

HOGESCHOOL



Door dik en dun, voor dik en dun

Gewichtsstigma in de zorg:
de rol van ergotherapie in inclusieve gezondheidszorg

Door **Katrien Driesen**

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Professionele Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v. **Sara Janquart**, promotor

Hasselt, 2026

Inhoudstafel

Abstract	3
Inleiding	4
Methode	6
Resultaten	11
Discussie	17
Conclusie	25
Literatuurlijst	27
Addenda	
Addendum 1: Affectieve teksten	33
Addendum 2: Vragenlijsten	36
Addendum 3: Resultaten praktijkonderzoek zorgverleners	42
Addendum 4: Resultaten praktijkonderzoek zorgvragers	61
Addendum 5: Interventiepakket voor zware zorgvragers	68
Addendum 6: Interventiepakket voor zorgverleners	71
Addendum 7: Aanbevelingen voor Avalon vzw, een praktijkvoorbeeld	74
Addendum 8: Reflectietool voor Avalon vzw, een praktijkvoorbeeld	77
Addendum 9: Kleine ingrepen, grote impact	79

Abstract

Door dik en dun, voor dik en dun

Gewichtsstigma in de zorg: de rol van ergotherapie in inclusieve gezondheidszorg.

Door: Katrien Driesen

Promotor: Sara Janquart

Inleiding: Personen met een hoger lichaamsgewicht worden in zorgcontexten regelmatig gereduceerd tot hun gewicht, eerder dan benaderd vanuit hun volledige gezondheidssituatie. Dit kan leiden tot stigmatisering, zorgvermijding en verminderde participatie. Gewichtsstigma wordt daarom steeds vaker erkend als een sociale determinant van gezondheid met een negatieve impact op zorgervaringen en gezondheidsuitkomsten.

Doel: Deze bachelorproef onderzoekt hoe ergotherapie kan bijdragen aan het verminderen van gewichtsstigma en het bevorderen van inclusieve participatie binnen een zorgcontext.

Methode: Er werd gekozen voor een exploratief mixed-methoddesign. Het literatuuronderzoek omvatte richtlijnen, systematische reviews en empirische studies rond gewichtsstigma en inclusieve zorg. Het praktijkonderzoek bestond uit vragenlijsten bij zorgvragers (n=59) en zorgverleners (n=165), aangevuld met diepte-interviews en aanvullende, verdiepende praktijkinzichten.

Resultaten: Gewichtsbias manifesteert zich binnen zorgcontexten voornamelijk impliciet. Zorgvragers rapporteren zowel respectvolle interacties als ervaringen van stereotypering, zorgvermijding en onaangepaste zorgomgevingen. Zorgverleners geven aan nood te hebben aan meer kennis, praktische handvaten en structurele ondersteuning om inclusieve zorg te realiseren.

Conclusie: Gewichtsstigma, dat voortvloeit uit gewichtsbias, vormt een structurele barrière voor volwaardige participatie in de zorg. Ergotherapie kan, vanuit haar focus op participatie, contextanalyse en ergonomie, bijdragen aan inclusieve zorg door zorgomgevingen kritisch te analyseren, zorgverleners te ondersteunen in het herkennen en aanpakken van stigma en zorgvragers te versterken in hun participatie aan zorgbeslissingen.

Trefwoorden: gewichtsstigma, gewichtsbias, inclusieve zorg, participatie, ergotherapie

Inleiding

Tijdens het medisch onderzoek bij de start van mijn opleiding is de arts duidelijk: “Ergotherapie is niets voor jou, want er moet veel getild worden en dat wordt problematisch met jouw gewicht”. Kort door de bocht en pijnlijk, maar herkenbaar voor veel mensen met een hoger lichaamsgewicht. Deze ervaring illustreert hoe gewichtsstigma zich manifesteert in zorgcontexten, precies het fenomeen dat dit onderzoek wil verkennen.

In de zorg en daarbuiten worden mensen met een hoger lichaamsgewicht vaak herleid tot het cijfer op de weegschaal, alsof dat hun bekwaamheid, gezondheid of waarde bepaalt. Onderzoek toont aan dat het stigma en de vooroordelen over leven met obesitas leiden tot een hogere morbiditeit en mortaliteit, los van het hogere gewicht zelf. De zorg vereist dan ook onderbouwde principes die de levenservaringen van patiënten meenemen en verder gaan dan ingrepen die enkel focussen op ‘minder eten en meer bewegen’ (Wharton et al., 2020).

Los van het oordeel hoeft de realiteit niet ontkend te worden: een zwaarder lichaam brengt praktische uitdagingen en ongemakkelijke situaties met zich mee. Zoals Rebecca Alexander beschrijft, is “een van de minst besproken realiteiten van het leven in een groot lichaam (...) de realiteit dat soms de wereld gewoon niet past” (Willamette University, 2025). Media-aandacht in programma’s als ‘Durf te vragen’ en ‘Factcheckers’ (VRT, 2024; VRT, 2025) en initiatieven als aparte zwembaden en teststoelen bij attracties, tonen aan hoe structureel deze uitsluitingsmechanismen zijn (Vanherle, 2025; Loopings, 2025). De uitsluiting reikt bijgevolg verder dan een gebrek aan comfort of praktische hinder. Naast zichtbare barrières zijn bias en stigma ingebed in sociale en culturele normen, met grote impact op participatiekansen en ervaren waardigheid. Deze mechanismen kunnen worden begrepen als vormen van occupational injustice (Oswald et al., 2022; Townsend & Wilcock, 2004).

Onze samenleving koppelt gewicht doorgaans rechtstreeks aan (on)gezondheid, met gewichtsverlies als vanzelfsprekende oplossing. De verantwoordelijkheid voor verandering ligt daarbij hoofdzakelijk bij het individu met een hoger lichaamsgewicht (Beaumont et al., 2025). Deze bachelorproef wil hierin nuance aanbrengen. Volwaardige participatie vraagt niet alleen aanpassing van het individu, maar ook van de omgeving. De wereld kan ook ruimte scheppen voor verschillende lichamen, ervaringen en manieren van participeren (Elmaleh-Sachs, 2023). Gezondheid is meer dan gewicht alleen. Zoals arts Stephanie Hart stelt: “We kunnen zowel

pleiten voor een betere gezondheid voor iedereen, als de weegschaal en de schaamte overboord gooien ten gunste van een goed leven en goede medische zorg, ongeacht de omvang (van de patiënt)” (Hart, 2022).

Gezondheid is een multidimensionaal en dynamisch gegeven. Zelfs wanneer de weegschaal een hoog cijfer aangeeft, blijft dat hogere cijfer slechts één aspect van iemands totale zijn. Het model van positieve gezondheid illustreert hoe gezondheid gevormd wordt door de wisselwerking tussen fysieke, psychologische en sociale factoren en hoe betekenis, veerkracht en participatie daarin een centrale plaats innemen (Institute for Positive Health, 2025). Voor mensen met een hoger lichaamsgewicht betekent dit dat hun gezondheid niet enkel beïnvloed wordt door lichamelijke parameters, maar onder andere ook door de psychologische gevolgen van stigmatisering, zoals schaamte en uitsluiting, evenals door sociale structuren die participatie bemoeilijken. Wanneer gezondheid en participatie op deze manier worden benaderd, verschuift de aandacht van het individu als ‘probleemdrager’ naar de context die gezondheid mogelijk maakt of net belemmert. Deze visie sluit aan bij internationale beleidskaders zoals Sustainable Development Goal 3 (Good Health and Well-Being) en Sustainable Development Goal 10 (Reduced Inequalities), die gezondheid als een recht beschouwen en ongelijke toegang tot zorg erkennen als een structurele uitdaging (United Nations, 2025; World Health Organization, 2025).

Binnen deze context wordt duidelijk waarom gewichtsstigma niet louter een individueel of psychologisch probleem is, maar ook een participatievraagstuk. In de zorgcontext kan participatie begrepen worden als meer dan ‘deelname aan behandeling’. Het gaat om actieve betrokkenheid, keuzevrijheid, autonomie en zinvolle interactie met de omgeving. Wanneer mensen het gevoel hebben beoordeeld te worden op hun lichaam, verschuift hun focus van betrokkenheid naar zelfbescherming. Zorg wordt gemeden, beslissingen worden minder actief mee vormgegeven en stigma wordt geïnternaliseerd (Crompvoets et al., 2024; Mathialagan et al., 2025). Ergotherapie vertrekt vanuit het bevorderen van betekenisvolle participatie in het dagelijks leven. In modellen zoals het Person-Environment-Occupation (PEO)-model wordt participatie gezien als het resultaat van de dynamische wisselwerking tussen persoon, omgeving en activiteit. Binnen deze kaders behoren bias en stigma tot de sociale en culturele omgevingsfactoren die participatie in belangrijke mate kunnen belemmeren (Van Hartingsveldt et al., 2023). In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen gewichtsbias

(weight bias), dat verwijst naar negatieve aannames en attitudes over mensen met een hoger lichaamsgewicht, en gewichtsstigma (weight stigma), dat verwijst naar de sociale en structurele gevolgen van deze vooroordelen (Healy et al., 2022). Vanuit deze visie lijkt een ergotherapeut, als zorgverlener die inzet op het bevorderen van betekenisvolle participatie, goed geplaatst om meerwaarde te bieden.

Het doel van deze bachelorproef is om, op basis van literatuur en praktijkinzichten van ervaringsdeskundigen en zorgprofessionals, te verkennen op welke manieren een ergotherapeut concreet kan bijdragen aan het verminderen van gewichtsstigma en het bevorderen van inclusieve participatie in een zorgcontext. Deze bachelorproef richt zich daarbij onder andere op volgende deelvragen:

- welke factoren belemmeren of bevorderen de participatie van mensen met een hoger lichaamsgewicht in dagelijkse activiteiten en in de zorgcontext,
- wat missen zowel de zorgvragers als de zorgverleners in de zorgcontext,
- welke relevante interventies en strategieën worden in de literatuur beschreven die effectief zijn in het verminderen van gewichtsbias,
- hoe dragen deze bij tot het creëren van bewustzijn, in gang zetten van gedragsverandering en vrijwaren van inclusieve zorg en
- welke inhoudelijke aspecten en bouwstenen moeten minstens aan bod komen in de interventies?

De uitdrukking 'door dik en dun gaan' verwijst naar verbondenheid, ook wanneer de weg moeilijk wordt (Digitale Bibliotheek voor de Nederlandse Letteren, 2025). Die gedachte van verbondenheid vormt de kern van deze bachelorproef: onderzoeken hoe gewichtsstigma zich manifesteert binnen zorgcontexten en welke rol ergotherapie kan spelen in het bevorderen van inclusieve en participatiegerichte zorg voor mensen met een hoger lichaamsgewicht.

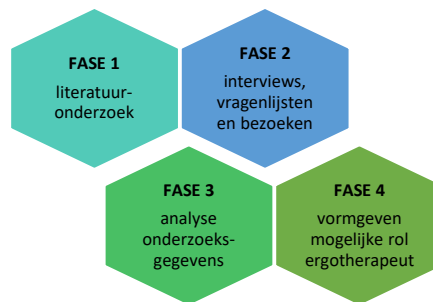
Door dik en dun, voor dik en dun.

Methode

Onderzoek toont aan dat voorkeuren in aanspreektaal sterk individueel bepaald zijn. Deze bachelorproef beschrijft de doelgroep om die reden op verschillende manieren, steeds met een neutrale intentie (Grech et al., 2024). Dit onderzoek voldoet aan de ethische richtlijnen van PXL Healthcare. Informed consent en anonieme gegevensverwerking werden gedurende

het volledige onderzoek gegarandeerd, in overeenstemming met de GDPR. Het onderzoeksproces wordt schematisch weergegeven in figuur 1.

Figuur 1 – schematische voorstelling proces



Methode literatuuronderzoek

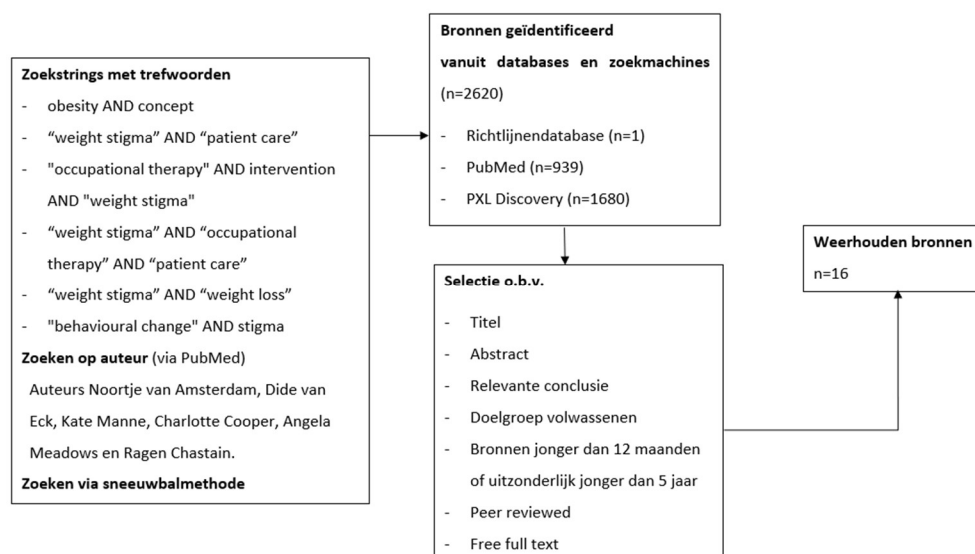
Op basis van de zoektermen in figuur 2 werd relevante literatuur gezocht.

Figuur 2 – zoektermen

PIC	NL zoektermen	Synoniemen	ENG zoektermen
Populatie	Dik	Vet, obees, obesitas, overgewicht, hoog BMI, zwaarlijvig	Fat, obese, overweight, high BMI, obesity
	Zorgvrager	Patiënt, cliënt, hulpvrager, zorgbehoevende	Patient, client, person in need of help/care
	Zorgprofessional	Zorgverlener, medewerker in de zorg, verpleegkundige, arts, ...	Healthcare professional, healthcare provider, healthcare worker, nurse, doctor, ...
Interesse/doel	Discriminatie	Ongelijkheid, onrechtvaardigheid, achterstellen, ableïsme, negatief validisme	Inequality, injustice, discrimination, ableism
	(Gewichts)stigma	Vooroordeel, stempel, stereotype m.b.t. gewicht	(Weight) prejudice, stigma, stereotype
	(Gewichts)bias	Vooroordeel, vooringenomenheid, vertekend beeld m.b.t. gewicht	(Weight) prejudice, bias, distorted perception regarding weight, weightism, sizeism
Context	Zorgcontext	Zorg, gezondheidszorg	(Health)care context, care, health care
	Zorg voor alle maten	Inclusieve zorg, (gewicht)sensitieve zorg	Inclusive care, (weight) sensitive care, HAES
	Ergotherapie	Ergotherapeut	Occupational therapy, occupational therapist

Figuur 3 biedt inzicht in de elementen die het besluitvormingsproces voor het literatuuronderzoek hebben gestuurd.

Figuur 3 – beslisboom



Methode praktijkonderzoek

Het praktijkonderzoek bestond uit zeven componenten, waarvan er zes ook effectief werden uitgevoerd, zoals zichtbaar in figuur 4 – componenten praktijkonderzoek. Het onderzoek werd gevoerd op basis van vooraf bepaalde in- en exclusiecriteria, beschreven in figuur 5 – inclusie- en exclusiecriteria.

Figuur 4 – componenten praktijkonderzoek

Onderzoekskomponent	Methode	Aantal/bereik	Doel
Vragenlijst zorgvragers	Kwantitatief, met op vrijwillige basis kwalitatieve aanvullingen via open vragen	59 deelnemers	In kaart brengen van ervaren inclusie, gewichtsstigma, drempels en impact op participatie
Vragenlijst zorgverleners	Kwantitatief, met op vrijwillige basis kwalitatieve aanvullingen via open vragen	165 deelnemers	Bevragen van visies, attitudes, ervaren handelingsruimte en knelpunten in de zorgpraktijk
Diepte-interviews	Kwalitatieve verdieping	8	Verdieping en verbreding van perspectieven op gewichtsbias en inclusieve zorg
Symposiumdeelname	Observatie en inhoudelijke input	1	Contextualisering van bevindingen binnen actuele internationale, academische inzichten
Werkvloerontmoeting	Observatie en inhoudelijke input	1	Verzamelen van praktijkgerichte knelpunten vanuit zorgverlenersperspectief
Focusgroepen	Kwalitatieve, inhoudelijke verdieping	6	Geannuleerd o.w.v. te weinig inschrijvingen
Podcast	Kwalitatieve dialoog, kennis- en ervaringsuitwisseling	1 aflevering	Met zorgvrager en academisch expert verdiepen van inzicht in gewichtsbias, stigma en ethische spanningsvelden in de zorg, ter ondersteuning van interpretatie en contextualisering van onderzoeksbevindingen.

Figuur 5 – inclusie- en exclusiecriteria

Doelgroep	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Zorgprofessionals	- (Student) zorgprofessionals - In contact met zware patiënten	- Zorgprofessionals niet in contact met zware patiënten
Zorgvragers	- Volwassen zorgvragers - Hoog gewicht - In contact (geweest) met zorgverlener in zorgcontext	- Kinderen/adolescenten ≤ 18 - Zorgvragers zonder 'hoog gewicht'
Definitie 'hoog gewicht'	Kledingmaat ≥46 (dames), ≥58 (heren), XXL en/of hoger; BMI ≥25 (overgewicht) en ≥30 (obesitas)	

Opzet van het onderzoek

De verschillende praktische onderzoekskomponenten zorgden ervoor dat er zowel breedte als diepte werd gecreëerd in ervaringen, percepties en knelpunten rond gewichtsstigma en inclusieve zorg. Bevindingen uit verschillende bronnen werden naast elkaar geplaatst. De praktische dataverzameling bestond uitsluitend uit zelfrapportagemethodes. Klinische metingen, zoals BMI of andere lichamelijke parameters, maakten geen deel uit van het onderzoek.

Online vragenlijsten

De kern van het empirisch onderzoek bestond uit twee online vragenlijsten, gericht op zorgvragers en zorgverleners. De vragenlijsten werden zorgvuldig ontwikkeld, herhaaldelijk aangepast en getest vóór verspreiding, op basis van feedback van externe partijen en van een pilootstudie met personen met uiteenlopende zorgervaring en vertrouwdheid met vragenlijsten. Op basis van feedback werden formuleringen verduidelijkt, items herwerkt en werd de structuur verfijnd. De betrouwbaarheid werd versterkt door concrete formuleringen, logische clustering van items en consequent woordgebruik. De inhoudelijke validiteit werd bewaakt door toetsing aan recente literatuur, duidelijke definiëring van kernbegrippen en afstemming op de reële ervaringen en context van zorgvragers en zorgprofessionals.

Verspreiding en respons

De vragenlijsten werden opgesteld in het Nederlands, gericht op Vlaamse respondenten en verspreid via mailingslijsten van Rebelle vzw, aangevuld met contacten uit de sociale kaart. In totaal werd de vragenlijst voor zorgverleners verspreid naar ongeveer tweehonderd zorgprofessionals bij onder andere ziekenhuizen, eerstelijnszones, woonzorgcentra en beroepsorganisaties. Voor zorgvragers verliep de rekrutering via sociale mediakanalen, Dik voor Mekaar en via de plaatsing van flyers op een event van Plussize Closet Sale en in het obesitascentrum van Noorderhart in Pelt. De vragenlijst stond open van midden oktober 2025 tot eind december 2025. Het bereiken van zorgvragers bleek complexer dan het bereiken van zorgverleners door de meer indirecte rekruteringskanalen en de terughoudendheid van zorgverleners om de vragenlijst actief te delen met hun patiëtnetwerk net uit bezorgdheid voor mogelijke stigmatisering.

Kwalitatieve verdieping

Ter verdieping van de kwantitatieve bevindingen werden acht diepte-interviews afgenomen met ervaringsdeskundigen, obesitascentra en experts, doelgericht geselecteerd op basis van hun uiteenlopende visies. De interviews werden voornamelijk online afgenomen en opgenomen, één vond fysiek plaats. Transcripties werden opgesteld, nagekeken en verbeterd, alles door dezelfde onderzoeker. Bij één interview bleken de opname en transcriptie technisch onvolledig, waardoor enkel de genoteerde opmerkingen werden meegenomen in het onderzoek. Digitale focusgroepen werden voorbereid, maar geannuleerd wegens onvoldoende inschrijvingen. Ter contextuele verrijking werd deelgenomen aan een

internationaal symposium rond 'Anti-fatness in de gezondheidszorg', georganiseerd door het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Een werkbezoek bij Avalon vzw leende zich tot de verkenning van de drempels die de zorgverleners in de praktijk ervaren in de zorg voor mensen met een hoger lichaamsgewicht. Tijdens de projectstage bij Rebelle vzw werd tenslotte een podcastaflevering opgeleverd met een ervaringsdeskundige enerzijds en een academische deskundige anderzijds. Deze activiteiten werden gebruikt als aanvullende reflectieve input en praktijkcontext voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

Data-analyse

De kwantitatieve data werden geanalyseerd en weergegeven in frequenties en percentages, met aandacht voor verschillen tussen zorgvragers en zorgverleners. Kwalitatieve data uit de interviews werden thematisch geanalyseerd. De interpretatie gebeurde steeds in samenhang met de kwantitatieve resultaten en de literatuur.

Affectieve teksten

Naast de empirische component bevat deze bachelorproef persoonlijke, affectieve reflecties van de onderzoeker, opgenomen in de addenda. Deze teksten maken geen deel uit van de onderzoeksdata, maar vormen een expliciete reflexieve laag die de belichaamde betrokkenheid bij het thema zichtbaar maakt en uitnodigt tot een ethische en relationele lezing van de bevindingen.

GenAI

Binnen deze bachelorproef werd GenAI, specifiek ChatGPT, doelgericht ingezet als ondersteunend instrument in verschillende fasen van het onderzoeks- en schrijfproces. De technologie werd voornamelijk gebruikt om structuur aan te brengen in uitgebreide teksten, de essentie scherper te formuleren en om alternatieve perspectieven op het eigen werk te verkrijgen. Zo hielp GenAI bij het inkorten van teksten zonder inhoudelijk verlies en bij het herwerken van complexe onderdelen zoals de discussie en inleiding, waarbij suggesties rond opbouw, helderheid en focus werden aangereikt.

Daarnaast werd GenAI ingezet voor meer praktische ondersteuning, zoals het zoeken naar relevante achtergrondinformatie en cijfers, het genereren van inspirerende formuleringen, bijvoorbeeld voor de titel en het identificeren van tools voor transcriptie van interviews.

Belangrijk is dat GenAI steeds kritisch werd gebruikt. Suggesties werden nooit letterlijk overgenomen, maar afgewogen tegenover de eigen visie, feedback van de promotor en de inhoudelijke vereisten van de bachelorproef. In verschillende gevallen werd bewust afgeweken van gegenereerde output wanneer deze niet aansloot bij de beoogde structuur of methodologische aanpak. GenAI fungeerde dus niet als vervanging van het eigen denk- en schrijfproces, maar als een aanvullend hulpmiddel dat hielp om het werk te verfijnen, te structureren en te versterken.

Resultaten

Het literatuuronderzoek leverde zestien weerhouden bronnen op, die in figuur 6 kort samengevat en gelinkt worden aan hun relevantie voor het onderzoek. De resultaten van het praktijkonderzoek werden eveneens samengevat. Addenda 3 en 4 bieden een gedetailleerd beeld op alle verzamelde antwoorden uit de vragenlijsten ter aanvulling.

De methodologische kwaliteit van de geïncludeerde literatuur werd kritisch beoordeeld op basis van algemene evidence-based criteria, zoals het type studie, de transparantie van de onderzoeksopzet, de beschrijving van de steekproef en de consistentie van de bevindingen met andere studies. Specifieke scoringsinstrumenten zoals de Van Tulder-criteria of de PEDro-scale werden niet toegepast, aangezien deze voornamelijk ontwikkeld zijn voor de beoordeling van gerandomiseerde gecontroleerde interventiestudies. De literatuur in dit onderzoek bestond uit een heterogene mix van richtlijnen, systematische reviews, scoping reviews en empirische studies, waardoor een bredere kritische beoordeling meer aangewezen was.

Resultaten literatuuronderzoek

Figuur 6/1– inhoud en relevantie weerhouden bronnen

BRON	SOORT ONDERZOEK	ESSENTIE	RELEVANTIE
(Erskine, 2025)	Richtlijn	<ul style="list-style-type: none"> - holistische, persoonsgerichte zorg met o.a. consent, aandacht sociale determinanten - 'diagnostisch overschaduwden' schadelijk voor zorgrelaties en gezondheidsuitkomsten 	<ul style="list-style-type: none"> - anti-stigma principes met behoud risicofactor gewicht - relevant spanningsveld voor dit onderzoek
(Wharton et al., 2020)	Richtlijn	<ul style="list-style-type: none"> - verhoogde morbiditeit/mortaliteit door bias - focus op gezondheid i.p.v. gewicht - validatie van 'lived experience' 	<ul style="list-style-type: none"> - gewichtsstigma als gezondheidsdeterminant - context, empowerment en participatie centraal
(De Coninck et al., 2024)	Richtlijn	<ul style="list-style-type: none"> - multimodale aanpak en focus op persoonsgerichte zorg en autonomie - vermijden van stigmatiserende taal en eenzijdige kijk op gewichtsverlies 	<ul style="list-style-type: none"> - expliciete erkenning van het schadelijke effect van stigma - sluit aan bij participatie- en autonomiegericht werken
(Kirk et al., 2025)	Hoofdstuk uit richtlijn	<ul style="list-style-type: none"> - richtlijnen voor respectvolle zorg met reflectie op bias, taalgebruik, het creëren van toegankelijke, lichaamsdiverse zorgomgevingen 	<ul style="list-style-type: none"> - focus op omgevingsaanpassingen, participatie en inclusieve zorgcontexten - stigma is geen individueel probleem, maar ingebed in zorgstructuren
(Luli et al., 2023)	Conference report	<ul style="list-style-type: none"> - definiëren obesitas als ziekte met grote gevolgen voor zorg, beleid, economie en stigma - obesitas als normatief kader dat bepaalt hoe lichamen worden gewaardeerd en benaderd 	<ul style="list-style-type: none"> - opinie, beeldvorming en taalgebruik voorspellen beleid en bepalen zorg, waardigheid en participatie - nood aan zorgprofessionals die sensitieve zorgpraktijken mee vormgeven
(Wang et al., 2025)	Systematic review van 56 RCT's	<ul style="list-style-type: none"> - analyse interventies die gewichtsstigma verminderen - effecten blijken beperkt, weinig duurzaam en zelden vertaald naar structurele impact 	<ul style="list-style-type: none"> - bewustmaking alleen onvoldoende - effectieve anti-stigma-interventies zijn gericht op de lange duur, op handelen en context

Figuur 6/2 – inhoud en relevantie weerhouden bronnen

(Mihaileanu et al., 2025)	Review o.b.v. 52 geïnccludeerde publicaties	<ul style="list-style-type: none"> - gewichtsstigma in zorgcontext, maatschappij en internalisering - stigma beïnvloedt herstel, gedrag en participatie, ook na gewichtsverlies 	<ul style="list-style-type: none"> - stigma als bepalende factor i.p.v. bijproduct - gewichtsgerichte zorg versterkt stigma - stigma kan blijven zorgen voor sociaal isolement, vermijding, depressie en terugval
(Mathialagan et al., 2025)	Systematic review o.b.v. 30 studies met in totaal 31221 deelnemers	<ul style="list-style-type: none"> - gewichtsstigma als actieve oorzaak van gezondheids- en participatieproblemen - stigma als risicofactor, contraproductief als motivatiestrategie 	<ul style="list-style-type: none"> - sociale waardering van het lichaam belemmert participatie - gewichtsbias als vorm van occupational injustice
(Moore et al., 2022)	Systematic review and meta-analysis	<ul style="list-style-type: none"> - verminderen van zorgverlener bias meest effectief o.b.v. educatie over complexiteit en ervaringsgericht leren - Systematic review (n=14) and meta-analysis (n=9) 	<ul style="list-style-type: none"> - gewichtsbiasreductie als complex proces - gedragsverandering nodig op systemisch en individueel niveau
(Brumitt & Turner, 2025)	Scoping review o.b.v. 15 studies	<ul style="list-style-type: none"> - ook binnen de ergotherapeutische praktijk en opleiding expliciete en impliciete vormen van gewichtsbias 	<ul style="list-style-type: none"> - aannames over o.a. motivatie en 'gezond gedrag' kunnen het klinisch redeneren van de ergotherapeut beïnvloeden met gevolgen voor zorgrelatie en behandelkeuzes
(Verboven et al., 2025)	Scoping review o.b.v. 22 studies	<ul style="list-style-type: none"> - essentieel voor stigmavrije benadering zijn herkennen van bias, shared decision making en cultuursensitiviteit - structureel tekort aan gewichtsinclusieve competenties in zorgopleidingen 	<ul style="list-style-type: none"> - nood aan participatiegerichte en contextgevoelige benaderingen in opleiding en praktijk
(Beaumont et al., 2025)	Cross-sectional survey (n=143)	<ul style="list-style-type: none"> - obesitas gekoppeld aan luiheid, slechte gezondheid en onverantwoordelijkheid - stigma prominent bij deelnemers, met negatieve gevolgen voor welzijn 	<ul style="list-style-type: none"> - gewichtsbias moreel geladen en weerspiegelt sociale normen - stigma als occupational injustice en contextuele factor die participatie belemmert

Figuur 6/3 – inhoud en relevantie weerhouden bronnen

(Heidebrecht et al., 2024)	Pilot study met 20 medici	<ul style="list-style-type: none"> - bijscholingsprogramma voor zorgverleners - als haalbaar en betekenisvol ervaren - leidt tot sterke emotionele betrokkenheid, zelfreflectie en intenties tot gedragsverandering 	<ul style="list-style-type: none"> - meerwaarde van ervaringskennis en narratief leren in het doorbreken van stigma, - individuele bewustwording botst op structurele zorglogica
(Hagan & Nelson, 2022)	Analyse van bestaande richtlijnen	<ul style="list-style-type: none"> - levensstijlinterventies vaak zonder duurzaam effect - nood aan gewicht-sceptische benadering behoud van plaats voor chirurgie en medicatie bij hoogrisicogroepen 	<ul style="list-style-type: none"> - sterke onderbouw dat zorg die gewicht centraal stelt stigma kan reproduceren en participatie kan ondermijnen - legitimeert een benadering die inzet op functioneren en context in plaats van cijfers
(Wasmuth et al., 2025)	Studie naar voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> - effectiviteitstest voor IDEAS-interventie voor verminderen van gewichtsstigma bij ergotherapeuten bij 58 deelnemers 	<ul style="list-style-type: none"> - duurzame verandering afhankelijk omgevingsfactoren, organisatiecultuur en implementatievoorwaarden
(Eetexpert, 2025)	Infofiche	<ul style="list-style-type: none"> - A.L.L.E.S.-model als holistisch leefstijlkader - gezondheid vanuit gedrag, beleving en context 	<ul style="list-style-type: none"> - nood aan stigma-sensitieve en participatiegerichte visie

Resultaten praktijkonderzoek

Addenda 3 en 4 brengen alle resultaten van de beide vragenlijsten gedetailleerd bij elkaar.

Vragenlijst voor zorgverleners

In totaal vulden 164 zorgverleners en student-zorgverleners de vragenlijst in. De respondenten hadden een leeftijd tussen 19 en 64 jaar, met een mediaan van 42 jaar en een gemiddelde leeftijd van 40,5 jaar. Van de respondenten waren 140 vrouwen en 24 mannen. Exact 50% van de deelnemers was werkzaam als verpleegkundige, 18% als ergotherapeut en 12% bestond uit studenten. De overige 20% was afkomstig uit diverse andere disciplines binnen het zorglandschap, waaronder kinesitherapie, zorgkunde, geneeskunde en orthopedagogie.

Er werd gepolst naar de visie van zorgverleners en zorgstudenten op inclusieve zorg en diversiteit, hun zelfreflectie en ervaren deskundigheid in het omgaan met zorgvragers met diverse lichaamstypen, evenals hun ervaringen met gewichtsbias binnen de zorgpraktijk. Daarnaast werd aandacht besteed aan de toegankelijkheid van de zorgomgeving, de organisatiecultuur en de ervaren nood aan ondersteuning of handvaten rond inclusieve zorg.

Samengevat valt onder zorgprofessionals op dat

- 99% van de respondenten aangeeft in het afgelopen jaar zorgvragers met zichtbaar overgewicht te hebben ontmoet,
- 80% niet spontaan denkt aan lichaamsgewicht of lichaamsvorm wanneer gesproken wordt over inclusie of diversiteit en
- 70% aangeeft het nodig te vinden om extra handvaten te krijgen om consequent goede zorg te kunnen bieden aan mensen met een hoger lichaamsgewicht.

Daarnaast vallen bezorgdheden over de eigen fysieke gezondheid van zorgverleners op. Zo stelt respondent 129:

“Ik denk dat de meeste vooroordelen stemmen (sic) uit het feit dat zwaarlijvige patiënten, voor ons fysiek vaak zeer zwaar is om te verzorgen, ... Ik vind ook dat die mensen even goede zorg verdienen ... maar niet ten koste onze eigen gezondheid (sic).”

Vragenlijst voor zorgvragers met een hoger gewicht

Aan de bevraging namen 59 zorgvragers met een hoger gewicht deel. De deelnemers hadden een leeftijd tussen 19 en 64 jaar, met een mediane leeftijd van 42 jaar en een gemiddelde leeftijd van 40,5 jaar. Het merendeel van de respondenten identificeerde zich als vrouw (n=55), naast drie mannen en één non-binaire respondent.

De vragenlijst bij de zorgvragers peilde naar ervaringen met respectvolle en inclusieve zorg, communicatie en betrokkenheid binnen het zorgproces, evenals naar ervaringen met aannames of gewichtsbias in de zorgcontext. Daarnaast werd aandacht besteed aan het fysieke comfort en de toegankelijkheid van de zorgomgeving, en aan ervaren noden en verbeterpunten met betrekking tot gewichtsinclusieve zorg.

Opvallend onder zorgvragers is dat:

- 87% zich doorgaans met respect behandeld voelt door de zorgverlener en 71% aangeeft dat, wanneer gewicht ter sprake komt, dit op een zorgzame manier gebeurt,
- 78% al ervaren heeft dat een zorgverlener conclusies trekt over hun gezondheid op basis van gewicht en
- 64% aangeeft zorg te hebben vermeden uit bezorgdheid om negatief beoordeeld te worden op basis van gewicht.

Ook niet-passend materiaal en een onaangepaste zorgomgeving blijken voor 51% van de respondenten een uitdaging. Zo stelt deelnemer 13:

“Bij mijn tandarts kan ik niet gaan zitten in de wachtkamer. Ik geraak niet tussen de armen van de stoel.”

Om de interpretatie van de resultaten uit de vragenlijsten te verdiepen en bijkomende praktijkcontext en reflectieve inzichten te verzamelen, werden aanvullend interviews afgenomen, een podcast opgezet ter sensibilisering van het doelpubliek, een symposium bijgewoond en een werkbezoek uitgevoerd. Deze input werd ondersteunend gebruikt binnen de reflectie en contextualisering van de bevindingen, maar maakte geen deel uit van een afzonderlijke thematische analyse.

Discussie

Gewichtsbias als structureel en genormaliseerd fenomeen in de zorg

In discussies over gewicht en gezondheid wordt vaak impliciet uitgegaan van een ogenschijnlijk vanzelfsprekende veronderstelling, namelijk dat een hoger lichaamsgewicht automatisch gelijkstaat aan een slechtere gezondheid. Deze aanname vormt een belangrijk vertrekpunt in veel zorgpraktijken, maar wordt in toenemende mate in vraag gesteld binnen hedendaagse gezondheidsconcepten. De manier waarop gezondheid wordt gedefinieerd heeft immers een belangrijke invloed op hoe zorg wordt georganiseerd en hoe lichamen worden beoordeeld. Deze mechanismen ondermijnen participatie, persoonlijke ervaring van gezondheid en welbevinden en worden in de literatuur consequent in verband gebracht met verhoogde morbiditeit en mortaliteit, onafhankelijk van het lichaamsgewicht zelf (Wharton et al., 2020; De Coninck et al., 2024; Mathialagan et al., 2025; Mihaileanu et al., 2025).

Medische classificaties zoals de BMI zijn niet waarde vrij, maar ingebed in dominante opvattingen over gezondheid, normaliteit en individuele verantwoordelijkheid. Hoewel obesitas vaak als chronische aandoening wordt benoemd, bestaat er geen eenduidige consensus over deze conceptualisering. Het kaderen van obesitas als ziekte of epidemie kan stigmatiserende effecten nog versterken en het individu verder reduceren tot diens lichaam, los van functioneren, context en levensverhaal (Luli et al., 2023).

Alternatieve gezondheidsconcepten benadrukken dat gezondheid een dynamisch en multidimensionaal proces is. Machteld Huber, grondlegger van positieve gezondheid, definieert gezondheid als het vermogen van mensen om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen (Huber et al., 2011; Institute for Positive Health, 2025). Binnen deze visie verschuift de aandacht van louter lichamelijke parameters naar functioneren, veerkracht en betekenisvolle participatie in het dagelijks leven.

Deze benadering roept tegelijk belangrijke vragen op over de verdeling van verantwoordelijkheid tussen individu en omgeving. Wanneer gezondheid wordt begrepen als het vermogen om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden, rijst ook de vraag in welke mate de omgeving zich moet aanpassen om volwaardige deelname mogelijk te maken. Niet elke uitdaging hoeft immers te worden weggenomen, maar structurele drempels die participatie systematisch beperken, vragen wel om aandacht. De balans tussen persoonlijke

verantwoordelijkheid en contextuele ondersteuning vormt daarom een belangrijk spanningsveld binnen hedendaagse zorgpraktijken.

De resultaten van het praktijkonderzoek sluiten hierbij aan. Hoewel een meerderheid van de zorgvragers aangeeft doorgaans respectvol behandeld te worden door zorgverleners, rapporteert een aanzienlijk deel tegelijk ervaringen van stereotypering, zorgvermijding en praktische belemmeringen in zorgomgevingen. Dit wijst erop dat gewichtsstigma niet uitsluitend ontstaat in individuele interacties, maar ook ingebed zit in bredere sociale en organisatorische structuren. Vanuit een ergotherapeutisch perspectief kan dit worden begrepen als een vorm van occupational injustice of uitsluiting van betekenisvolle bezigheden. Wanneer structurele en sociale factoren de mogelijkheid beperken om volwaardig deel te nemen aan zorg, dagelijkse activiteiten of maatschappelijke rollen, ontstaat er immers een ongelijkheid in participatiekansen (Townsend & Wilcock, 2004).

Participatie, zorgervaring en context

Onderzoek toont een duidelijke spanning tussen de aantoonbare aanwezigheid van gewichtsbias en de beperkte expliciete erkenning ervan in zorgpraktijken. Zowel externe gegevens als de resultaten van dit onderzoek tonen aan dat lichaamsgewicht zelden expliciet wordt benoemd als inclusiedimensie. In Nederland vertegenwoordigde gewichtsbias in 2025 nochtans een aanzienlijk aandeel van de gerapporteerde discriminatiegevallen in de zorg, terwijl deze dimensie pas na expliciete lobby werd opgenomen in beleidsmatige bevragingen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2025; Chastain et al., 2025). Ook in dit bacheloronderzoek benoemt slechts een minderheid van de zorgprofessionals lichaamsgewicht spontaan als inclusiedimensie. Dat gewichtsbias zelden expliciet wordt benoemd, betekent niet dat zij afwezig is. Ook binnen de ergotherapie blijkt gewichtsbias aanwezig bij zowel studenten als professionals, met impact op verwachtingen, therapeutisch redeneren en behandelkeuzes (Brumitt & Turner, 2025).

Praktijkvoorbeeld: uitsluiting of veiligheid

In de stagecontext van de onderzoeker binnen ouderenzorg kwam bijvoorbeeld ter sprake dat bewoners met een hoger lichaamsgewicht niet in bad gaan “omdat de veiligheid niet gegarandeerd kan worden”. Wanneer het risico bestaat dat een bewoner zou uitglijden, is het fysiek niet haalbaar voor één zorgverlener om deze persoon zelfstandig uit het bad te tillen. Deze beslissing wordt geformuleerd vanuit veiligheidslogica, maar illustreert tegelijk hoe

autonomie en keuzevrijheid kunnen worden beperkt op basis van lichaamsgewicht. De vraag die zich hier opdringt is niet enkel technisch in de zin van 'kan dit veilig georganiseerd worden', maar ook normatief. Welke risico's aanvaarden we wel bij bewoners met een 'normaal' gewicht of een 'gezond' BMI? Wanneer wordt veiligheid een rechtvaardiging voor uitsluiting? En wie draagt de verantwoordelijkheid om de context zodanig aan te passen dat participatie mogelijk blijft?

Belemmerende en bevorderende factoren voor volwaardige participatie in de zorgcontext

De resultaten van het praktijkonderzoek tonen een ogenschijnlijk paradoxaal beeld. Een meerderheid van de zorgvragers geeft aan zich doorgaans respectvol en zorgzaam benaderd te voelen door zorgverleners, terwijl tegelijk een al even aanzienlijk aantal ervaringen rapporteert met gewichtsbias, onaangepaste zorgomgevingen en het vermijden of uitstellen van zorg.

Dit spanningsveld kan deels verklaard worden door het concept van geïnternaliseerd gewichtsstigma. Negatieve maatschappelijke oordelen worden meegenomen in nieuwe zorgcontacten en geven verwachtingen mee vorm, zelfs wanneer de zorgverlener op individueel niveau respectvol handelt. Voor zorgvragers met eerdere negatieve ervaringen betekent 'respect' trouwens vaak niet gelijkwaardigheid, maar het uitblijven van expliciete afwijzing. Respectvolle communicatie is bijgevolg een belangrijke, maar op zichzelf onvoldoende voorwaarde voor ervaren inclusie. Inclusieve zorg vereist los daarvan dan ook een fysieke en organisatorische omgeving die participatie voor uiteenlopende lichaamsvormen mogelijk maakt (Beaumont et al., 2025; Mathialagan et al., 2025).

Daarnaast rapporteren zorgverleners expliciet de grenzen van hun eigen fysieke en mentale draagkracht. De zorg voor personen met een hoger lichaamsgewicht gaat, binnen contexten van tijdsdruk en personeelstekorten, gepaard met verhoogde fysieke belasting. Deze signalen verwijzen niet naar afwijzing van zorgvragers, maar naar organisatorische beperkingen die de duurzame organisatie van zorg beïnvloeden.

Naast deze belemmeringen worden ook bevorderende factoren zichtbaar. Zowel zorgvragers als zorgverleners tonen betrokkenheid, bereidheid tot aanpassing en intenties tot respectvolle zorg. Sommige organisaties beschikken reeds over aangepast materiaal, multidisciplinair overleg en bijscholing. Deze elementen tonen aan dat inclusieve zorg mogelijk is, maar momenteel fragmentarisch en onvoldoende structureel wordt georganiseerd.

Ethische reflectie

De beschreven belemmeringen wijzen niet enkel op praktische tekorten, maar maken duidelijk dat gewichtsbias ingebed zit in diepere normatieve aannames over gezondheid, verantwoordelijkheid en veiligheid. Zorgverleners bevinden zich daarbij in een ethisch spanningsveld tussen autonomie en zelfbeschikkingsrecht enerzijds en zorgplicht, veiligheid en organisatorische haalbaarheid anderzijds. In reactie op deze spanningen ontstaat binnen zorgorganisaties vaak de behoefte aan objectieve besliscriteria of procedures die houvast bieden in complexe situaties. Dergelijke instrumenten lijken neutraliteit te garanderen, maar verhullen in werkelijkheid onderliggende morele keuzes (Avalon, 2026).

Criteria zoals gewicht, BMI of zorgzwaarte vertrekken niet vanuit waarde vrije logica, maar weerspiegelen dominante gezondheidsnormen en kunnen onbedoeld bijdragen aan stigmatisering (Masengo, 2025). Het werkbezoek illustreert deze spanning. Zorgverleners bij Avalon vzw worstelen met vragen rond autonomie, veiligheid en draagkracht die zich niet laten reduceren tot technische beslisregels (Interview 6, persoonlijke communicatie, 16 januari 2026). Volledige objectiviteit in zorgrelaties lijkt moeilijk haalbaar. Zorgverleners handelen steeds vanuit een eigen perspectief en normenkader. Het streven naar schijnneutraliteit kan ertoe leiden dat ethische afwegingen zich achter procedures gaan verschuilen, in plaats van expliciet besproken en verantwoord worden (Interview 2, persoonlijke communicatie, 2026).

Tijdens een diepte-interview met twee obesitascoördinatoren werd expliciet benoemd dat, hoewel de waarde van ergotherapie inhoudelijk wordt erkend, deze binnen de huidige budgettaire realiteit moeilijk te verantwoorden is. Eén coördinator stelde dat zij, gezien de bestaande zorgdoelstellingen en financiële kaders, de meerwaarde van ergotherapie vandaag niet ziet (Interview 4, persoonlijke communicatie, 23 december 2025). Deze visie vertrekt vanuit wat binnen de zorg als waardevol en meetbaar wordt beschouwd. In de huidige obesitaszorg ligt de nadruk sterk op medische en gewichtsgelateerde uitkomsten, zoals gewichtsverlies en het onder controle houden van bijkomende gezondheidsproblemen. Vanuit dit perspectief is het begrijpelijk dat disciplines die primair inzetten op participatie, dagelijks functioneren, context en psychosociale draagkracht moeilijk te positioneren zijn, zeker wanneer budgettaire keuzes noodzakelijk zijn. De literatuur ondersteunt dit. Tarnowski en Skyberg (2021) beschrijven hoe ergotherapie zich in deze context voornamelijk

positioneert via belangenbehartiging, educatie en rolverduidelijking, maar daarbij sterk afhankelijk blijft van bestaande medische zorgdoelen en budgettaire logica.

Vanuit een ethisch perspectief wijst deze spanning niet op een gebrek aan relevantie van ergotherapie, maar op een discrepantie tussen dominante zorgdoelen en wat vanuit een participatie- en occupational justice-perspectief als waardevol wordt gezien. Wat ergotherapie zichtbaar maakt, zoals zorgvermijding, contextuele drempels, relationele veiligheid en participatieverlies, blijft binnen het huidige zorgkader vaak buiten beeld. Zolang deze dimensies niet expliciet worden meegenomen in de waardering en financiering van zorg, zal de meerwaarde van ergotherapie moeilijk uit te drukken blijven.

De uitspraak van de obesitascoördinator kan in dat licht gelezen worden als een illustratie van een breder structureel vraagstuk. Door deze spanning expliciet te benoemen, positioneert dit onderzoek ergotherapie niet als een discipline die zich moet aanpassen aan bestaande zorglogica, maar als een beroepsgroep die bijdraagt aan het bevragen en verbreden van wat binnen de zorg als waardevol wordt erkend.

Van ethisch spanningsveld naar handelingsprincipes

Wanneer gewichtsbias wordt begrepen als een structureel en ethisch vraagstuk, volstaat het niet om in te zetten op losse aanbevelingen of individuele sensibilisering. Er is nood aan een verschuiving van instrumenteel denken (“wat mogen we doen”) naar reflectief handelen (“waarom doen we dit en vanuit welke waarden”). Ethische reflectie vormt hierbij een kerncompetentie voor zorgteams. Door ruimte te creëren voor gezamenlijke dialoog over spanningsvelden zoals autonomie, veiligheid en zorgzwaarte, wordt morele ambiguïteit genormaliseerd. Verantwoordelijkheid verschuift van het individu naar het team, wat morele stress kan verminderen en de handelingsruimte kan vergroten (Masengo, 2025).

De vaststelling dat gewichtsbias ook binnen de ergotherapie voorkomt, confronteert de discipline met een spanningsveld tussen haar normatieve discours rond participatie en inclusie enerzijds en impliciete maatschappelijke normen rond lichamen anderzijds. Brumitt en Turner (2025) tonen aan dat deze spanning zelden expliciet wordt gemaakt in opleiding en praktijk, waardoor uitsluitingsmechanismen onbedoeld kunnen worden gereproduceerd.

Bestaande kaders als richting en eerste aanzet

Binnen dit handelingskader kunnen bestaande gewichtsinclusieve benaderingen richtinggevend zijn. De Health at Every Size (HAES)-principes bieden een ethisch en professioneel referentiekader voor zorgverleners, waarin de focus verschuift van gewicht naar gezondheid, functioneren en respectvolle zorg. Onderzoek toont aan dat een HAES-benadering kan bijdragen aan het verminderen van gewichtsstigma en het versterken van gedeelde besluitvorming (Hagen & Henningfield, 2023; Association for Size Diversity and Health ASDAH, 2024; zie Addendum 6).

Voor zorgvragers sluit het ALLES-model van Eetexpert aan bij een holistische en gewichtsinclusieve visie op gezondheid, met aandacht voor gedrag, beleving, emoties en context (Eetexpert, 2025). Beide kaders bieden belangrijke handvaten, maar zijn slechts effectief wanneer zij ingebed worden in een gedragen zorgvisie en een context die participatie daadwerkelijk mogelijk maakt. Letterlijk geïnterpreteerd blijft het ALLES-model nog eerder een leefstijlmodel, terwijl het ook kan evolueren naar een model met groeithema's die kunnen bijdragen aan het herstellen van een veilige relatie met het lichaam in een gewichtsstigmatiserende samenleving (zie Addendum 5).

Specifieke meerwaarde van ergotherapie

Binnen deze context kan de ergotherapie een belangrijke bijdrage leveren aan het bevorderen van inclusieve zorgpraktijken. Ergotherapie vertrekt immers vanuit het analyseren en bevorderen van participatie in de wisselwerking tussen persoon, activiteit en omgeving, zoals beschreven in modellen zoals het Person–Environment–Occupation-model.

Een eerste bijdrage situeert zich in het concrete zorgcontact. Door aandacht te besteden aan relationele veiligheid, gedeelde besluitvorming en participatie van zorgvragers in zorgbeslissingen kan de ergotherapeut bijdragen aan het herstellen van vertrouwen in zorgrelaties. Hierbij kan ook aandacht worden besteed aan het voorbereiden van zorggesprekken en het expliciteren van verwachtingen en noden.

Daarnaast beschikt ergotherapie over specifieke expertise in het analyseren van activiteiten en zorgsituaties vanuit een ergonomisch perspectief. In verschillende zorgcontexten wordt zorg voor personen met een hoger lichaamsgewicht ervaren als fysiek belastend voor zorgverleners. Door zorgsituaties systematisch te analyseren, werkhoudingen te

optimaliseren en passende hulpmiddelen te adviseren, kan de ergotherapeut bijdragen aan zorgpraktijken die zowel veilig zijn voor zorgverleners als toegankelijk voor zorgvragers.

Ook op het niveau van de zorgomgeving kan ergotherapie een belangrijke rol spelen. Door infrastructuur, materiaal en ruimtelijke organisatie te evalueren vanuit een participatiegericht perspectief kan worden nagegaan in welke mate zorgomgevingen daadwerkelijk toegankelijk zijn voor diverse lichamen en mogelijkheden.

Daarnaast kan de ergotherapie bijdragen aan het faciliteren van reflectie binnen zorgteams. Door casusbesprekingen en praktijkgerichte dialoog te begeleiden kan de discipline helpen om impliciete aannames en waarden rond gezondheid, veiligheid en verantwoordelijkheid expliciet te maken.

Samenvattend wijzen de bevindingen van dit onderzoek op vier centrale aandachtspunten voor een inclusieve zorgpraktijk, m.n.

- het expliciet erkennen van lichaamsgewicht als dimensie van inclusie,
- het structureel verankeren van inclusieve zorg voorbij individuele goodwill,
- het ondersteunen van zorgverleners met kennis, vaardigheden en passend materiaal en
- het versterken van zorgvragers in hun positie, stem en participatie.

Deze aandachtspunten zijn geen losstaande aanbevelingen, maar vloeien voort uit de analyse van gewichtsbias als structureel en ethisch vraagstuk binnen de zorg.

Kritische bedenkingen bij methode

De vragenlijst bij zorgvragers met een hoger lichaamsgewicht bevat geen verdere differentiatie binnen deze categorie, bijvoorbeeld op basis van specifieke kledingmaat, sector of specifieke regio. Hierdoor blijft het onduidelijk of ervaringen verschillen op basis van deze elementen. Een meer gedetailleerde categorisering had de contextuele, analytische diepgang van het onderzoek kunnen vergroten en had mogelijk tot een preciezere interpretatie van de resultaten geleid (Verhoeven, 2023).

Het afnemen van semigestructureerde interviews vereist simultaan luisteren, analyseren en structureren van input. Uitdagingen lagen voornamelijk in time management, neutraliteit en formulering van vervolgvragen. De interactie tussen onderzoeker en geïnterviewde kan invloed hebben gehad op de richting en diepgang van het gesprek. Doorheen het onderzoeksproces werd methodologische reflexiviteit nagestreefd door kritisch na te denken

over de rol van de onderzoeker in dataverzameling en -analyse. De beperkingen van dit onderzoek situeren zich voornamelijk op het niveau van mogelijke interviewerbias en interpretatieve afbakening van de kwalitatieve data, wat een zorgvuldige en contextgebonden lezing van de bevindingen vereist (Smith & Noble, 2025).

Tenslotte werd de vraag 'Ik voel me op mijn gemak bij medische onderzoeken of behandelingen' aan zorgvragers met een hoger lichaamsgewicht onvoldoende gelinkt aan gewicht waardoor de resultaten voor interpretatie vatbaar zijn en niet bruikbaar zijn voor het onderzoek. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan zich ongemakkelijk te voelen tijdens onderzoeken of behandelingen, maar dit resultaat betekent niet noodzakelijk dat zij ongemakkelijk zijn omwille van hun gewicht of ervaren gewichtsbias.

Verklaring van tegenstrijdige belangen

Aangezien de auteur zelf behoort tot de onderzochte doelgroep, neemt zij een insider-positie in, wat een verhoogd risico inhoudt op vooringenomenheid en persoonlijk geïnternaliseerd stigma. Binnen kwalitatief onderzoek wordt deze betrokkenheid niet gezien als uitsluitingscriterium, maar als een factor die expliciete methodologische reflexiviteit vereist. In lijn met principes van reflexieve thematische analyse (Verhoeven, 2023) werd daarom bewust ingezet op transparantie in onderzoekskeuzes, het systematisch onderscheiden van data, literatuur en persoonlijke ervaringen en het bevragen van een breed spectrum aan perspectieven. Hoewel de persoonlijke betrokkenheid bij het onderwerp blijft bestaan, is de analyse opgebouwd vanuit empirische bevindingen en theoretische kaders, met een duidelijke afbakening van persoonlijke reflectie tot de inleiding en addenda.

Aanbevelingen voor volgend onderzoek

Vervolgonderzoek kan zich richten op de verdere ontwikkeling, uitwerking en evaluatie van een inzetbaar, modulair interventiepakket rond gewichtsinclusieve zorg. Hierbij is specifieke aandacht nodig voor het versterken van zorgvragers in het omgaan met geïnternaliseerd gewichtsstigma en in hun zelfpositionering binnen zorgrelaties. Hoewel bestaande initiatieven reeds waardevolle informatie bieden, ontbreekt momenteel een systematisch uitgewerkt en participatiegericht pakket dat deze inzichten vertaalt naar concrete vaardigheden en begeleiding in de zorgpraktijk. Een eerste stap kan zijn om explicieter de mannelijke populatie te bevragen, die spontaan minder in beeld kwam.

Toekomstig onderzoek kan verkennen hoe dergelijke interventies duurzaam ingebed kunnen worden binnen verschillende zorgcontexten. Daarbij is het essentieel om deze interventies niet louter op individueel niveau te benaderen, maar te onderzoeken hoe zij kunnen worden afgestemd op ondersteunende modules voor zorgverleners en organisaties.

Daarnaast kan vervolgonderzoek zich richten op de impact van materiële en ruimtelijke aanpassingen op participatie, waardigheid en zorggebruik bij personen met een hoger gewicht. De bevindingen kunnen verder vertaald worden naar concrete richtlijnen en toetsingskaders voor zorg- en publieke omgevingen.

Inzetten op het vertalen van de conclusies van dit onderzoek in universal design zou verder ook een grote meerwaarde kunnen betekenen. Expliciet gaan bekijken op welke manier producten, omgevingen en diensten kunnen aangepast worden zodat ze mensen van alle maten kunnen faciliteren, zou een belangrijke stap betekenen richting inclusievere zorg- en publieke omgevingen.

Stigma manifesteert zich in uiteenlopende vormen en contexten. De inzichten uit dit onderzoek zijn daarom breder toepasbaar dan uitsluitend binnen het domein van gewicht. Ze kunnen eveneens worden vertaald naar situaties waarin patiënten te maken krijgen met psychiatrische kwetsbaarheden, culturele diversiteit of andere kenmerken die aanleiding geven tot uitsluiting. Het integreren van deze kerninzichten in het curriculum van het hoger onderwijs vormt een belangrijke stap om toekomstige zorgprofessionals beter te ondersteunen in het herkennen en aanpakken van stigma in al zijn verschijningsvormen.

Conclusie

Deze bachelorproef toont aan dat gewichtsstigma in de zorg kan worden gezien als een structureel, contextueel en ethisch vraagstuk dat ingebed zit in dominante gezondheidsnormen, zorgorganisatie en maatschappelijke verwachtingen. Hoewel veel zorgverleners streven naar respectvolle en kwaliteitsvolle zorg, blijven impliciete aannames, materiële beperkingen en organisatorische randvoorwaarden de mogelijkheid tot inclusieve participatie beïnvloeden. Het verminderen van gewichtsstigma vereist daarom een bredere benadering waarin aandacht wordt besteed aan relationele veiligheid, materiële toegankelijkheid en organisatorische ondersteuning.

Vanuit haar focus op participatie, contextanalyse en betekenisvolle activiteit kan ergotherapie een waardevolle bijdrage leveren aan deze ontwikkeling. Door zorgsituaties te analyseren vanuit ergonomische principes, zorgomgevingen te evalueren op toegankelijkheid en zorgvragers te ondersteunen in hun participatie aan zorgbeslissingen, kan ergotherapie bijdragen aan zorgpraktijken waarin verschillende lichamen en ervaringen volwaardig erkend worden.

Door zorg niet louter efficiënt, maar ook rechtvaardig en inclusief te benaderen, wordt gezondheid benaderd als een mensenrecht en participatie als een fundamentele voorwaarde voor kwaliteitsvolle zorg. Welke definitie of aanpak we ook hanteren, hoe zwaar iemand ook is, iedereen heeft recht op goede, kwalitatieve, evenwaardige zorg.

“Behandel ons als volwaardige mensen en niet als potentieel dunne mensen.”

Interview 1, persoonlijke communicatie, 24 oktober 2025

Literatuurlijst

1. Association for Size Diversity and Health ASDAH. (2024). *Health At Every Size® Principles*. ASDAH. Geraadpleegd op 21 januari 2026 van [Health at Every Size® \(HAES®\) Principles – ASDAH](#)
2. Avalon vzw. (z.d.). Avalon. Een kleinschalige voorziening met zorg op maat voor volwassenen met een beperking. Geraadpleegd op 4 januari 2026 van [HOME - Avalon vzw](#)
3. Beaumont, J.D., Reimann, T., Wyld, R., & O’Hara, B. (2025). “I Don’t Approve of a Fat Person...”: A Cross-Sectional Survey Exploring the Perceptions of Health, Weight and Obesity. *Obesities*, 5(3), 49. <https://doi.org/10.3390/obesities5030049>
4. Brumitt, J., & Turner, K. (2025). Weight Stigma in Physical and Occupational Therapy: A Scoping Review. *Obesities*, 5(2), 46. <https://doi.org/10.3390/obesities5020046>
5. Chastain, R., van Eck, D., Sonnad, G., Buwalda, F., Dikke Vinger. (2025). *Anti-fatness in de gezondheidszorg* [key note speakers en workshops]. Inhoudelijk symposium team public health research EUR MC. Rotterdam, Nederland.
6. Cromptvoets, P. I., Nieboer, A. P., van Rossum, E. F. C., & Cramm, J. M. (2024). Perceived weight stigma in healthcare settings among adults living with obesity: A cross-sectional investigation of the relationship with patient characteristics and person-centred care. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 27(1), e13954. <https://doi.org/10.1111/hex.13954>
7. De Coninck, L., Vanhoof, E., Van Cauwenbergh, S., Roy, T., Keijzer, J., Stukken, L., Goossens, M., Cauwenbergh, M., Smet, S., Baade-Joret, B., Peters, E., Excelmans, E., Schueren, B., Vissers, D., Joossens, S., Er, E., Royen, P. (2024). Multimodal management of obesity in adults by WOREL Working Group Development of Primary Care Guidelines. [WOREL](#)
8. Digitale Bibliotheek voor de Nederlandse Letteren. (z.d.). Door dik en dun gaan. Geraadpleegd op 3 oktober 2025 van [Nederlandsche spreekwoorden, spreekwijzen, uitdrukkingen en gezegden](#)
9. Eetexpert. (2025). Infofiche ALLES [Brochure]. Eetexpert. Geraadpleegd op 9 januari 2026 van [Infofiche ALLES - Eetexpert](#)
10. Elmaleh-Sachs, A., Schwartz, J. L., Bramante, C. T., Nicklas, J. M., Gudzone, K. A., & Jay, M. (2023). Obesity Management in Adults: A Review. *JAMA*, 330(20), 2000–2015. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.19897>

11. Erskine S. (2025) At a glance factsheet: NICE overweight and obesity guidelines – what’s new? *Diabetes & Primary Care*, 27, 51–3. [Factsheet NICE-obesity-guidance.pdf](#)
12. Grech, L. B., Koller, D., & Olley, A. (2024). Person-first and identity-first disability language: Informing client centred care. *Social science & medicine (1982)*, 362, 117444. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117444>
13. Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2025). Interventions to Reduce Discrimination and Stigma: The State of the Art. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 23(1), 85–93. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.25023004>
14. Hagan, S., & Nelson, K. (2023). Are Current Guidelines Perpetuating Weight Stigma? A Weight-Skeptical Approach to the Care of Patients with Obesity. *Journal of General Internal Medicine*, 38(3), 793–798. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07821-w>
15. Hagen, S. J., & Henningfield, M. F. (2023). Health at Every Size Principles: Clinician Perspectives To Limit Weight Stigma in Medical Care. *WMJ : official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 122(4), 277–279.
16. Hart S. (2022). Weight stigma an unacceptable burden: Pervasive bias robs patients of appropriate, compassionate care. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 68(8), 608–609. <https://doi.org/10.46747/cfp.6808608>
17. Haley, E. N., Dolbier, C. L., Campbell, L. C., Carels, R. A., & Braciszewski, J. M. (2025). Brief Self-Compassion Intervention for Women of Higher Weight and Internalized Weight Bias: A Randomized Pilot Study. *International journal of behavioral medicine*, 32(2), 293–307. <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10297-z>
18. Healy, M., Richard, A., & Kidia, K. (2022). How to Reduce Stigma and Bias in Clinical Communication: a Narrative Review. *Journal of general internal medicine*, 37(10), 2533–2540. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07609-y>
19. Heidebrecht, C., Fierheller, D., Martel, S., Andrews, A., Hollahan, A., Griffin, L., Meerai, S., Lock, R., Nabavian, H., D'Silva, C., Friedman, M., & Zenlea, I. (2024). Raising awareness of anti-fat stigma in healthcare through lived experience education: a continuing professional development pilot study. *BMC medical education*, 24(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04889-8>
20. Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel,

- C., & Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
21. Institute for Positive Health. (z.d.). Positieve gezondheid. Geraadpleegd op 23 september 2025 van [Positieve Gezondheid - Institute for Positive Health \(iPH\)](#)
 22. Kirk, S.F.L., Ramos Salas, X., Alberga A.S., Russell-Mayhew, S. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice and Policy. Geraadpleegd op 17 november 2025 van <https://obesitycanada.ca/guidelines/weightbias>
 23. Luli, M., Yeo, G., Farrell, E., Ogden, J., Parretti, H., Frew, E., Bevan, S., Brown, A., Logue, J., Menon, V., Isack, N., Lean, M., McEwan, C., Gately, P., Williams, S., Astbury, N., Bryant, M., Clare, K., Dimitriadis, G. K., Finlayson, G., ... Miras, A. D. (2023). The implications of defining obesity as a disease: a report from the Association for the Study of Obesity 2021 annual conference. *EClinicalMedicine*, 58,101962. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101962>
 24. Loopings.nl. (2025). Nieuwe teststoel bij Efteling-attractie Danse Macabre moet teleurstellingen voorkomen. Geraadpleegd 27 september 2025 van [Nieuwe teststoel bij Efteling-attractie Danse Macabre moet teleurstellingen voorkomen - Loopings](#)
 25. Masengo, K.K. (host). (21 november 2025). Gewichtsdiscriminatie in de zorg (aflevering 1, seizoen 2) [podcastaflevering]. In *Rebelle openhartig*. Rebelle. Geraadpleegd op 31 januari 2025 van [Aflevering 1: Gewichtsdiscriminatie in de zorg - Rebelle Openhartig | Podcast on Spotify](#)
 26. Mathialagan, S., Lau, P. L., & Abdullah, H. S. L. (2025). The Impact of Weightism and Weight Self-Stigma on Obese Population: A Systematic Review. *SAGE Open*, 15(1), 1–17. <https://doi.org/10.1177/21582440251325322>
 27. Mihaileanu, F. V., Fadgyas Stanculete, M., Gherman, C., Brata, V. D., Padureanu, A. M., Dita, M. O., Turtoi, D. C., Bottalico, P., Incze, V., & Stancu, B. (2025). Beyond the Physical: Weight Stigma and the Bariatric Patient Journey. *Journal of Clinical Medicine*, 14(2), 543. <https://doi.org/10.3390/jcm14020543>
 28. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). *Discriminatie in de zorg, welzijn en sport*. Verian. Geraadpleegd op 2 januari 2026 van [ONDERZOEK NL discriminatie in zorg, welzijn en sport.pdf](#)

29. Moore, C. H., Oliver, T. L., Randolph, J., & Dowdell, E. B. (2022). Interventions for reducing weight bias in healthcare providers: An interprofessional systematic review and meta-analysis. *Clinical obesity*, 12(6), e12545. <https://doi.org/10.1111/cob.12545>
30. Neff K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual review of psychology*, 74, 193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
31. Nestorowicz, S., & Saks, N. (2021). Addressing Bias Toward Overweight Patients: a Training Program for First-Year Medical Students. *Medical science educator*, 31(3), 1115–1123. <https://doi.org/10.1007/s40670-021-01282-2>
32. Oliver, T. L., Qi, B. B., Diewald, L. K., Shenkman, R., & Kaufmann, P. G. (2022). Development of a weight bias reduction intervention for third-year nursing students. *Clinical obesity*, 12(2), e12498. <https://doi.org/10.1111/cob.12498>
33. Oswald, F., Stevens, S. M., Kruk, M., Murphy, C. I., & Matsick, J. L. (2022). Signaling sizeism: An assessment of body size-based threat and safety cues. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 22(1), 378-407.
34. Papini, N. M., Lee, S., Lee, J., & Clifford, D. (2025). University Coaching for Activity and Nutrition (UCAN): A weight-inclusive health coaching program. *Journal of American college health : J of ACH*, 73(1), 23–26. <https://doi.org/10.1080/07448481.2023.2194427>
35. Rebelle vzw. (z.d.). Ervaringsspel – Ziekenboeg. Geraadpleegd op 15 maart 2026, van [Ervaringsspel - Ziekenboeg | rebelle-vzw.be](https://www.rebelle-vzw.be/Ervaringsspel-Ziekenboeg)
36. Smith, J., & Noble, H. (2025). Understanding sources of bias in research. *Evidence-based nursing*, 28(3), 137–139. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2024-104231>
37. Tarnowski, A. and Skyberg, R. (2021). "Occupational Therapy Joining Bariatric Care Teams: A Web-Based Resource" (2021). *Occupational Therapy Capstones*. 487. <https://commons.und.edu/ot-grad/487>
38. Townsend, E., & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 71(2), 75–87. <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>
39. United Nations. (z.d). The 17 goals. Geraadpleegd op 7 november 2025 van [United Nations Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development](https://www.un.org/sustainabledevelopment/)
40. Van Hartingsveldt, M., Kos, D., & Granse, M. L. (2023). Grondslagen van ergotherapie. Bohn Stafleu Van Loghum, 2023.

41. Vanherle, M. (2025). Zwembad Elsene voorziet apart zwemuurtje voor mensen met overgewicht: "Drempel veel lager om te sporten". Geraadpleegd op 27 september 2025 van [Zwembad Elsene voorziet apart zwemuurtje voor mensen met overgewicht: "Drempel veel lager om te sporten" | VRT NWS: nieuws](#)
42. Verboven, K., Wikström-Grotell, C., Lehtinen-Jacks, S., Davis, M. E., O'Donoghue, G., Tuominen, P. P. A., Agten, A., Curran, F., & Cunningham, C. (2025). Obesity competencies for healthcare professionals: a scoping review. *BMC medical education*, 25(1), 1367. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07973-3>
43. Verhoeven, N. (2023). *Thematische analyse. Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek* (2^e editie). Boom Uitgevers.
44. Vlaamse Overheid Departement Zorg. (z.d.). Basisprincipes kwaliteitsdecreet: gedeelde verantwoordelijkheid. Geraadpleegd op 21 februari 2026 van [Basisprincipe kwaliteitsdecreet: gedeelde verantwoordelijkheid | Departement Zorg](#)
45. VRT. (2024). Durf te vragen. Overgewicht. Geraadpleegd op 25 oktober 2025 van [Durf te vragen - 4 \(2\) VRT MAX - Overgewicht](#)
46. VRT. (2025). Factcheckers. Vooroordelen. Geraadpleegd op 25 oktober 2025 van [Factcheckers - 6 \(8\) VRT Max - Vooroordelen](#)
47. Wamsiedel, M. (2020). Credibility work and moral evaluation at the ED. *Social science & medicine* (1982), 248, 112845. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112845>
48. Wang, C., Murley, W. D., Panda, S., Stiver, C. A., Garell, C. L., Moin, T., Crandall, A. K., & Tomiyama, A. J. (2025). Assessing Weight Stigma Interventions: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Current obesity reports*, 14(1), 35. <https://doi.org/10.1007/s13679-025-00628-w>
49. Wasmuth, S., Bravata, D., & Miech, E. (2025). Difference-Making Conditions for the Successful Implementation of IDEAS: A Provider Stigma-Reduction Training for and by Occupational Therapy Practitioners. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 79(5), 7905205070. <https://doi.org/10.5014/ajot.2025.051085>
50. Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., Adamo, K., Alberga, A., Bell, R., Boulé, N., Boyling, E., Brown, J., Calam, B., Clarke, C., Crowshoe, L., Divalentino, D., Forhan, M., Freedhoff, Y., Gagner, M., Glazer, S., ... Wicklum, S. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ : Canadian Medical*

Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 192(31), E875–E891.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>

51. Willamette University (2025). Rebecca Alexander '10 - Innovative Achievement Award. Geraadpleegd op 22 september 2025 van [Rebecca Alexander '10 - Innovative Achievement Award - YouTube](#)
52. World Health Organization. (z.d.). Sustainable Development Goals. Geraadpleegd op 7 november 2025 van [World Health Organization - SDG](#)

ADDENDUM 1 – Affectieve teksten

De in dit addendum opgenomen teksten zijn persoonlijke, affectieve reflecties van de onderzoeker. Zij vormen geen onderdeel van de empirische onderzoeksdata en zijn geen vertaling of representatie van de ervaringen van de deelnemers aan het praktijkonderzoek. De stemmen van zorgvragers en zorgverleners komen uitsluitend en onverkort tot uiting in de vragenlijsten en analyses die in de hoofdtekst worden besproken.

De keuze om deze teksten toch op te nemen, vertrekt vanuit een reflexieve onderzoeksbenadering. Gewichtsbias in de zorg is een thema dat niet louter rationeel of abstract kan worden begrepen. Het raakt aan lichaam, waardigheid, uitsluiting en macht en wordt zowel door zorgvragers als door onderzoekers belichaamd ervaren. Door deze persoonlijke ervaringen expliciet te maken, wordt erkend dat de onderzoeker geen neutrale buitenstaander is, maar zelf gesitueerd en geraakt deelneemt aan het onderzochte maatschappelijke vraagstuk.

Zoals ook benoemd tijdens het gesprek met Noortje van Amsterdam, Universitair Hoofddocent aan de Universiteit Utrecht, schuilt er een risico in conventionele wetenschappelijke praktijken waarbij affectieve dimensies van ervaringen, zoals woede, schaamte, pijn of veerkracht, uit de analyse worden gefilterd. Hoewel analytische reductie noodzakelijk is voor kennisontwikkeling, kan zij ook leiden tot verlies van morele urgentie en relationele betekenis. Creatieve en affectieve methoden bieden hier geen alternatief voor empirische analyse, maar een aanvullende vorm van kennisoverdracht die beroep doet op ethische gevoeligheid en betrokkenheid (Interview 2, persoonlijke communicatie, 2026).

De opgenomen teksten nodigen de lezer uit om zich niet alleen cognitief, maar ook affectief en relationeel te verhouden tot het thema van gewichtsbias in de zorg. Zij beogen geen verklaring of overtuiging, maar openen een ruimte voor reflectie en ervaring. Niet “zo zit het”, maar “kom mee in deze ervaring”. In die zin dragen zij bij aan het kritisch bevragen van wat als kennis geldt en aan het besef dat bewustwording en mogelijke gedragsverandering zelden ontstaan door informatie alleen, maar wel door geraakt te worden (Interview 2, persoonlijke communicatie, 2026).

Door deze reflecties te bundelen in een afzonderlijk addendum wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen empirische data, analyse en persoonlijke positionering. Tegelijk

wordt recht gedaan aan de complexiteit van het onderwerp en aan de ethische verantwoordelijkheid van de onderzoeker om niet alleen te verklaren, maar ook te laten voelen wat er op het spel staat.

Mislukt

Ik weiger de weegschaal.

Ik ben trots.

Maar jouw dossier

herinnert zich mijn cijfer

van toen ik nog geen nee durfde zeggen.

Vandaag

geef ik me blijkbaar nog steeds

over aan jouw oordeel .

Wie maak ik wat wijs

“Ik sport”,

bijt ik.

“Ik ben meer dan dat cijfer”,

schreeuw ik vanbinnen

In mijn kracht blijven staan

Niet gelukt

Afleidingsmaneuver mislukt

Ik mislukt

Lieg ik mezelf voor?

Ben ik dan niet meer dan dat?

Je ziet me niet

Je ziet mij niet

Lichaam

Ik ben zwaar.

Ik ben breed.

Ik neem ruimte.

Ik bots.

Ik pas niet.

Niet hier.

Zo vermoeiend.

Ik sta.

Ik ga.

Ik draag haar.

Promotie

Ik bijt.

Omdat jij zegt
dat ik promoot.

Wie zegt zoiets?

Is dit niet
mijn hele punt?

Obesitas promoten
Alsof bestaansrecht reclame is

Zo ver
van wat ik bedoel.

Je hoeft me niet mooi te vinden.

Niet leuk.
Niet inspirerend.

Maar ik ben een mens

Met gevoelens
Met rechten

Dezelfde rechten

Het recht dat je precies hoort wat ik zeg

En toch, wie bijt
wordt niet beluisterd.

Business

“De cijfers lopen terug,
de gouden tijden zijn voorbij”.

“Medicatie wint terrein
op operaties”.

Afwijkingen gecorrigeerd,
lichamen geoptimaliseerd.

Ik verschil van de norm.

Verschillen,
geen interessant business model.

Het raast vanbinnen.

Objectief blijven.

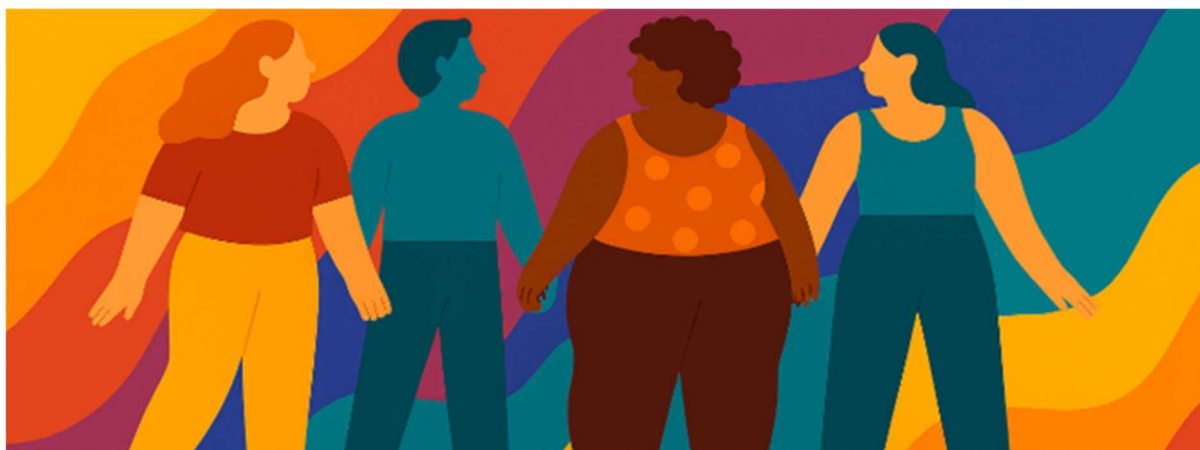
Emotie mag
niet mee doen.

Ik wil bijten.

Ik doe het niet.

Want, wie bijt, wordt niet beluisterd

Uitnodiging tot invullen van vragenlijst



WIJ ZOEKEN JOU !

SAMEN IN GESPREK OVER ZORG – VOOR ELK LICHAAM

Ben jij een **ZORGVERLENER** en kom je regelmatig in contact met zware mensen?
Of, ben jij een **ZORGVRAGER MET EEN HOOG GEWICHT** en
ben je al in contact gekomen met zorgverleners in een zorg- of medische context?
Dan zoeken wij **JOU**, want jouw standpunten en ervaringen kunnen bijdragen aan een
inclusieve zorgomgeving voor mensen van alle vormen en maten.

Elke zorgvrager verdient zorg waarin je gezien, gehoord en gerespecteerd wordt.
En elke zorgverlener verdient een werkomgeving die ingesteld is
op het verlenen van inclusieve zorg. De realiteit is dikwijls anders.
Soms subtiel, soms heel zichtbaar. Vaak onbewust, soms bewust.

Jij kan helpen door onze **VRAGENLIJST** in te vullen!
De **rode QR-code** is voor **(studenten) zorgverleners** en
de **paarse QR-code** is voor **zorgvragers met een hoog gewicht**.
Doe je mee? Scan dan de code die bij jou past.



Wil je meer informatie, heb je hulp nodig met de QR-code of wil je graag persoonlijk verder praten, mail dan naar katrien.driesen@student.pxl.be.

Vragenlijst via mailing voor medische en zorgprofessionals

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=xWb_C9tF7UaLgYeVngabkOR2FuH7UABLiCz5vmjKaYZUQldaOVUxSFIXV1dNTkw0TUNQTIpCSFg5Qi4u

Als zorgverlener willen we kwaliteitsvolle en respectvolle zorg bieden. Elke zorgverlener verdient dan ook een werkomgeving die is ingesteld op het verlenen van inclusieve zorg. De manier waarop we mekaar benaderen wordt echter – bewust of onbewust – beïnvloed door onze persoonlijke ervaringen en overtuigingen of algemeen maatschappelijke beelden. We onderzoeken hoe zorgverleners en zorgstudenten omgaan met diversiteit in lichaam, gezondheid en participatie. Deze vragenlijst polst specifiek naar de contacten met en de zorgverlening aan mensen met een hoger lichaamsgewicht of zichtbaar overgewicht, mensen bij wie er teveel vet opgeslagen ligt in het lichaam. De antwoorden worden **volledig anoniem verwerkt** en uitsluitend gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. **Antwoorden kunnen niet worden herleid tot jou of je werkplek.** De vragenlijst kost een achttal minuten om in te vullen. We vragen je om zo eerlijk mogelijk te antwoorden, ook als een uitspraak niet volledig overeenkomt met hoe je zou willen handelen, maar eerder met wat je soms ervaart in de praktijk. Bedankt voor je openheid en bijdrage aan een inclusieve zorgcontext.

Hartelijk dank voor je deelname!

1. Algemene informatie

Leeftijd

Ik identificeer mezelf als

- vrouw
- man
- non-binair
- dat deel ik liever niet
- andere

Ik ben

- student medisch of zorgberoep
- verpleegkundige
- ergotherapeut
- vroedkundige
- zorgkundige
- arts
- andere

Ik heb in het afgelopen jaar één of meer zorgvragers ontmoet met zichtbaar overgewicht.

- Ja, vaak
- Ja, sporadisch
- Nee

Denk jij, wanneer er gesproken wordt over inclusie of diversiteit, spontaan aan gewicht of lichaamsvorm?

- Ja
- Neen

In mijn organisatie bestaan vormen of richtlijnen rond inclusieve zorg en vooroordelen, met specifieke verwijzing naar lichaamsvorm.

- Ja
- Neen
- Ik weet het niet

2. Reflectie

Duid bij elke stelling aan in welke mate je wel of niet akkoord gaat. Er is geen goed of fout antwoord, enkel jouw spontane, eerlijke mening.

Kies tussen helemaal niet akkoord, eerder niet akkoord, eerder akkoord, helemaal akkoord.

- Ik denk na over hoe mijn houding invloed heeft op het welbevinden van de zware zorgvrager.

- Ik neem bewust tijd om mijn eigen veronderstellingen te bevragen in het contact met zware zorgvragers.
- Ik let actief op signalen (houding, lichaamstaal, taalgebruik, ...) om te zien of een zware zorgvrager zich op zijn gemak voelt.
- Ik voel me op mijn gemak om een zorgvrager met een hoger gewicht dezelfde zorgkwaliteit te geven als elke andere zorgvrager.
- Ik vraag feedback aan zware zorgvragers over hoe zij mijn zorg ervaren.
- Ik merk dat het thema 'gewicht' soms ongemak of frustratie oproept bij zorgverleners, inclusief mezelf.

3. **Praktijkomgeving en toegankelijkheid**

Ik voel me voldoende deskundig om zorg te bieden aan zorgvragers met diverse achtergronden en lichaamstypen.

- Ja
- Neen

Indien 'neen', wat mis je dan?

Open invulveld

Mijn werkplek is uitgerust met voldoende toegankelijke en stevige voorzieningen voor zorgvragers met een hoger lichaamsgewicht.

- Ja
- Neen
- Niet van toepassing

Indien 'ja', geef enkele voorbeelden, indien 'neen', wat mist jouw werkplek dan?

Open invulveld

Ik pas spontaan mijn communicatie, materiaal of omgeving aan om tegemoet te komen aan de noden van zorgvragers met verschillende lichaamstypen.

- Ja
- Neen

4. **Ervaringen en observaties**

Duid bij elke stelling aan in welke mate je wel of niet akkoord gaat. Er is geen goed of fout antwoord, enkel jouw spontane, eerlijke mening.

Kies tussen helemaal niet akkoord, eerder niet akkoord, eerder akkoord, helemaal akkoord.

- Ik heb al meegemaakt dat een zorgvrager met een hoger lichaamsgewicht zich niet gehoord of niet serieus genomen voelde door zorg die hij ontving van een zorgverlener.
- Bij contacten met zware zorgvragers merk of hoor ik soms terughoudendheid uit angst om beoordeeld te worden.
- In mijn werkomgeving wordt lichaamsgewicht op een respectvolle manier besproken.
- Bij gezondheidsklachten van zorgvragers met een hoger gewicht wordt verwezen naar gewichtsverlies als belangrijkste oplossing.

5. **Organisatiecultuur en beleid**

Duid bij elke stelling aan in welke mate je wel of niet akkoord gaat. Er is geen goed of fout antwoord, enkel jouw spontane, eerlijke mening.

Kies tussen helemaal niet akkoord, eerder niet akkoord, eerder akkoord, helemaal akkoord.

- Op mijn werkplek wordt bewust aandacht besteed aan het vermijden van stereotiepe aannames over zware zorgvragers.
- Ik zie ruimte voor verbetering in onze zorgomgeving wat betreft het omgaan met diversiteit.

Mijn collega's en ik weten hoe we onze zorg nog meer inclusief kunnen maken.

- Ja
- Neen

Indien 'ja', op welke manieren doen jullie dat dan?

Open invulveld

6. **Motivatie en behoeften**

Ik vind het nodig om handvaten te krijgen om mensen met een hoger lichaamsgewicht goeie zorg te kunnen bieden.

- Ja
- Neen

Wat zou jou helpen om in jouw toekomstige of huidige werk bewuster om te gaan met gewichtsbias en inclusie?

Open invulveld

Heb je interesse om later vrijwillig en vrijblijvend nog verder te praten over dit onderwerp?

- Ja graag, ik laat mijn e-mailadres achter.
- Misschien, je mag me alvast vrijblijvend contacteren via het e-mailadres dat ik achter laat.
- Neen

Mijn e-mailadres dat ik vrijwillig en vrijblijvend achter laat om op een later moment gecontacteerd te worden over dit onderwerp:

Open invulveld

Vragenlijst via mailing voor zorgvragers

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=xWb_C9tF7UaLgYeVngabkOR2FuH7UABLiCz5vmjKaYZUMzU1REtRQkgYQUhVTVPtLWDVYOENNRjVZOC4u

Iedereen heeft recht op respectvolle en toegankelijke zorg, ongeacht lichaam, achtergrond of gezondheidstoestand. Met deze vragenlijst willen we beter begrijpen hoe **zorgvragers met een hoger lichaamsgewicht** zorg ervaren. Concreet bedoelen we met 'personen met een hoger lichaamsgewicht' bv. mensen met een kledingmaat 46 voor dames/58 voor heren/XXL en/of hoger. De omstreden BMI classificatie spreekt van mensen met overgewicht vanaf een BMI van 25 en met obesitas vanaf 30. Met 'zorgvrager' bedoelen we iedereen die zorg vraagt of zorg nodig heeft, zowel dringend als preventief en alles daar tussen in. We kennen zorgvragers o.a. ook wel als patiënten, cliënten of bewoners. De resultaten helpen om een meer inclusieve zorgpraktijk te realiseren. Je antwoorden worden volledig anoniem verwerkt, in het kader van een bachelorproef aan PXL Healthcare Departement Ergotherapie. De vragenlijst invullen vraagt een vijftal minuten van jouw tijd.

Dankjewel alvast voor je tijd en bijdrage!

1. Algemene informatie

Leeftijd

Ik identificeer mezelf als

- vrouw
- man
- non-binair
- dat deel ik liever niet
- andere

Ik heb in het afgelopen jaar één of meerdere contacten gehad met één of meer zorgverleners, zoals een huisarts, een specialist, een kinesist, een ergotherapeut, een verpleegkundige, ...

- Ja, vaak
- Ja, één of enkele keren
- Neen

2. Ervaringen in omgang

Duid bij elke stelling aan in welke mate je wel of niet akkoord gaat. Er is geen goed of fout antwoord, enkel jouw spontane, eerlijke mening.

Kies tussen helemaal niet akkoord, eerder niet akkoord, eerder akkoord, helemaal akkoord.

- Ik voel me doorgaans met respect behandeld door zorgverleners.
- Ik voel me serieus genomen als ik gezondheidsklachten bespreek.

- Ik ervaar dat zorgverleners mijn gezondheid bekijken in de brede context van mijn welzijn, niet enkel in functie van mijn gewicht.
- Ik voel dat ik vrij kan spreken over mijn gezondheid, zonder angst om beoordeeld te worden.
- Zorgverleners gebruiken woorden en termen die ik als respectvol ervaar.

3. Fysiek comfort en toegankelijkheid

Duid bij elke stelling aan in welke mate je wel of niet akkoord gaat. Er is geen goed of fout antwoord, enkel jouw spontane, eerlijke mening.

Kies tussen helemaal niet akkoord, eerder niet akkoord, eerder akkoord, helemaal akkoord.

- De zorgomgeving (wachtzaal, onderzoeksruimte, materiaal, stoelen, ...) is comfortabel en praktisch voor mensen met verschillende lichaamstypen.
- Ik voel me op mijn gemak bij medische onderzoeken of behandelingen.

4. Ervaringen met aannames

Duid bij elke stelling aan in welke mate je wel of niet akkoord gaat. Er is geen goed of fout antwoord, enkel jouw spontane, eerlijke mening.

Kies tussen helemaal niet akkoord, eerder niet akkoord, eerder akkoord, helemaal akkoord.

- Ik heb al meegemaakt dat een zorgverlener aannames deed over mijn gezondheid op basis van mijn gewicht.
- Ik heb de indruk dat mijn gewicht meer aandacht krijgt dan andere aspecten van mijn gezondheid.
- Ik heb al zorg vermeden of uitgesteld omdat ik vreesde negatief beoordeeld te worden omwille van mijn gewicht.

5. Communicatie en gelijkwaardigheid

Duid bij elke stelling aan in welke mate je wel of niet akkoord gaat. Er is geen goed of fout antwoord, enkel jouw spontane, eerlijke mening.

Kies tussen helemaal niet akkoord, eerder niet akkoord, eerder akkoord, helemaal akkoord.

- Wanneer ik vragen stel over mijn gezondheid, voel ik dat ik vrij kan spreken zonder bang te zijn om beoordeeld te worden.
- Als een zorgverlener mijn gewicht bespreekt, gebeurt dat op een zorgzame en respectvolle manier.
- Ik voel me betrokken bij beslissingen over mijn eigen zorg.

6. Verbeterpunten

Wat zou voor jou het meest helpen om je comfortabeler te voelen in de zorg (meerdere antwoorden mogelijk)?

- Meer respectvolle communicatie
- Meer aangepaste infrastructuur of materiaal
- Meer kennis bij zorgverleners over bias en diversiteit
- Meer aandacht voor mijn beleving en participatie
- Ander: ... (invullen)

Als je één wens mocht formuleren voor hoe de zorg in de toekomst omgaat met mensen van alle lichaamstypen, wat zou die wens dan zijn (meerdere antwoorden mogelijk)?

- Meer respect en gelijkwaardigheid
- Meer focus op de klachten en noden van de zorgvrager
- Meer luisteren naar ervaringsdeskundigen
- Meer samenwerking tussen zorgverleners
- Ander: ... (invullen)

7. Verbeterpunten

Heb jij een ervaring die je graag willen delen met ons? Dat kan hier. Dankjewel alvast!

Open invulveld

Heb jij een suggestie voor verbetering? Die mag je hier achterlaten! Dankjewel alvast!

Open invulveld

Wil jij later graag deelnemen aan een verdiepend gesprek rond dit onderwerp?

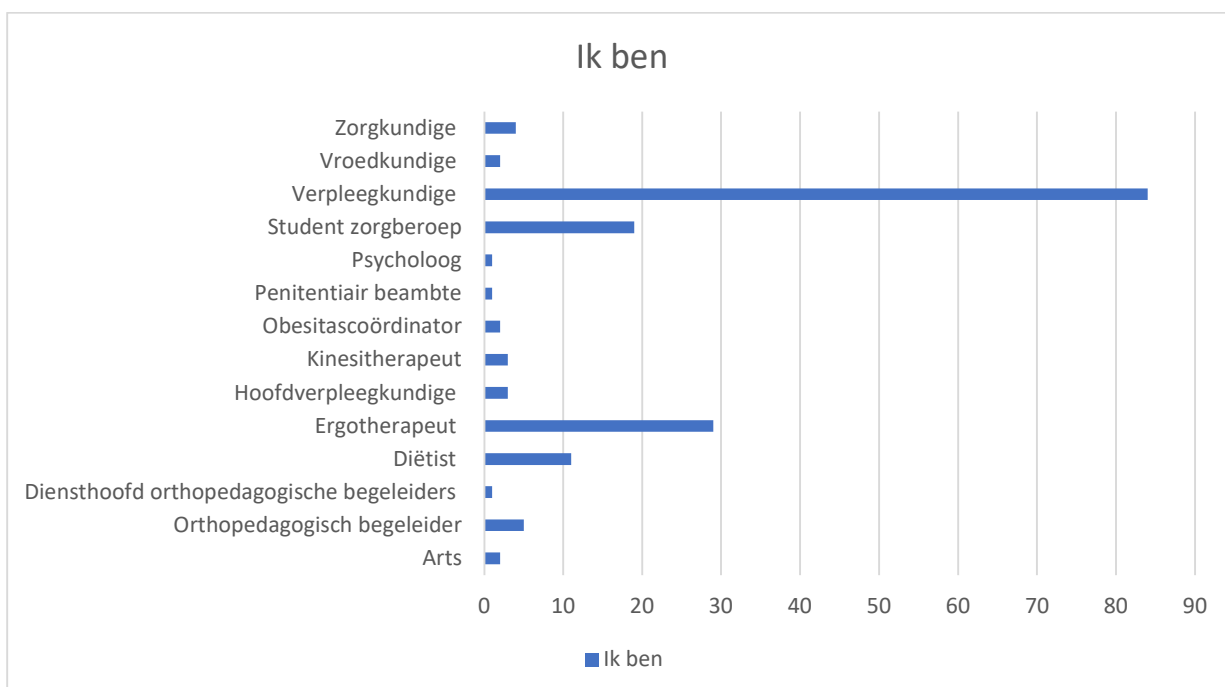
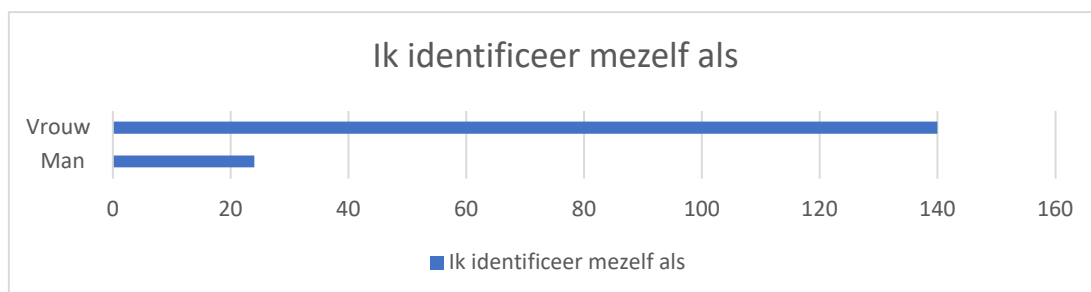
- Ja graag, ik laat mijn e-mailadres achter.
- Misschien, je mag me vrijblijvend contacteren via het e-mailadres dat ik achterlaat.
- Nee

Als je graag verder een gesprek aangaat, dan mag je hier je e-mailadres achterlaten, maar dat is vrijwillig en vrijblijvend.

Open invulveld

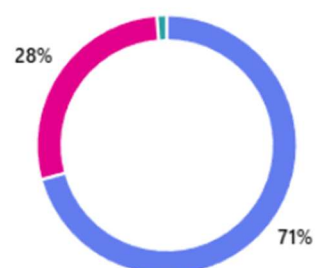
ADDENDUM 3 – Resultaten praktijkonderzoek zorgverleners

Aantal deelnemers	165, 164 ingevuld na akkoord op 'informed consent'
Leeftijdswaarde	19 – 64
Mediaan leeftijd	42
Gemiddelde leeftijd	40,5



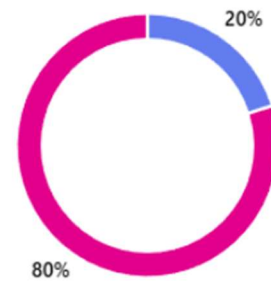
Ik heb in het afgelopen jaar één of meer zorgvragers ontmoet met zichtbaar overgewicht.

- Ja, vaak 116
- Ja, sporadisch 46
- Neen 2



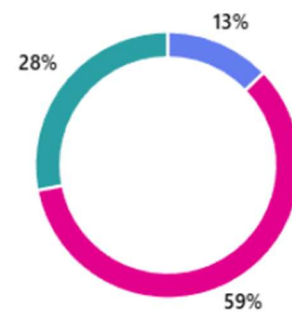
Denk jij, wanneer er gesproken wordt over inclusie of diversiteit, spontaan aan gewicht of lichaamsvorm?

● Ja	33
● Neen	131

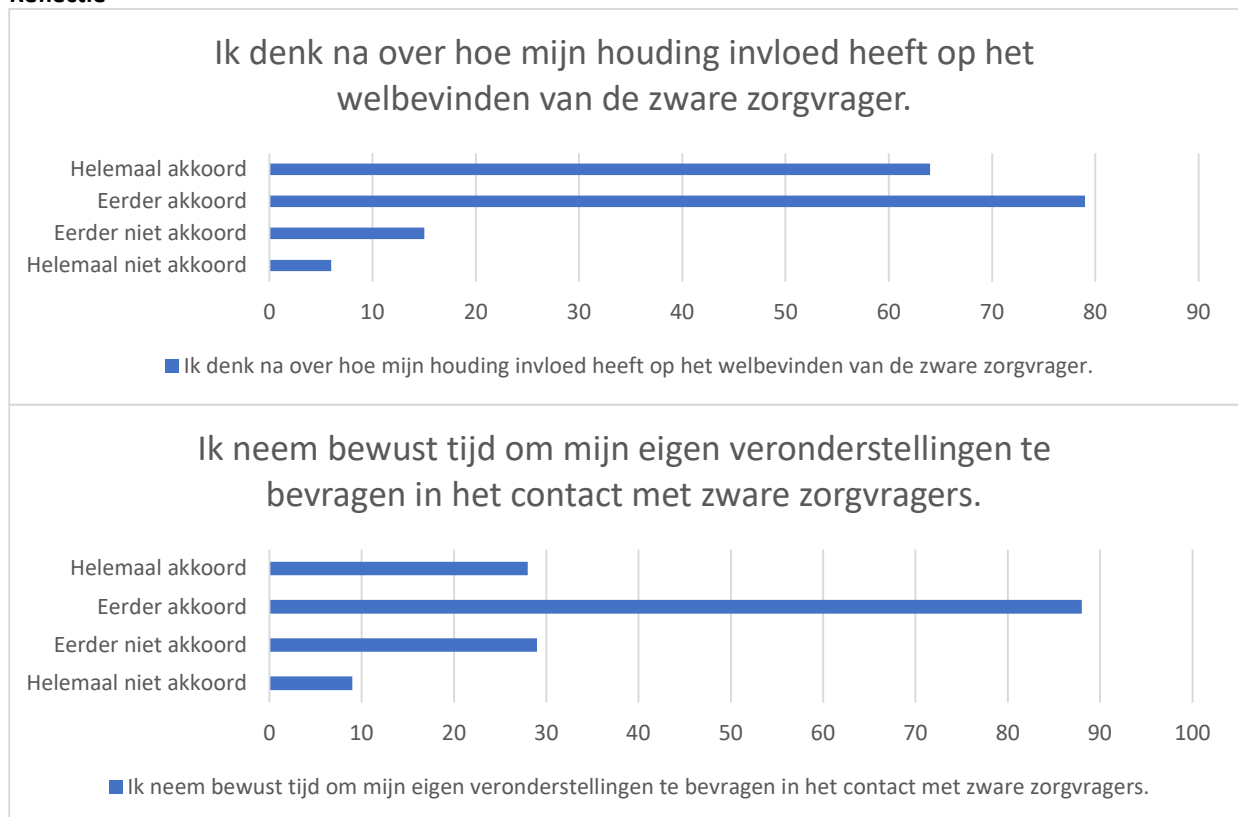


In mijn organisatie bestaan vormingen of richtlijnen rond inclusieve zorg en vooroordelen, met specifieke verwijzing naar lichaamsvorm?

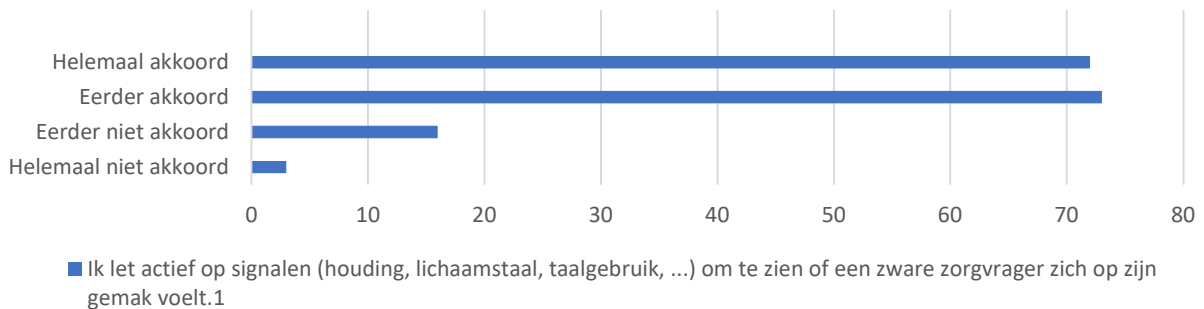
● Ja	21
● Neen	97
● Ik weet het niet	46



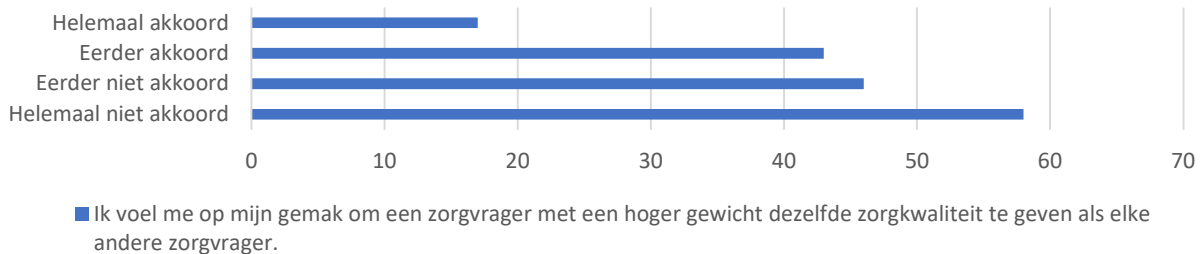
Reflectie



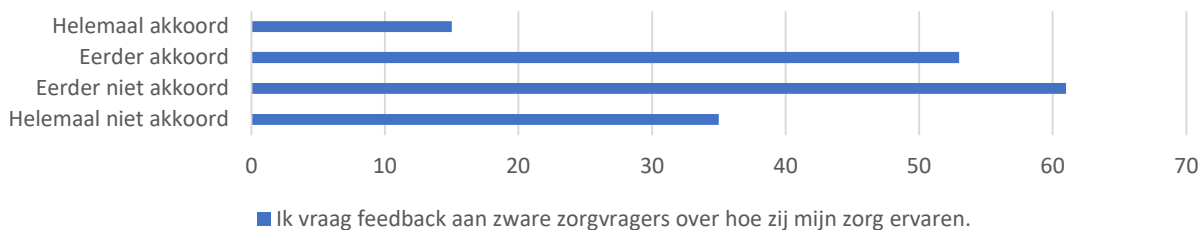
Ik let actief op signalen (houding, lichaamstaal, taalgebruik, ...) om te zien of een zware zorgvrager zich op zijn gemak voelt.1



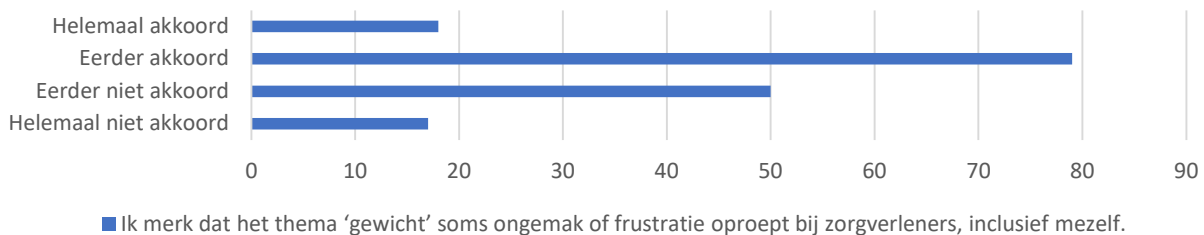
Ik voel me op mijn gemak om een zorgvrager met een hoger gewicht dezelfde zorgkwaliteit te geven als elke andere zorgvrager.



Ik vraag feedback aan zware zorgvragers over hoe zij mijn zorg ervaren.

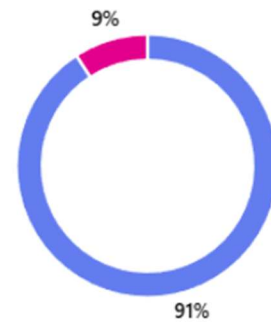


Ik merk dat het thema 'gewicht' soms ongemak of frustratie oproept bij zorgverleners, inclusief mezelf.



Praktijkomgeving en toegankelijkheid

● Ja	149
● Neen	15



Indien 'neen', wat mis je dan?

Zelf te weinig kennis over de verschillende lichaamstypes en hoe je ermee moet omgaan.

Ik heb ja geantwoord, maar ik denk dat ik hier wel nog verder in kan groeien

meer kennis over bv hulpmiddelen bij overgewicht of bv methodeveranderingen

Te weinig inzicht in de beleving van die personen, wat is voor hen belangrijk. Te weinig inzicht in wat belangrijke aandachtspunten zijn en welke hulpmiddelen we ter beschikking hebben of hoe we die kunnen gebruiken.

Begeleiding

Bv in de thuiszorg zijn zwaarlijvige pten heel, moeilijk te verzorgen omdat ze huurmateriaal onvoldoende kennen

Niet alle culturen zijn goed gekend met daaraan gekoppelde gewoontes

een duidelijk plan van aanpak

meer lessen specifiek rond zware zorgvragen, ik merk dat er af en toe in de les erover wordt gesproken maar ik denk dat er wordt onderschat hoe vaak we te maken krijgen met zware zorgvragers waarbij je als stagiaire vaak denk "oh nee, hoe begin ik hieraan" of "hoe kan ik werken om het voor de patient/zorgvrager zo comfortabel mogelijk te maken"

verplaatsingsvaardigheden die we aangeleerd krijgen zijn gericht op het standaard lichaam. Dan werkt dit. Deze worden veel moeilijker bij overgewicht of bv. bij amputaties.

we krijgen een goede begeleiding en worden regelmatig opgefrist met bijscholingen voor onze referentengroep en nieuwe inzichten over dergelijke aanpak

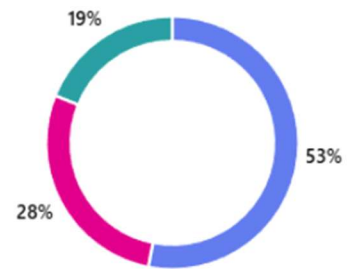
hoe ga ik voor behoud van eigen fysiek juist om met mensen met overgewicht om deze correct te verzorgen.

meer kennis over de hulpmiddelen specifiek voor zorgontvangers met een hoger lichaamsgewicht.

Mijn eigen gedachten over zware mensen nog meer uitgedaagd zien.

Mijn werkplek is uitgerust met voldoende toegankelijke en stevige voorzieningen voor zorgvragers met een hoger lichaamsgewicht.

● Ja	87
● Neen	46
● Niet van toepassing	31



Indien 'ja', geef enkele voorbeelden, indien 'neen', wat mist jouw werkplek dan?

Tillift, aangepaste rolstoel, elektrische verstelbaar bed
Ja;Aangepaste tilliften, rolwagens, deuropeningen. Neen; geen aangepaste bedden, stoelen, toilet, relaxen
Tilliften, elektrische rolwagen...
Actieve,passieve tillift glijzeil
Tillift
Passieve en actieve liften, comfortabele zetels, ...
Ik werk binnen het obesitascentrum en wij bieden heel verschillende soorten begeleiding aan. Van individueel tot groep / behandelingen met of zonder medicatie / chirurgische trajecten...
Tillift, glijzeil, verstelbare bedden, rolstoelen voor mensen met een hoger gewicht
Specifieke rolstoelen. Toestellen voldoen bijna altijd
Actieve en passieve liften voor een oprichtende transfer indien nodig. Verder in huis zijn overal leuningen en baren voorzien in de gemeenschappelijke & open ruimtes. Op de kamer zowel steun- en optrek baren aan wc, het bed (papegaai) en indien nodig extra bedsteunen. Open ruimtes voor rollator, manuele- en elektrische rolstoelen.
Tillift heeft maximum 120 kg. In bijberoep niet van toepassing, ga bij de mensen thuis of op verplaatsing
balans gaat maar tot 150 kg, alle stoelen zijn hetzelfde in de wachtzaal
Thuisverpleging: mensen staan niet altijd open voor het huren of aankopen van hulpmiddelen zoals een geschikte tillift, een Doff 'n Doner kousenhulp...
er is de mogelijkheid in ons ziekenhuis om baritrisch materiaal te bestellen, denk hierbij aan aangepast bed/zetel/rolstoel/... maar dit komt van externe firma en is dus niet a la minute ter beschikking
Ik werk in de thuiszorg en er zijn niet altijd voldoende hulpmiddelen aanwezig. Ziekenhuisbedden en tilliften in de reguliere huur zijn beperkt tot 180 kg. Daarboven moeten mensen dit zelf aankopen
grote toiletstoel, groot bed (centraal uit te lenen)
Tilliften

we missen plafond tilliften. mobiele Tillift is moeizaam bij hoger gewicht
aanwezigheid van bariatrische rolstoel, zetel, huren van aangepaste bedden, aanwezigheid van tilliften..
Actieve en passieve tilliften zijn een meerwaarde in de thuiszorg.
Er zijn aangepaste toiletstoelen, er zijn tilliften en aangepaste tildoeken, er zijn glijzeilen. Geen idee of er ook aangepaste bedden en zetels zijn. Badkamers en toiletten zijn soms zeer klein qua ruimte om bijvoorbeeld iemand vanuit een rolstoel naar het toilet te transfereren.
Tillift Brede doorgangen- bredere rolwagens Plateau weegschaal Beugels en hulpmiddelen op toilet
te weinig ruimte
Aangepaste wc-stoel, aangepaste zetel; hulpmiddelen die kunnen helpen bij het verplaatsen van een zorgvrager met hoger lichaamsgewicht die moeilijk te been is zoals een Sara Stedy of actieve tillift.
soms aangepaste zetel en rolstoel
Tillift
In de thuissetting zijn er meestal weinig tot geen voorzieningen
Thuisituaties zijn beperkt in extra materiaal bijvoorbeeld tillift , zhbed zijn niet altijd beschikbaar
Tillift, zwaardere bredere rolstoelen, rollator wordt ook bekeken, verhoog op toilet,....
Ik werk in de thuiszorg en daar ben je afhankelijk van wat de mensen thuis tot hun beschikking hebben. En ze hebben meestal niet de ruimte om bepaalde hulpmiddelen te plaatsen, bang voor het financiële plaatje alsook voor het beeld dat men zou krijgen van hen als ze " toegeven " aan een hulpmiddel. Vaak is thuiszorg al een grote stap
Rolstoelen , wcstoelen
Een groter bed, zetel, bredere banden die we gebruiken voor actieve of passieve tilliften.
In de thuiszorg, bedden onaangepast dus verblijft pt in een zetel In het WZC zijn er aangepaste rolstoelen en tilliften
XL meubelen zonodig ter beschikking (zetel, bed, stoel, toiletstoel) XL rolstoel ter beschikking tillift tot 250kg,
Tilliften worden enkel aangekocht indien voldoende hoger lichaamsgewicht mogelijk
Ja: Stoelen zonder armleuning, bloeddrukmeters in grote maten. Nee: Rond vaccinaties wisten de verpleegkundigen niet dat er langere naalden nodig zijn bij zwaardere mensen, dus dat was er niet
tilliften, genoeg plaats in de kamer, aangepaste rolstoelen, ... Enkel bedden zijn soms wat te smal, maar dit zijn standaardbedden.
Stevige stoelen, brede baren, geen nauwe doorgangen of zitplaatsen
in onze regio mist de doorverwijskaart goede 2de-lijnsopvolging. Er mist vooral eenduidigheid of duidelijkheid naar wat wetenschappelijk correcte manieren zijn om mensen met hoger

lichaamsgewicht te helpen. Hoe weten wij alle zorgverleners, artsen, diëtisten, psychologen een fijne aanpak hebben?
Grotere toiletstoel zou nog handig zijn.
geen tillift op dienst, bij extreem hoger lichaamsgewicht geen gepaste bedden en matrassen extreem hoger lichaamsgewicht kan geen gebruik maken van tillift in ons bedrijf, deze tillen het gewicht niet
Voldoende passieve tiltoestellen, defecte worden niet vervangen
Stevig meubilair Brede openingen
Tilliften. Ruime kamers
Er zijn speciale bedden en rolstoelen binnen het ziekenhuis doch enkel in gebruik op intensive care.
Voldoende beweegruimte, stevig meubilair.
tilliften, draagdoeken voor een ligbad, brede rolstoelen en stoelen zonder armleuningen, brede toegankelijke deuren, extra plaats aan tafel, zodat iedereen comfortabel zit (alle tafels zijn eigenlijk voor 2 X 2,5 personen, waardoor er plaats is voor eten te geven of voor bij bredere personen, zonder het opvalt voor anderen en de persoon zelf.
Bredere stoelen, geen smalle kuipstoel. Geen trap, maar gelijkvloers.
stevige stoelen, stoelen zonder armleuning, voldoende ruim toilet, geen folders/posters die overgewicht in een slecht daglicht zetten ...
Brede zetel waar iedereen tijdens de consultatie comfortabel in kan zitten, trap en lift
tilliften, glijzeilen, opleidingen ergonomie, draaischijven, aangepaste rolstoelen, bewonersbespreking, aangepaste baden
niet alle aangepaste materialen zijn direct voorradig: zwaardere tilliften, bredere douchebrancard/stoelen/ toiletstoelen
robuuste bedden, tafels, stoelen. ruime kamers
te kleine rolstoelen (kunnen na wel besteld worden op maat van de bewoner) te kleine bedden
Ik werk enkel samen met patiënten met overgewicht. Rolstoel vriendelijk, ruime en stevige stoelen, ...
stevige stoelen zonder leuning weegschaal met voldoende range
Weegschaal die tot hoge gewichten kan, stoelen zonder armleuningen
tilliften
tillift en Zero G
Grote lift, er zijn verschillende maten trilbanden voorzien voor de actieve en passieve tillift. Er wordt voor iedere zorgontvanger een rolstoel op maat voorzien.
- Toegankelijke stoelen - Binnen een tuinatelier is het voor cliënten niet altijd mogelijk om in te werken. Personen met een hoger lichaamsgewicht komen vaker met fysieke klachten zoals

rugproblemen of problemen in de heupen en knieën. Daarom is het werk in een tuinatelier soms te fysiek om hieraan op een kwaliteitsvolle manier aan deel te nemen. We hebben ook niet de middelen zoals bv. Op hoogte verstelbare moestuinbakken of veel zitruimte in de serre.

breder rolstoel, sterkere tillift, grote maat incontinentiemateriaal,

Een weegschaal voor mensen met een gewicht hoger dan 120 kg is vaak moeilijk te vinden.

infrastructuur

Tillift, hoog-laag bedden, actieve lift

tillift

Wij bekijken situatie per situatie en behandelen hen gelijk. Hoog laag bed om goed intiem toilet te geven, ergonomie verpleegkunde inschakelen.

douchebrancard, tillift met voldoende capaciteit, badkamerfaciliteiten.

Obesitasweegschaal, soms stippendieet

Verstelbare brede bedden. Ik sta nu op een intensieve zorgen. Hier is het materiaal degelijk om ook zwaardere patiënten te ontvangen.

Extra brede rolstoel. ...

Aangepaste hulpmiddelen, hulp van derden bij transfers / tijdens de zorg, ...

aangepaste rolstoel, aangepaste tillift, aangepast ziekenhuisbed

genoeg apparatuur voor hogere gewichten geschikt

Tilliften, voedingsadvies

toiletstoelen niet breed genoeg, te kleine douchestoeltjes

tillift, glijzeil

Actieve en passieve liften, glijzeil, xl inco

Het antwoord is niet ja of neen, op sommige vlakken wel, andere niet. Voorbeeld extra brede rolstoelen zijn niet altijd voorhanden. Wel zijn er XL manchetten voor bloeddrukmeters.

ik denk van wel omdat ik de voorbije jaren toch wel 2 zorgvragers heb gezien en ook heb verzorgd die zware overgewicht hadden. enkele vb zijn onder andere grote badkamers, grote rolstoelen....

tillift

Wij hebben interne diëtisten die we kunnen inschakelen

Bariatrische zetel en bed, tilliften.

Vaak onvoldoende materiaal beschikbaar of te weinig personeel, zeker in geval van zwaarlijvige patiënten die immobiel zijn

Electrisch bed om de lakens met zorgvrager te kunnen draaien. Tilliften Electriche rolstoelen Sara Stedy Met 2 zorgverleners corpulente zorgvrager verzorgen
Alle voorzieningen zijn stevig en breed genoeg, zoals douches, bedden, handvaten aan toiletten en dergelijke.
tilliften, extra brede verzorgingstafels (brancard), aangepaste brede deuren om rolwagen met breed formaat door te laten
Tilliften, glijdekens, ... Ze worden alleen niet altijd even snel gebruikt.
we zoeken bij dergelijke casussen naar aangepaste hulpmiddelen in huis, gezien we in de thuiszorg werken is alles thuis op maat van de patiënt. Het vraagt soms wel een uitdaging om de zorg te verlenen alleen, dit is niet altijd haalbaar. We rekenen dan op ondersteuning en de samenwerking van een mantelzorger of gezinszorgdienst, dit brengt wel een hogere kost mee voor de zorgvrager. Aankoop/huur van materiaal is vaak ook tegen een meerprijs in vergelijking met standaardhulpmiddelen.
tillift (actief en passief), plafondlift, glijzeil
Bredere zetels op de patiëntenkamers. Aangepaste bedden met comfortabele matrassen.
Extra brede rolstoelen, zetels, bedden,...
Tilliften, rolstoel aangepast aan gewicht vd patiënt
Moeilijke transfers rolstoel/onderzoekstafel of bed/operatietafel. Weinig/geen aangepaste operatieschorten.
Tillift, XXL incontinentie materiaal, extra grote rolstoelen, bedden en zetels
Brancard, rolstoelen te smal soms
Grote rolstoel
Bariatrisch bed en stoel De tillift gaat wel maar tot 150 kg en soms passen patiënten niet in de CT-scan
Algemeen maten, ziekenhuispyjamas die groter zijn dan L, grote maten bodys, grote maten tildoeken ...:
Mobiele tilliften die boven 200kg kan ondersteunen, inclusief weegschalen die voldoende meten op dienst bij immobiele patiënten.
werkmateriaal die gemaakt zijn om hogere gewichten veilig aan te kunnen
Tilliften passief en actief, glijzeil, bed kan ik verschillende posities
Brede en zware stoelen
Vb, grotere bedden, speciale tildoeken ...
tillift
Aangepast meubilair, vooral bedden en zit meubilair, aangepast vervoermiddelen, aangepaste zorgmiddelen.

Misschien nog niet consequent genoeg, maar er is bijvoorbeeld wel bloeddrukmeter met een brede band.

Rolstoeltoegankelijkheid indien mobiliteit laag ligt. Mogelijkheid lift indien trappen fysiek niet mogelijk zijn. Handvaten op diverse plaatsen voor neer te zitten en op te staan.

tilliften, hoog-laag bedden, plafondliften, glijzeilen, ...

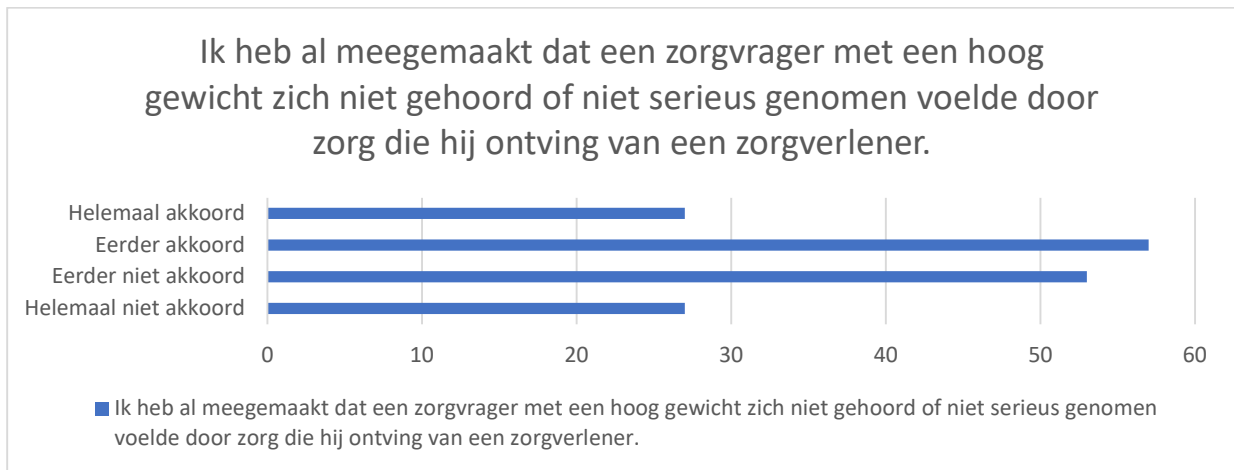
tillift, aangepaste tildoek

tilliften, tildoeken, glijzeilen zijn aanwezig

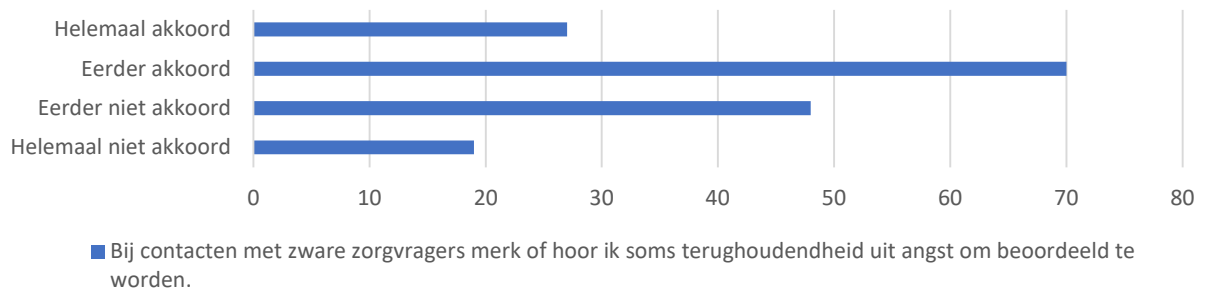
Ik pas spontaan mijn communicatie, materiaal of omgeving aan om tegemoet te komen aan de noden van zorgvragers met verschillende lichaamstypen.



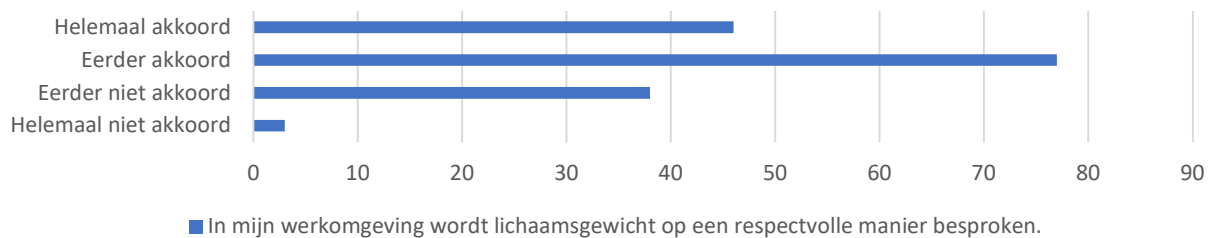
Ervaringen en observaties



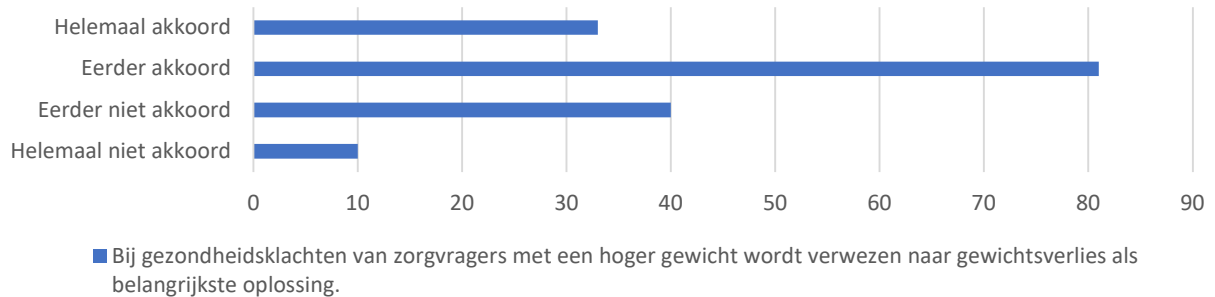
Bij contacten met zware zorgvragers merk of hoor ik soms terughoudendheid uit angst om beoordeeld te worden.



In mijn werkomgeving wordt lichaamsgewicht op een respectvolle manier besproken.

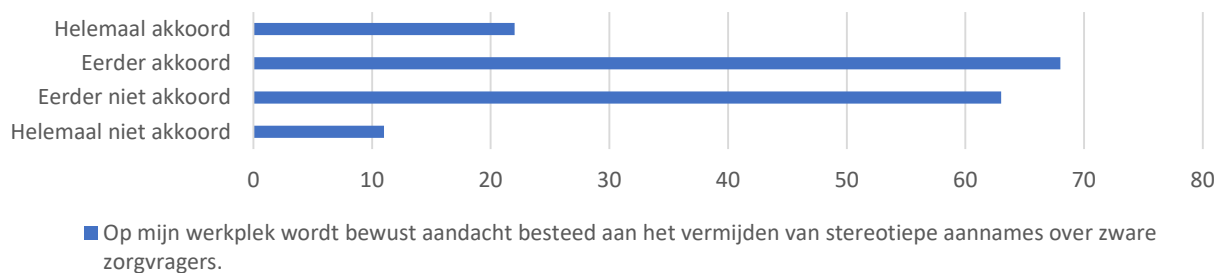


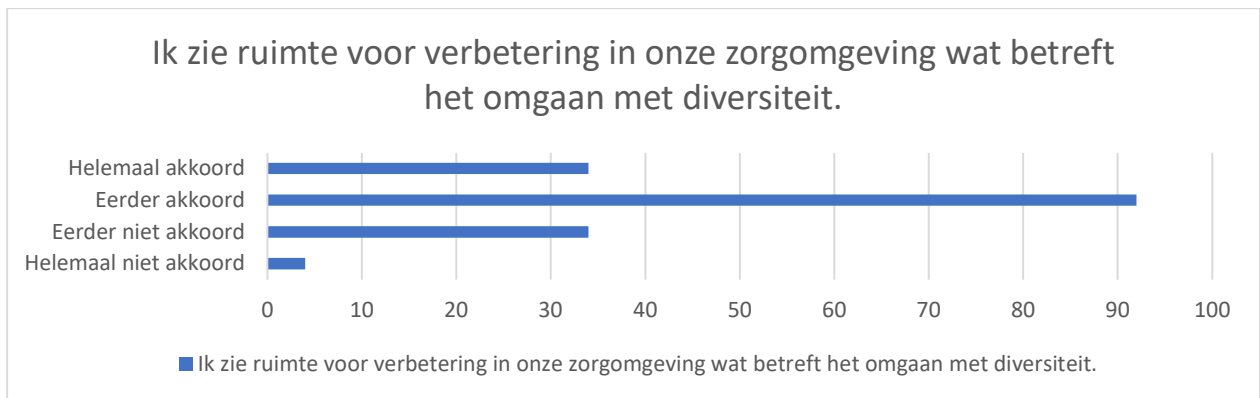
Bij gezondheidsklachten van zorgvragers met een hoger gewicht wordt verwezen naar gewichtsverlies als belangrijkste oplossing.



Organisatiecultuur en beleid

Op mijn werkplek wordt bewust aandacht besteed aan het vermijden van stereotiepe aannames over zware zorgvragers.





Mijn collega's en ik weten hoe we onze zorg nog meer inclusief kunnen maken.



Indien 'ja', op welke manieren doen jullie dat dan?

Door trainingen op de werkvloer, bedside interventies dwz leren werken met glijzeil, bepaalde technieken aanleren om ergonomisch te werken, haptonomisch werken dwz rekening houden met elk individu, open en niet dwingende houding, zorgvrager betrekken bij de zorg,...

Overleg met diëtist.

Ter aanvulling: ok werk hoofdzakelijk alleen als diëtist (zelfstandige praktijk). Ik consulteer wel in een groepspraktijk, maar dit is in bijberoep dus ik ben niet zo vaak aanwezig in de praktijk. Ik probeer hier in de mate van het mogelijke mee rekening te houden, maar groei is zeker mogelijk.

Wij gaan al onze mensen op voorhand uitgebreid screenen om dan de juiste zorg te kunnen aanbieden die van toepassing is voor hem of haar. Wij werken niet met een pakket te nemen of te laten.

Voor ons is elke cliënt gelijk. Wij luisteren steeds naar de hulpvraag en behandelen elke persoon op een respectvolle manier. Vanuit de hulpvraag gaan wij samen met de cliënt op zoek naar een gepaste oplossing waar hij/zij zich ook in kan vinden.

Er wordt naar iedere hulpvraag gekeken met dezelfde blik

Iedereen met respect behandelen en gemeenschappelijke doelstellingen proberen te stellen en te bereiken

Verschillende werkgroepen met hun eigen nadruk en domeinen, maar die in contact staan met elkaar in kader van de inclusie en totale kijk/zorg. Bijstaan in ADL, verzorging, maar ook tegemoet komen aan eigen individuele waarden en insteken omtrent het algemeen welzijn van onze bewoners.(bekijken het algemeen, fysiek, en mentaal welzijn). Werkgroepen die linken met 'zwaarlijvigheid' zijn bv: - gewichten, wat specifiek naar ouder wordende personen kijkt in kader van aangepaste voeding, het behouden van gewicht in kader van weerstand, kracht, etc. tegenovergesteld aangepaste voeding voor diëten, bijvoeding indien het verliezen van gewicht,... - valpreventie en mobiliteit , kine, ergo, nachtpersoneel.

bekijken mobiliteitsmogelijkheden en/of aanpassingen. Bekijken vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van veiligheid. Naar zwaarlijvige personen geven ze vorming en tips indien nodig voor ergonomische transfers in kader van het zorgpersoneel, en naar de bewoner zelf bijvoorbeeld onderhoudende oefeningen. - werkgroep voeding, werkt samen gewichten voor aangepaste voeding,... Daarnaast verschillende professionaliteiten om in te steken op algemeen welzijn en in kader van de personen: kine, ergo, zorgkundigen, verpleegkundigen, animatoren. Externe psychologen (DAGG) worden ook ingeschakeld in kader van algemeen welzijn, maandelijks om indien nodig psychologische tendensen zoals een minderwaardigheidsgevoel, afzondering aan te kaarten.

Gewoon op een respectvolle manier handelen en de patiënt benaderen. Er wordt (door mezelf) geen onderscheid gemaakt over wat betreft diversiteit. Iedereen is evenwaardig

Opnemen in beleid van het ziekenhuis, opleiding, materiële hulpmiddelen, niet stigmatiseren

Patiënten worden niet anders benaderd o.w.v. overgewicht. Enkel de nodige zorg is soms moeilijker door gebrek aan materiaal. Alles wat kan gehuurd worden b.v. breed bed, wc stoel,... wordt gedaan

communiceren is heel belangrijk, en overleg

dieetadvies / bewegen aangepaste oefeningen via kine

Door individuele zorg aan te passen aan elke bewoner. En verdraagzaamheid aan te leren.

In overleg met collega's

Respect voor elkeen

Luisterend oor, noden vd patiënt, staat ze open voor haar levensstijl aan te passen, ...

Aanbieden van bv aangepaste rolstoel, zetel, bedden

Palliatieve zorg is sterk persoonsgericht; de hulpverleners op onze palliatieve eenheid zijn getraind in het omgaan met andere referenties dan die van zichzelf; Palliatieve zorg probeert de autonomie van elke patiënt zo veel mogelijk te respecteren: dus ook die van mensen met groter gewicht. De zorg voor zwaardere patiënten is mijns inziens op onze afdeling even kwaliteitsvol als voor andere patiënten.

Ik (diëtist) en mijn collega (gezondheidspromotor) zijn het aanspreekpunt binnen de organisatie rond dit thema. We gaven onlangs een presentatie aan het volledige team rond gewichtsneutrale zorg en gewichtsstigma in de zorg. Binnenkort gaan we hier bij elke discipline (huisartsen, kinésisten en verpleegkundigen) nog dieper op in om casussen/vragen/moeilijkheden te bespreken

zorg op maat, persoonsgerichte zorg, ...

Eigenlijk door gewoon te doen hoe je tegen iedere patiënt bent. Het maakt helemaal niet uit enkel moeten we soms ons materiaal eens aanpassen en dan licht je de patiënt in. Maar stel je ze op hun gemak.

we werken bij iedere persoon op een persoonsgerichte manier en betrekken hun bij in wat ze wel of niet willen

We zetten in op/bespreken met de patiënt wat een gezonde levensstijl, gewicht is daar een onderdeel van maar niet de belangrijkste. Dit proberen we hen duidelijk te maken.

meer gebruik te maken van tilliften

Dezelfde aanpak bij mensen met hoger gewicht dan lager gewicht. Actief benoemen van gewichtstigma dat ze elders ervaren. Benoemen dat gewichtsverlies niet de focus hoeft te zijn, maar dat het anders kan. Geen weegschaal gebruiken, maar andere parameters. Gewicht niet bevragen wanneer mensen komen voor hulpvragen waarbij gewicht niet relevant is (bv. Prikkelbare darmen)

Taalgebruik normaliseren: term dik gebruiken zoals groot/klein/zwart/wit/dun/... dit is zijn neutrale beschrijvende termen Ik werk rond intuïtief eten en HAES in onze multidisciplinaire praktijk (collega's weten dit maar zijn nog niet altijd helemaal mee). Eerst wordt de relatie met eten en het lichaam aangepakt. Er wordt gefocust op het ontwikkelen van gezonde gewoonten zonder weegschaal. Erkenning geven van gewichtsstigma

Inclusie is divers en voor elke inclusie dient toch wel een andere aanpak nodig

De gezondheid en het eetgedrag van elke persoon gewichtsneutraal benaderen. Spontaan uitgaan van diversiteit in lichaamsvorm. Gepast woordgebruik. Gepast materiaal en meubilair. Als leden van de commissie Intuïtief Eten bestuderen we de literatuur i.v.m. de nadelen van een behandeling waar de focus op gewicht centraal staat en dit om andere zorgverleners te informeren.

breedere bedden, meer personeel, meer tijd voor verplaatsing

We proberen voldoende tools in onze gespreksruimte te hebben, maar krijgen hier niet altijd de mogelijkheid voor van onze leidinggevenden. Zij zien soms het belang hiervan te weinig in.

via opleidingen

Multidisciplinair werken en rekening houden met zowel voeding, beweging als gedragstherapie + ouders erbij betrekken

/

Vooraf door te luisteren naar de noden van de patiënt en de context/familie te bevragen.

Aangepaste hulpmiddelen zoals schoeisel, en andere ergonomische hulpmiddelen.

Door regelmatig in overleg te gaan met de verschillende collega's, door aangepaste vormen te volgen.

Gesprekken, vorming

Patiënt eigenheid en noden zien, zorg daaraan aanpassen

We zetten in op alle facetten van de diversiteit. Lichaamsgewicht en gezondheidszorg hebben een connotatie waarbij verlies van lichaamsgewicht een belangrijk gegeven is. Daarnaast is er een lastigheid binnen de ergonomie en het beperkte aanbod aan hulpmiddelen waarbij collega's gefrustreerd geraken als hun eigen lichaam de kost betaalt. Er is een positieve evolutie met nieuwe medicijnen die dit mee kunnen aanpakken voor mensen (mits betere terugbetaling). Het zal een maatschappelijk en overheidsdebat blijven en op de vloer doen we wat we kunnen zonder de kostprijs te betalen op ons lichaam.

Geen vooroordelen en assumpties maken. Pt. geruststellen en vooral luisteren naar de noden en hulpvragen. Inspelen op individuele behoeften en specifieke aangepaste doelen. Toestemming vragen om te wegen. etc.

Voldoende personeel.

We weten hoe het beter kan, maar hebben de middelen. Er is ook geen budget voor.

Opleiding en bewustmaking

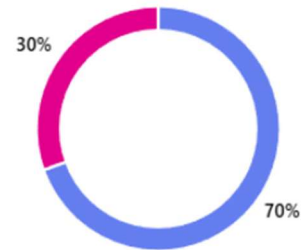
We proberen iedereen te behandelen als uniek individu

aangepaste tiltoestellen

Motivatie en behoeften

Ik vind het nodig om handvaten te krijgen om mensen met een hoger lichaamsgewicht goeie zorg te kunnen bieden.

● Ja 114
● Neen 50



Wat zou jou helpen om in jouw toekomstige of huidige werk bewuster om te gaan met gewichtsbias en inclusie?

Vormingen rond dit onderwerp. Niet zozeer hoe ik de zorg hierbij doe maar eerder hoe we vooroordelen uit de wereld kunnen helpen en hen met evenveel respect kunnen behandelen.

Bijscholingen, flyer

Bewustwording en opleiding

Als diëtist ben ik me hier wel bewust van, maar groei is zeker nog mogelijk --> vnl op vlak inclusie.

Meer leuke tools om te gebruiken en/of mee te kunnen geven tijdens de zorg. Nu proberen wij deze zelf te voorzien maar het is soms gewoon handig om gebruik te kunnen maken van tools die er al zijn.

Opleiding (inhoudelijk) en communicatietraining

Voor mezelf goed gekend. Naar algemene zorgkundigen, extra vorming en begeleiding.

Toegang tot hulpmiddelen veilig bij zwaar gewicht. Hulpmiddelen zijn vaak max 120, soms is dat niet genoeg. XL is niet groot genoeg...

al een duidelijke richtlijn over wat een normaal gewicht is

meer handvaten over hoe mensen met hoger gewicht te kunnen verplaatsen zonder hen (en mezelf) pijn te doen, aandachtspunten in communicatie,

Ik antwoordde reeds dat ik geen onderscheid maak en iedereen als gelijke behandel. Moest overgewicht ter sprake komen i.v.m. gezondheid, zal ik dat met het nodige respect doen.

Meer opleiding en info. Niet iedereen is er zich van bewust hoe ze overkomen, denken ook vaak dat het enkel door teveel te eten is.

opleiding en actief deel laten uitmaken van het ziekenhuisbeleid

Info, fysieke en psychologische welbevinden. Zorgvrager informeren IVM hulpmiddel in de zorg. Zorgvrager informeren over gevolgen van overgewicht.

ik weet niet of het altijd vooroordelen zijn, soms zijn het ook gewoon vasstaande gegevens, iemand die zwaarder is heeft vaak 2 zorgverleners nodig om vb een transfer veilig te laten verlopen. moet vaak iets langer wachten want er is niet steeds onmiddellijk een 2de zorgverlener beschikbaar. dat maakt zorg en revalidatie een pak complexer en kan je soms minder doen met de beschikbare tijd die je hebt.

Omgangsregeling en beleefdheid

Zie eerder: beter inzicht in de beleving en noden. Ook beter inzicht in oorzaken van zwaarlijvigheid zodat we niet onmiddellijk denken in termen van ongezond eten en moeten vermageren.

bijtscholing

Ervaringen van mensen met een hoger lichaamsgewicht, hoe zij het ervaren en wat zij wensen. Tips van hen hoe ik als zorgverlener hen nog beter kan helpen.

elke medewerker van de afdeling een goede opleiding geven

Voor mij is het eerder belangrijk of ik de zorg zelf fysiek aankan. Hoe zwaar is de zorg? Hoeveel ptn met overgewicht heb ik al op mijn ronde? Na zelf 2x een hernia gehad te hebben, ben ik bewuster beginnen nadenken over de profielen en zorgzwaarte van mijn toer. Ik kan mij onmogelijk permitteren om er nog uit te vallen en ik wil ook niet de tol betalen om vroegtijdig te moeten stoppen met werken. Dit heeft mij al veel tot nadenken gezet maar jammer genoeg hebben mensen zelf ook grenzen.

Verdraagzaamheid en openheid te bevorderen

Begeleiding

teamcultuur aanpakken over dit thema neutraal taalgebruik toepassen, zoals in alles in de zorg de mens zien en niet hun aandoeningen, beperkingen..

Wees jezelf en respecteer je medemens

Multidisciplinair te werken

Opleiding om hoe best transfers te doen, en verzorging in bed.

empathie kan alleen groeien als we ook begrijpen waar mensen met groter gewicht 'tegenaan lopen' tijdens hun zorgtraject; daarom is goede informatie daarover zeker welkom! (getuigenissen?)

Al benoemen dat gewicht ook onder inclusie valt

Ik ervaar niet echt dat dit onderwerp aan het licht komt. Wel wordt met de dokter contact opgenomen als een zorgvrager aankomt in gewicht en daardoor last krijgt van gewrichten AH, .. of niet meer in zijn rolwagen kan omwille van de omvang.

mogelijkheden op doorverwijzing indien pt hiervoor openstaat. Communicatie skills om risico's toch duidelijk te maken op een correcte manier met oog voor alle aspecten van de persoon

Misschien meer ergonomische technieken. Voor sommige collega's wat wat lessen hoe tactvol omgaan met de zwaardere patiënten.

respect voor ieder persoon en iedereen dezelfde zorg bieden geen vooroordelen stellen nodige materiaal hiervoor

Door meer te focussen op beweging en gezonde voeding, roken en drinken ipv enkel op het gewicht. Patiënten zijn zeer gefocust op het laatste terwijl het voorgaande veel belangrijker is.

Ik vind vooral comfort bij de zorg erg belangrijk. Dus steeds aangepast bed - rolstoel. Dit is vaak al niet mogelijk op een tweepersoonskamer - plaatsgebrek.

dat er voldoende plaats is om de nodige zorgen te kunnen verlenen

Het breder kenbaar maken dat inclusie niet enkel om een beperking gaat.

Andere zorgverleners meekrijgen in het verhaal (buiten mijn praktijk)

Ik ben ik al heel bewust mee bezig. Wat nog zou helpen is dat er meer over gesproken wordt in de (sociale) media. De gevaren van gewichtsdiscriminatie/-stigma zijn groot.

Educatie en bewustwording

Gewichtstoornissen kunnen veroorzaakt worden door gezondheidsproblemen (bv. bepaalde medicatie). Sommige mensen zullen een zware persoon beoordelen als iemand die een ongezonde levensstijl heeft, terwijl dit niet altijd het geval is.

educatie

- Meer educatie over welke hulpmiddelen we kunnen gebruiken. - Meer mogelijkheden op vlak van ruimte.

tips naar verplaatsingen

Info voor leidinggevenden om de nood hiervan te benadrukken. Zodat zij betere instructies aan hun werknemers kunnen geven zodat zij op één lijn kunnen staan.

Opleiding rond ergonomische tuitvoering van transfers of zorg

Het is een thema waar wij niet bij stil staan, omdat we dat als iets 'normaal' zien en we ook bij deze kijken naar noden en behoeften.

Meer info, bewustwording, ...

Extra vorming kan nooit kwaad

Hoe het gewicht tot stand gekomen is.

Meer informatie betreft hulpmiddelen op maat / tips aanpassing van de zorg

Respect: Behandel met empathie en behoud waardigheid Veiligheid: Gebruik aangepaste hulpmiddelen en teamwerk Huidzorg: Controleer plooiën, voorkom smetten Mobiliteit: Stimuleer activiteit, plan handelingen goed Voeding: Betrek diëtist, stimuleer gezonde gewoonten

Zelfreflectie en bewustwording > je hebt onbewust vaak aannames over gewicht en gezondheid. Hierdoor denk ik dat gebruik van reflectiemomenten zeer noodzakelijk is als zorgverlener. Gebruik van neutrale taal > woorden met negatieve klanken vermijden. Bv hoe ervaart u uw huidige

gezondheidstoestand ipv wilt u iets aan uw gewicht doen. Educatie & training rondom gewicht en gezondheidstoestand. Inclusieve omgeving creëren.

Vorming hierover, handvaten hulpmiddelen

Ik vind overgewicht een begrip dat we moeten bekijken vanuit de casus die voor ons ligt waarom is iemand zwaarlijvig? En vandaar uit kunnen we anticiperen op een betere zorg.

Op de hoogte blijven van nieuwe innovaties die helpen om de zorgkwaliteit te verbeteren.

Informatie

Extra opleiding.

Meer afstemming. Vele dingen in gezondheidszorg zijn afgestemd op de "normale" witte man. Niet op een vrouw, niet op een zwaardere patiënt, niet op een niet witte persoon.

Ik denk dat de meeste vooroordelen stemmen uit het feit dat zwaarlijvige patiënten, voor ons fysiek vaak zeer zwaar is om te verzorgen, zeker wanneer ze immobiel zijn of een slechte mobiliteit hebben. Ik vind ook dat die mensen even goede zorg verdienen als de andere patiënten, maar niet ten koste onze eigen gezondheid bv rugproblemen. Als hier oplossingen voor bedacht worden, gaat dit al een pak beter zijn denk ik.

Gewichtsvooroordelen kun je bespreken. Ik merk niet zo dat dit bestaat. Soms spreken we er over. En dat is wel een beetje veroordelend naar mijn idee. Leefstijl adviezen zou goed zijn. Dit gebeurt weinig omdat in de psychiatrie gedrag vaak ingesleten is. Mensen moet je gemotiveerd maken om gezonder te leven. Dit is lastig gezien de problematiek die speelt. Eten en drinken is dan soms een vlucht. De andere kant is dat sommige zorgvragers te weinig eten.

Hoe nog meer ergonomische werken met patiënten die overgewicht hebben?

collega's voldoende blijven bijscholen en informeren.

een interactieve vorming. gespreken met lotgenoten die hun ervaringen kunnen delen

Vorming, getuigenissen

Psychologische ondersteuning voor zorgvragers

Meer begrip van collega's dat er mensen zijn met veel gewicht die toch aan hun gezondheid werken. Een betere feedbackcultuur bij mensen die groffe opmerkingen geven over patiënten met meer gewicht. Nog meer materiaal voorzien.

Geen idee

Het is een doelgroep dat al jaren bestaat en groeit. Het is niet zo dat er geen inclusie is voor deze groep. Het is wel zo dat malnutritie altijd in kaart wordt gebracht in de gezondheidszorg. Handvaten zijn: goede hulpmiddelen, goede ondersteuning naar ergonomische technieken en educatie van elke patiënt door alle paramedici. Het begrip tav patiënt daalt als de kost betaalt wordt door de uitvoerder dus ook organisatie moet inzetten op die hulpmiddelen.

meer kennis zowel over hogere gewicht als de juiste hulpmiddelen

Algemene interne opleiding binnen het ziekenhuis voor verschillende zorgverstrekkers (door bv. Eetexpert)

meer vormingen over hulpmiddelen voor ZO met overgewicht, meer vormingen over de oorzaken van overgewicht

We hebben geen doelgroep met zwaarlijvige personen.

Experten die komen uitleggen waarom onze zorgvragers aan zo een hoger lichaamsgewicht komen.

Inoefenen van de opleiding.

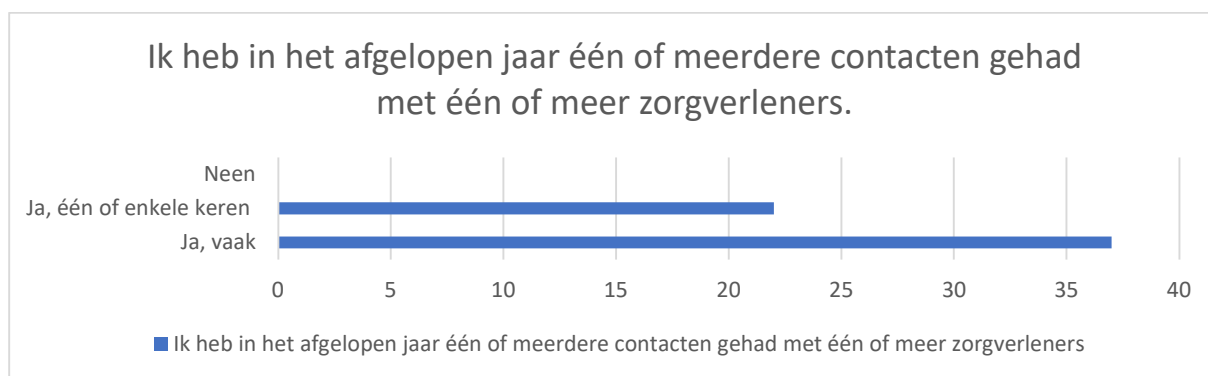
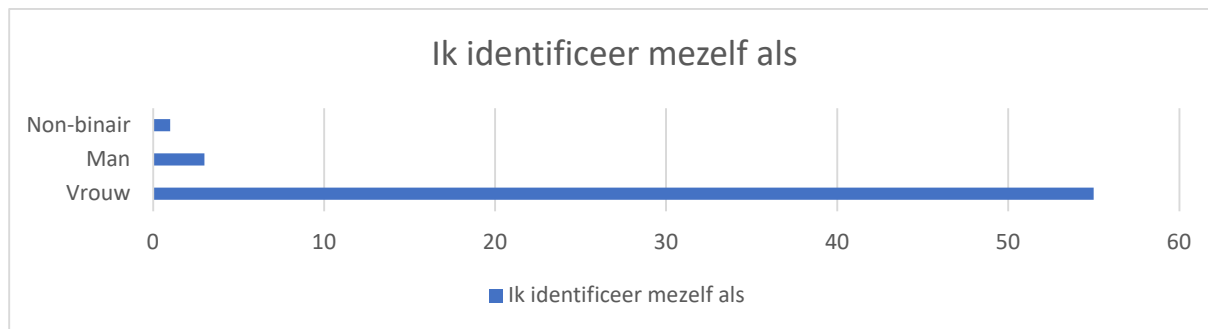
Blinde vlekken verhelderen in het inclusief maken van zorgaanbod.

Tips en opleidingen zijn natuurlijk altijd welkom

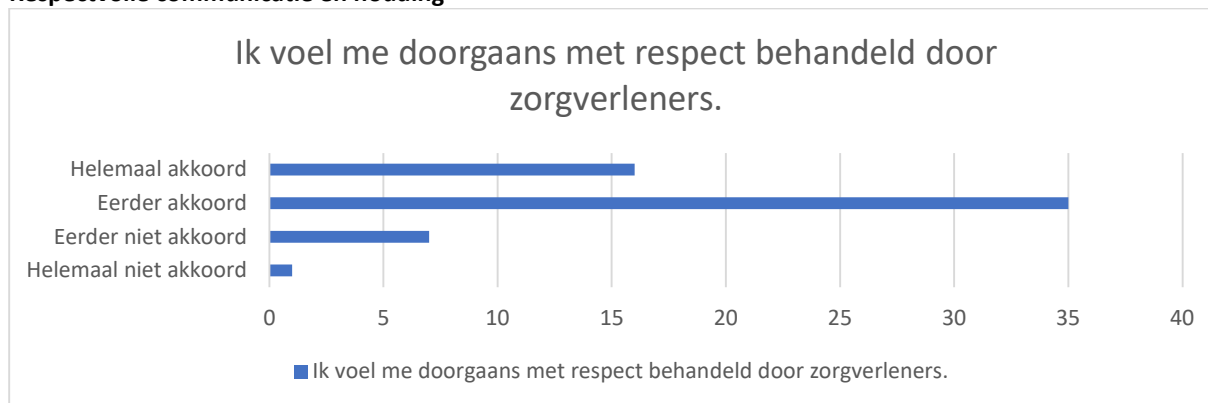
bewustwording van vooroordelen, staan hier niet altijd bij stil

ADDENDUM 4 – Resultaten praktijkonderzoek zorgvragers

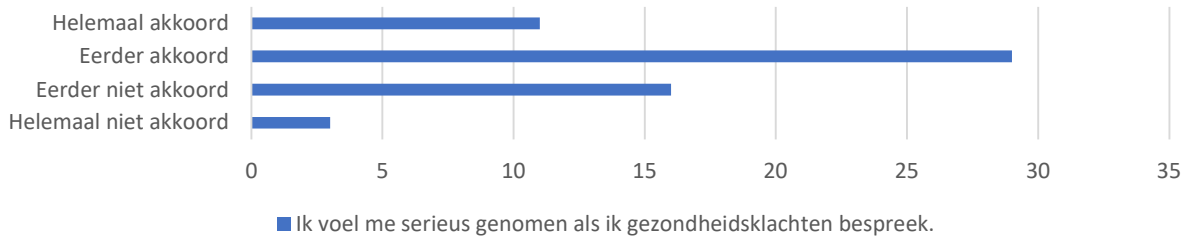
Aantal deelnemers	59
Leeftijdswaarde	19 – 73
Mediaan leeftijd	42
Gemiddelde leeftijd	41,5



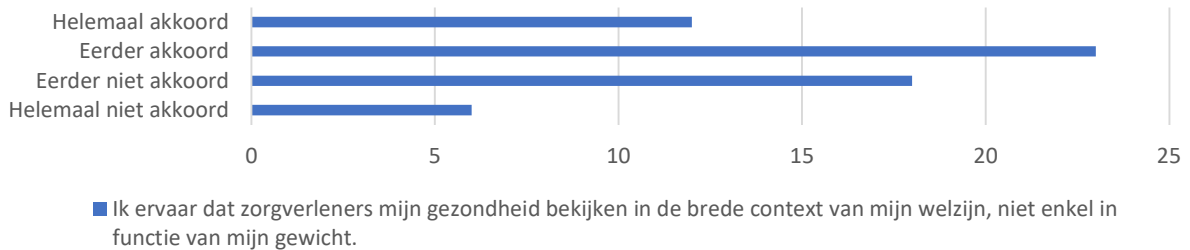
Respectvolle communicatie en houding



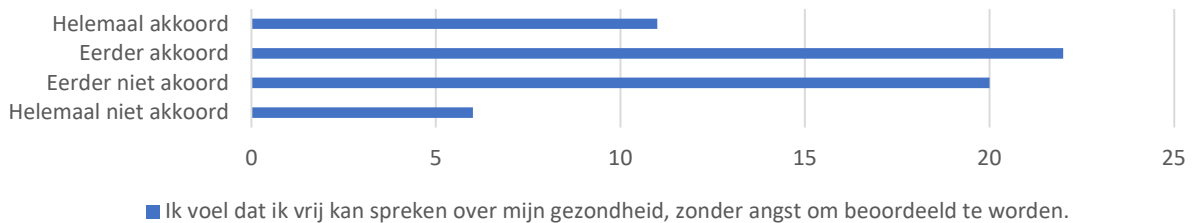
Ik voel me serieus genomen als ik gezondheidsklachten bespreek.



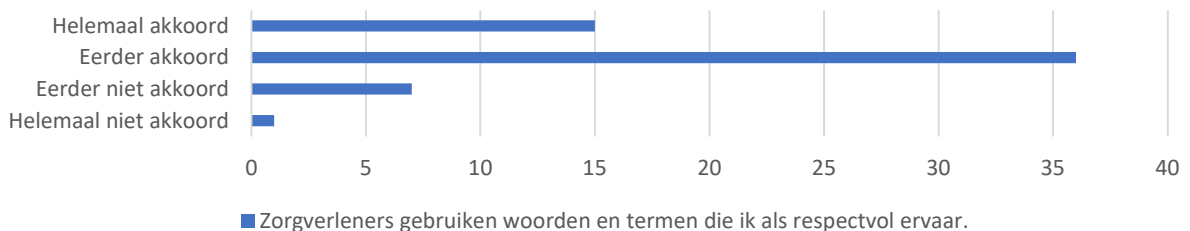
Ik ervaar dat zorgverleners mijn gezondheid bekijken in de brede context van mijn welzijn, niet enkel in functie van mijn gewicht.



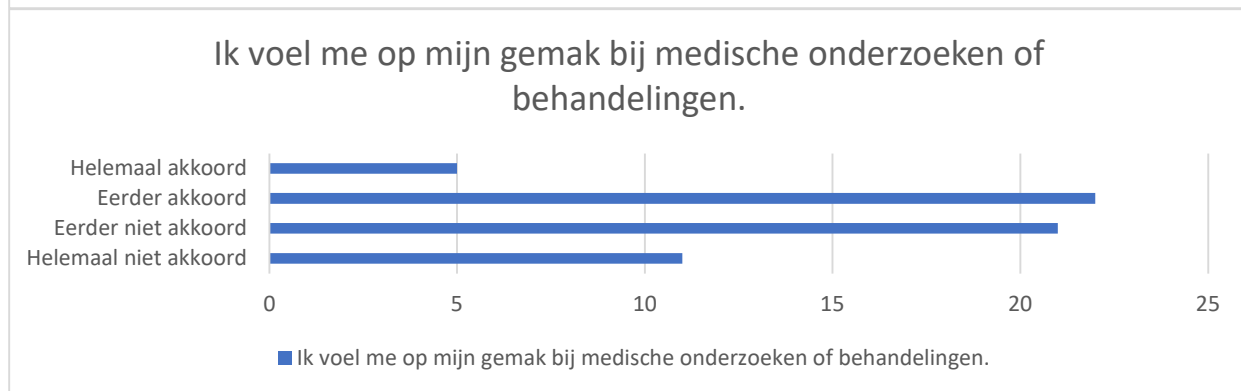
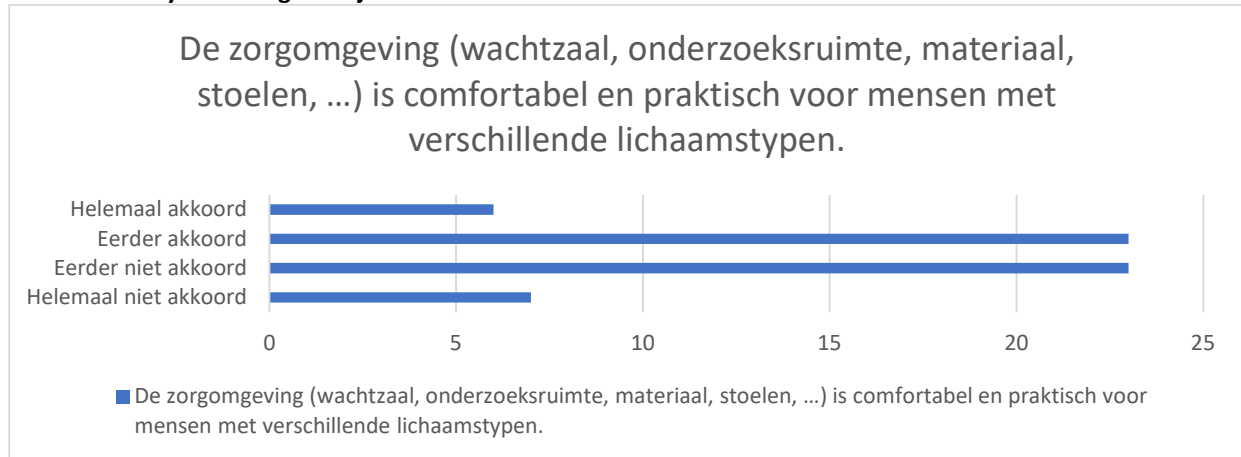
Ik voel dat ik vrij kan spreken over mijn gezondheid, zonder angst om beoordeeld te worden.



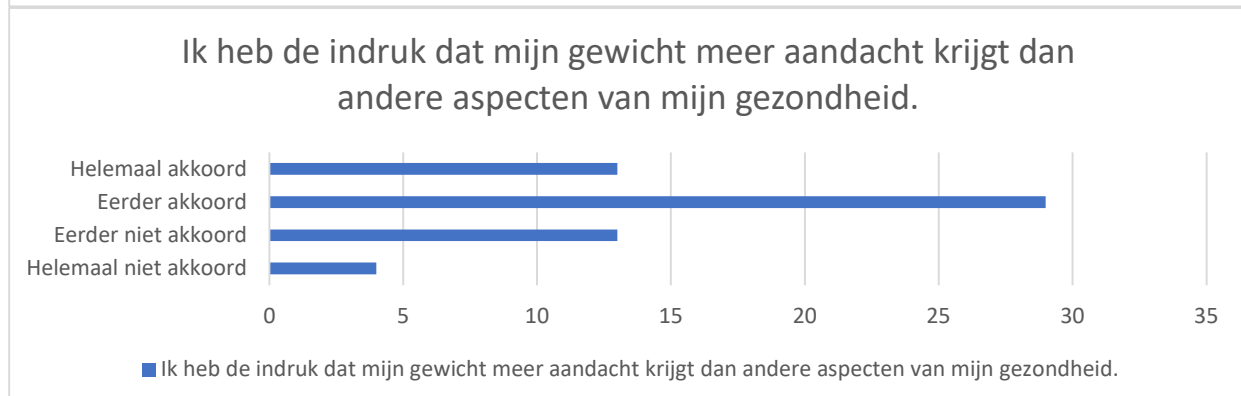
Zorgverleners gebruiken woorden en termen die ik als respectvol ervaar.

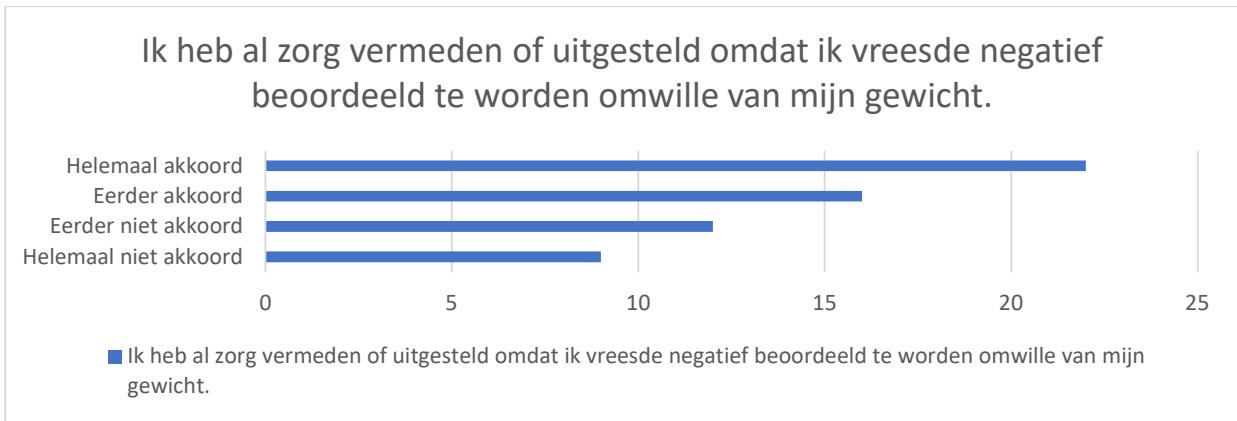


Materiële en fysieke toegankelijkheid

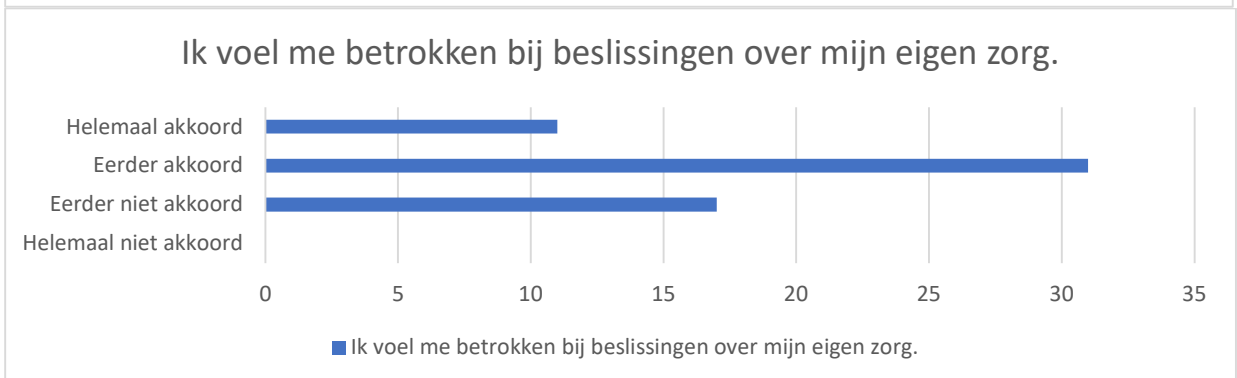
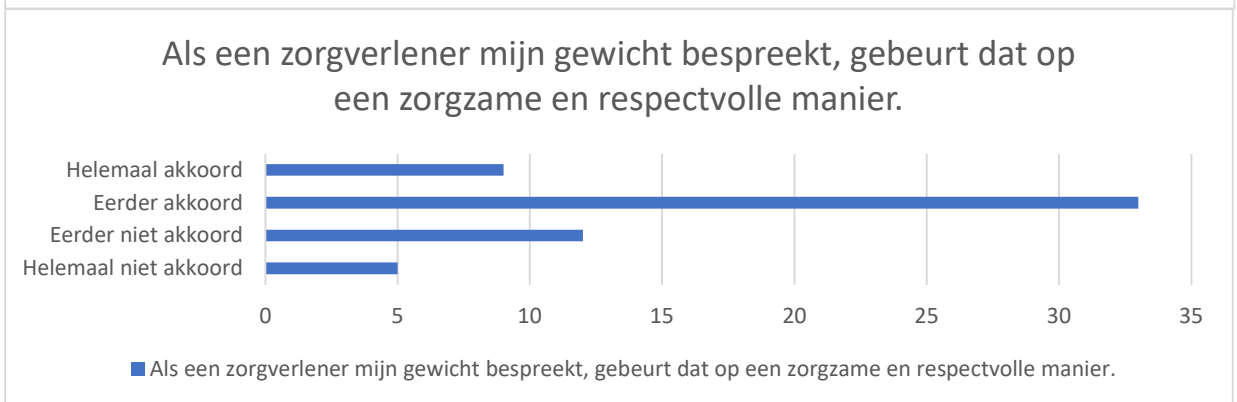
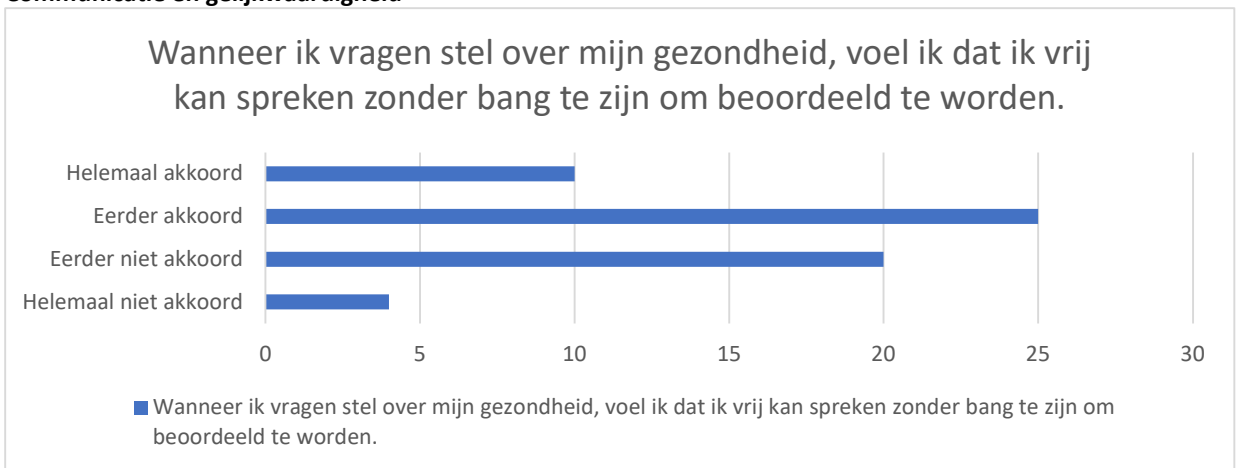


Ervaringen met aannames





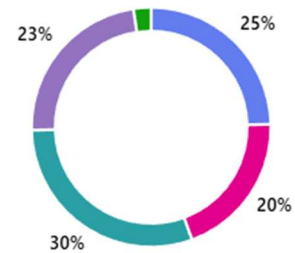
Communicatie en gelijkwaardigheid



Communicatie en gelijkwaardigheid

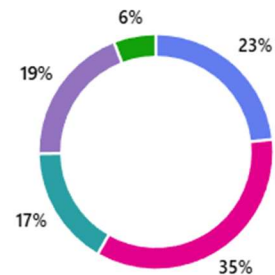
Wat zou voor jou het meest helpen om je comfortabeler te voelen in de zorg?

● Respectvolle communicatie	31
● Aangepaste infrastructuur of materiaal	25
● Kennis bij zorgverleners over vooroordelen en diversiteit	38
● Meer aandacht voor mijn beleving en participatie	29
● Andere	3



Als je één wens mocht formuleren voor hoe de zorg in de toekomst omgaat met mensen van alle lichaamstypen, wat zou die wens dan zijn?

● Meer respect en gelijkwaardigheid	24
● Meer focus op de klachten en noden van de zorgvrager	36
● Meer luisteren naar ervaringsdeskundigen bij het vormgeven van zorg	17
● Meer samenwerking tussen zorgverleners	20
● Andere	6



Heb jij een ervaring die je graag wil delen met ons? Dat kan hier. Dankjewel alvast!

Ik ben eind vorig jaar mama geworden van een zoontje. Omwille van mijn overgewicht (en ook een eerdere maagoperatie) gingen ze ervan uit dat ik te veel suiker at en dus zwangerschapsdiabetes zou hebben. Ik heb van in begin van de zwangerschap tot het einde moeten prikken. Meermaals per dag. Ik heb nooit een te hoge suiker gehad. In tegendeel, mijn suiker was vaak te laag, maar daar werd niets of weinig over gezegd. Ik heb nu nog steeds heel wat momenten waarbij ik te weinig suiker in mijn bloed heb. Maar door mijn overgewicht wordt daar nooit verder op in gegaan. Daarbij durf ik zelfs niet meer naar de specialist te gaan die mijn maagverkleining heeft gedaan om niet met de vinger gewezen te worden.

Er wordt geen rekening gehouden met vrouwen in de overgang.

Bij mijn tandarts kan ik niet gaan zitten in de wachtkamer. Ik geraak niet tussen de armen van de stoel

Het was heel voelbaar dat de gyn nog voor ik haar de hand schudde vooroordelen had en mij niet vervolgens niet meer behoorlijk hielp (ze luisterde niet naar mijn wensen, maar communiceerde ook niet direct wat hun beleid was bij overgewicht).

Ik ben een dikke wijkverpleegkundige en heb dus uit eigen zorgverlening ervaring met hoe het wél kan, terwijl er tijdens mijn diagnosetraject voor adhd in een miljoenenbedrijf geen passende bloeddrukband te vinden was. Het is een eeuwig pijnlijk besef denk ik.

Ik ben zwanger en heb hiervoor het afgelopen jaar veel contact gehad met zorgverleners. Mij viel regelmatig het tegenovergestelde op, namelijk dat ze het lastig vonden om uit te spreken dat ik te zwaar ben. Zo heb ik geprobeerd te letten op mijn gewichtstoename, maar als ik hier zorgen over uitte dan werd dat vaak van de tafel geveegd. Mij is aangeraden om niet meer dan 5 a 9 kilo aan te komen, maar toen ik mijn zorgen uitten dat ik in 2 weken 2 kilo was aangekomen, werd er gelijk gereageerd dat ze zich geen zorgen maakte. Wat lief is, maar is dat niet te lief? In vind dat er best gevraagd had mogen worden of ik iets aan mijn eetpatroon kon aanpassen, want ik was sinds de laatste 8 welen veel meer zoet gaan eten.

Vrouwen worden door mannelijke artsen dikwijls afgewimpeld...t is de overgang het zit tussen uw oren.....al meerdere malen meegemaakt. Waar het dan erna een ernstig probleem bleek te zijn.

Gefrustreerd tot huilen toe omdat ik zo slaperig was. Ik nam in die periode antidepressiva. Huisarts bezocht, endocrinoloog, psychiater, NKO arts, slaaponderzoek gedaan... Geen enkel van die bijzonder slimme mensen dacht eraan m'n medicatie te bekijken. Haalde ik het zelf aan als mogelijke bijwerking, wuifde ze me weg. Slaaponderzoek resultaat: beetje apneu, niet genoeg om cpap terugbetaald te krijgen. Advies van specialist slaaponderzoek, die me niet eens gezien heeft: "evt. bariatrische ingreep overwegen". Right. Advies endocrinoloog, zonder te vragen naar mijn toenmalige dieet: "gewoon mediterrane dieet volgen". Content dat ze was dat ze me saxenda kon aanbieden. Terwijl dat helemaal niet mijn vraag was. En ik haar op het hart gedrukt had: ik ben in ziekteverlof met depressieklachten, ik wil niet zomaar nieuwe medicatie opstarten. Op eigen initiatief (in samenspraak met begripvolle psychiater) besloten antidepressiva af te bouwen. Je raadt het nooit zeker? Vermoeidheid...weg! Ook vrij zeker dat ik door die antidepressiva 10+ kg ben bijgekomen. Oh ironie.

Ik heb autisme en ik neem antidepressiva. Als bijwerking van die antidepressiva weeg ik éénmaal te veel en is dat moeilijker weg te werken. Daarvoor ik vaak op vooroordelen in de maatschappij bots zoals uitgelachen en bekeken voelen in sportclubs en all-you-can-eat buffetten, ... Ik word wel goed opgevolgd door o.a. jaarlijks bloedonderzoek, ...

bevooroordeeld worden op mijn gewicht zonder een echt onderzoek.

Owv stress incontinentie durf ik amper buitenkomen. Aangepast materiaal voor echt zwaarlijvige mensen is niet beschikbaar.

Bij de gynaecoloog een gesprek aangaan over een vermoeden van PCOS en de impact daarvan op mijn gewicht. Ik beweeg en eet gezond. Ze keek me eens van top tot teen en zei maar ja zo erg is het toch niet, ook al heb ik een BMI voorbij de eerste obesitasklasse. Daarna zei ze als ik een kindervens heb dat ik na een jaar proberen maar eens moet terugkomen. Dit was niet mijn zorgvraag op dat moment. Ook wetende dat met mijn huidig BMI ik mag teruggaan na een jaar proberen en dan het antwoord zou krijgen dat ik wat aan mijn gewicht moet doen voor ze verder kunnen helpen.

Ik ben gediagnoseerd geweest in het verleden met anorexia nervosa op het moment dat ik een bmi van 23.4 had. Ik werd niet serieus genomen voor de diagnose; alle lichamelijke klachten die ik toen had, werden gelinkt aan "overgewicht" terwijl ik eigenlijk ondervoed was op dat moment. Deze misvatting heeft bijna mijn leven gekost. Meer aandacht naar (mogelijks, niet altijd) mentale zorg als we spreken over gewicht, in plaats van "gewoon teveel eten".

Op controle gegaan voor een hartfilmpje omdat mijn vader een mogelijk erfelijk hartprobleem had. De arts wees me op een uitstekende uitslag en ik hoefde verder niet op controle. Toen wees hij me er op dat het goed zou zijn als ik zou afvallen en raadde hij me GLI, een operatie of medicatie aan. Toen ik aangaf dat ik dat niet wilde, was het antwoord: oh ik begrijp het, je wil het op de natuurlijke manier doen. Ik had opgelucht moeten zijn vanwege de goede uitslag maar was totaal overvallen door deze wending van het gesprek.

Voor mijn gastric bypass waren de lichaamsklachten te wijten aan overgewicht, nu 62 kg minder zijn de klachten er nog steeds. Nu heb ik diagnose reuma en dankzij de medicatie ben ik op korte tijd 20 kg aangekomen dus terug obese waar ze mijn klachten op kunnen baseren.

Sinds ik baby ben ik al een heel mollige geweest en dat werd toen nooit echt naar gekeken naar maten dat ik ouder werd en zwaarder werd moest ik veel naar diëtiste en die verdraaide altijd mijn woorden wat ik at enzo

Ik ben zelf ook zorgverlener, en had door zwangerschap dit jaar meer contact met andere zorgverleners. Ik kreeg zwangerschapsdiabetes en merkte dat ik het in dat kader dan weer vreemd vond dat niemand

iets over mijn gewicht gezegd heeft (terwijl dat hier wel relevant had geweest). Misschien waren mijn zorgverleners net iets te voorzichtig rond dit thema?

Heb jij een suggestie voor verbetering? Die mag je hier achterlaten! Dankjewel alvast!

Mogelijks is het type zorgverlener ook wel een bepalende factor. Ik kan me voorstellen dat je bij een psycholoog je minder beoordeeld voelt in het algemeen dus ook op je gewicht dan bv bij een huisarts die al snel op je gewicht inpikt omdat dit nu eenmaal een verhoogd risico met zich mee brengt.

Er moet een 360 view van de patiënt gemaakt worden eer een diagnose wordt gesteld. Er zijn zéker goede hulpverleners, maar je hebt altijd schrik. Ik wacht ook heel lang eer ik naar de dokter of een specialist ga.

Dat artsen niet steeds van oordeel moeten zijn dat gewicht steeds te maken heeft met te veel eten....

Open communicatie. Ook al op de website. En luister!!

Ik snap wat je bedoelt, maar het BMI is nooit neutraal!

Bespreekbaar maken. Gewicht speelt veel een rol, maar mag niet nummer 1 verdenking zijn. Mijn man is arts en hij zegt dat het hem is geleerd om naar de klachten te kijken en daar een behandelplan op te maken. Maar als iemand daarbij ook zeer zwaar is geeft hij wel aan dat dit mogelijk bij kan dragen. Ik denk dat dat nooit verkeer is. Maaarrrr als iemand gezond eet en regelmatig sport en dus goed voor zijn lichaam zorgt neemt hij dat ook mee. En hij vertelde dat hij soms ook patiënten ziet met een hoog bmi, maar dat het komt doordat ze veel spieren hebben. Bmi is dan niet duidelijk. Daar kijkt hij ook doorheen.

Andere benadering ziek zijn vrouwen en voorschrijven medicatie

Luisteren naar patiënten verdorie! Ik heb zodanig veel wetenschappelijke onderzoeken zelf gelezen dat zowel de psychiater als de NKO arts zeiden dat ze "onder de indruk waren van de medische termen die ik kende". I wish I didn't have to!

BMI-beoordeling afschaffen.

Graag meer personeel in de zorg dat iedereen niet gehaast zou voelen

Patiënten moeten serieus genomen worden ongeacht gewicht of hoe ze eruit zien.

ADDENDUM 5 – Interventiepakket voor zware zorgvragers

Kader

Binnen de aanbevelingen op microniveau wordt vanuit de auteur een herstelgericht interventiekader voorgesteld dat zorgvragers ondersteunt in het omgaan met geïnternaliseerd gewichtsstigma en het versterken van participatie. Als inhoudelijke kapstok wordt de ALLES-methodiek van Eetexpert gehanteerd (Eetexpert, 2025). Oorspronkelijk ontwikkeld als preventief leefstijlkader in functie van het voorkomen van eet- en gewichtsproblemen. In dit onderzoek wordt deze methodiek herkaderd vanuit een gewichtssceptische en stigma-sensitieve benadering, los van negatieve ideeën en discriminatie. Het doel van de interventie is dus niet gericht op gewichtsreductie of leefstijloptimalisatie, maar op het herstellen van de relatie met het lichaam binnen een context waarin maatschappelijke normativiteit en moraliserende gezondheidsdiscoursen structureel doorwerken in zelfbeeld, zorgrelaties en participatiekansen. Geïnternaliseerd gewichtsstigma kan worden begrepen als het proces waarbij maatschappelijke negatieve oordelen over hogere gewichtscategorieën worden geïncorporeerd in het zelfbeeld van zorgvragers (Wharton et al., 2020). Vanuit een ergotherapeutisch perspectief vormt dit een belemmerende factor in de persoon-omgeving-interactie en kan het de mogelijkheden tot betekenisvolle participatie ondermijnen.

Het interventiekader sluit aan bij principes van weight-inclusive care en Health At Every Size, waarin welzijn en participatie centraal staan los van gewichtsnormering (ASDAH, 2024; Papini et al., 2025). Daarnaast wordt expliciet ingezet op het versterken van credibility work of met andere woorden het ondersteunen van zorgvragers in het innemen van een gelijkwaardige positie binnen zorgrelaties, onder meer via het expliciteren van noden, verwachtingen en grenzen (Wamsiedel, 2020).

Geïnternaliseerd gewichtsstigma manifesteert zich vaak via chronische zelfkritiek, anticiperende schaamte en het internaliseren van maatschappelijke normativiteit. Schaamte is een emotie die ontstaat wanneer een persoon zichzelf als fundamenteel tekortschietend ervaart in de ogen van de ander. Zelfcompassie, zoals beschreven door Neff (2023), bestaat uit drie kerncomponenten, m.n. zelfvriendelijkheid vs. zelfkritiek, gedeelde menselijkheid vs. isolatie en mindful aanwezig zijn vs. overidentificatie. Recente studies tonen bovendien aan dat interventies rond zelfcompassie effectief kunnen bijdragen aan het verminderen van geïnternaliseerd gewichtsstigma. Zelfcompassie vormt een tegengewicht tegen normatieve lichaamsbetogen (Haley et al., 2025).

De interventie kan individueel of in groep worden aangeboden en omvat vijf sessies waarin bewustwording, lichaamsrelatie, emotionele verwerking en agency of met andere woorden het vermogen om als mens betekenisvol te handelen binnen sociale structuren, systematisch worden opgebouwd. Het uiteindelijke doel is het versterken van participatie in zorg- en maatschappelijke contexten door het verminderen van zelfstigmatiserende processen.

ALLES – de hierboven reeds aangehaalde methodiek van Eetexpert – staat voor

- afwisselend eten
- leuk bewegen

- lief zijn voor jezelf
- emoties hanteren
- slapen

Binnen dit uitgewerkte interventiekader wordt het model geïnterpreteerd als een verzameling herstelgerichte thema's die zware zorgvragers kunnen ondersteunen in het omgaan met geïnternaliseerd stigma en het versterken van hun welbevinden en participatie in een zorgcontext (en breder). De focus van de interventie ligt op relatieherstel, bestaansrecht en opnieuw ruimte leren innemen. Wanneer het ALLES-model met die focus wordt geherinterpreteerd, kan dat er als volgt uit zien

- afwisselend eten wordt eerder het herstellen van het vertrouwen in lichaamssignalen, bv. hongergevoel,
- leuk bewegen gaat meer over het herstellen van je lichaam als middel om tot doelen en participatie te komen, met als basis plezier ervaren,
- lief zijn voor jezelf heeft geen herinterpretatie,
- ook emoties hanteren heeft geen herinterpretatie nodig, met in dit kader weliswaar een specifieke invulling gerelateerd aan het ontmantelen van geïnternaliseerd stigma en
- het slapen optimaliseren kan verbreed worden naar rustmomenten voorzien als zelfzorg, zonder schuld.

Interventieprogramma o.b.v. ALLES-model:

'Herstellen van de relatie met het lichaam in een gewichtsstigmatiserende context'

De doelgroep van het interventieprogramma bestaat uit zware zorgvragers met geïnternaliseerd stigma. De interventies kunnen zowel individueel als in kleine groepen worden aangevat.

Sessie 1

Bewustwording van geïnternaliseerd stigma als participatiebarrière

De hoofddoelen van een eerste sessie zijn het herkennen van het geïnternaliseerde stigma bij zichzelf en het onderscheid leren maken tussen de eigen stem en de maatschappelijk norm. De basis van een eerste sessie wordt gevormd door psycho-educatie rond stigma, oefeningen rond 'van wie is mijn innerlijke stem' (hoor ik mezelf spreken of mijn gedachte of gevoel een gevolg van maatschappelijke normen, ervaringen, meningen van anderen) en een reflectie op ervaringen met stigma, zowel algemeen als in een zorgcontext. De reflecties worden gekoppeld aan credibility work, m.n. op welke manier beïnvloedt mijn zelfbeeld mijn positie in (zorg)gesprekken.

Sessie 2

Lichaamssignalen en vertrouwen

De deelnemer leert zijn lichaamssignalen herkennen zonder daaraan meteen een moreel oordeel te koppelen. De focus wordt gelegd bij het lichaam an sich, de interne signalen die het lichaam geeft en op welke manier daar aandacht aan besteed kan worden. De relatie staat voorop, eerder dan voedingsregels. Er wordt gestart met een interoceptieve check-in. Daarnaast wordt gereflecteerd over schuld- en schaamtegedachten rond eten. Er wordt geoefend met neutrale taal over voeding, eigen lichaam en acties.

Sessie 3

Beweging als ruimte innemen

Het is de bedoeling dat bewegen opnieuw gedefinieerd wordt als een vorm van plezier beleven en verbinding. Het lichaam kan op die manier los van gewicht ervaren worden. Er kan gestart worden via een exploratieoefening van bewegingen die ooit goed voelden of deugd deden, zelfs als zijn ze klein, bijvoorbeeld het uitstrekken van je lichaam als je wakker wordt. Met laagdrempelige oefeningen kan beweging opnieuw geïntroduceerd worden waar dit een vraag en meerwaarde is. In deze sessie wordt gereflecteerd over de publieke ruimte en de plaats die de persoon inneemt in die publieke ruimte. In hoeverre staat het stigma vandaag participatie in de weg en waar en op welke manier kan met kleine ingrepen een verschil worden gemaakt? Hoe kan de persoon met andere woorden terug figuurlijk zijn ruimte innemen?

Sessie 4

Zelfcompassie & schaamte

Het is de bedoeling in deze sessie verder te werken rond schaamte en het herkennen van de interne criticus. De schaamte en de criticus kunnen we leren tegengaan door het ontwikkelen van zelfcompassie. Werkvormen in deze ontwikkeling zijn bv. 'wat zou ik tegen een vriend(in) zeggen', zelf-compassie-oefeningen, ...

Sessie 5

Zelfzorg & agency

Zelfzorg wordt in deze sessie centraal gesteld als recht, concrete participatiedoelstellingen worden geformuleerd en de deelnemers worden voorbereid op zorggesprekken. Bedoeling is dat de deelnemers de sessie verlaten met een persoonlijk actieplan, waarin hun grenzen geformuleerd zijn en waarin ze hun credibility work hebben voorbereid.

ADDENDUM 6 – Interventiepakket voor zorgverleners

Kader

Naast interventies gericht op zorgvragers is het essentieel om ook op macroniveau actie te ondernemen en onder andere zorgverleners te ondersteunen in het herkennen en verminderen van gewichtsstigma binnen zorgcontexten. Onderzoek toont aan dat impliciete bias bij zorgprofessionals een invloed kan hebben op klinische besluitvorming, communicatie en de ervaren kwaliteit van zorg. Interventies die bewustwording, reflectie en contact met ervaringsverhalen combineren, kunnen bijdragen aan het verminderen van dergelijke bias.

Dit interventiepakket heeft als doel zorgverleners te ondersteunen in het ontwikkelen van een gewichtsinclusieve en participatiegerichte zorgpraktijk, geïnspireerd door onder meer de principes van Health At Every Size (HAES) en door interventies zoals het IDEAS-programma (Identity Development Evolution and Sharing).

Doelgroep en doelen

Het pakket is interdisciplinair bruikbaar door zorgprofessionals in uiteenlopende contexten zoals woonzorgcentra, ziekenhuizen, eerstelijnszorg of revalidatie.

Na deelname kunnen zorgverleners

- gewichtsstigma herkennen in de zorgcontext,
- bias herkennen bij zichzelf,
- gewichtsinclusieve communicatie toepassen,
- de focus verleggen naar participatie en welzijn en
- reflecteren over hun rol in het bevorderen van inclusieve zorg.

Theoretische basis

Gewichtsstigma verwijst naar negatieve stereotypering en discriminatie op basis van lichaamsgewicht. Binnen gezondheidszorgcontexten kan gewichtsstigma zich uiten in impliciete en expliciete aannames over leefstijl, motivatie of gezondheid van patiënten, die klinische beslissingen of communicatie kunnen beïnvloeden. Impliciete bias verwijst naar automatische, vaak onbewuste attitudes of overtuigingen die gedrag en besluitvorming beïnvloeden. Interventies die bewustwording en reflectie combineren met ervaringsverhalen blijken effectief in het verminderen van dergelijke bias bij zorgprofessionals (Wasmuth et al., 2025).

De HAES-benadering (Health At Every Size) wil de focus op gewichtsverlies doen verschuiven naar een focus op gezond gedrag, welzijn en respectvolle zorg op basis van vier basisprincipes, namelijk:

- gezondheidszorg is een mensenrecht voor mensen van alle maten, ook diegenen aan het hoogste einde van het matenspectrum,
- welzijn, zorg en genezing zijn middelen die zowel collectief als diep persoonlijk zijn,
- gezondheid is een socio-politiek construct dat de waarden van de samenleving weerspiegelt, maar ongeacht de definitie van gezondheid, mag de toegang tot zorg nooit afhangen van iemands gezondheidstoestand, het nastreven van gezondheid of het al dan niet naleven van gezondheidsaanbevelingen en

- goede zorg kan enkel geleverd worden als die vrij is van vooroordelen en wordt aangeboden aan mensen van alle maten. (Association for Size Diversity and Health ASDAH, 2024).

Het Identity Development Evolution and Sharing (IDEAS)-programma is een interventie die ontwikkeld werd om impliciete bias en stigma bij zorgverleners te verminderen. Het programma maakt gebruik van getuigenissen van personen die discriminatie of stigmatisering hebben ervaren binnen de gezondheidszorg. Door deze persoonlijke verhalen te delen, worden zorgverleners uitgenodigd om te reflecteren over hun eigen aannames, attitudes en klinische besluitvorming. IDEAS vertrekt vanuit het inzicht dat impliciete vooroordelen vaak onbewust aanwezig zijn en het gedrag van zorgprofessionals kunnen beïnvloeden. Het verminderen van dergelijke bias wordt daarom beschouwd als een belangrijke stap in het bevorderen van rechtvaardige en inclusieve gezondheidszorg.

Onderzoek naar de implementatie van het IDEAS-programma binnen ergotherapeutische settings toont aan dat de interventie effectief kan bijdragen aan het verminderen van stigma bij zorgverleners, mits aan bepaalde voorwaarden voldaan wordt. Twee factoren blijken bijzonder belangrijk, m.n. de kwaliteit en duidelijkheid van het trainingsmateriaal en de aanwezigheid van externe facilitatie. Naast deze factoren blijken ook een open en ondersteunende werkcultuur, evenals een positieve perceptie van het programma bij deelnemers, bij te dragen aan een succesvolle implementatie. Deze bevindingen benadrukken dat interventies gericht op het verminderen van stigma niet alleen afhangen van de inhoud van de training, maar ook van de context waarin deze wordt toegepast.

Binnen het kader van deze bachelorproef wordt het IDEAS-programma, net als de HAES-benadering, gebruikt als inspiratiebron voor het ontwikkelen van een interventiepakket dat zorgverleners ondersteunt in het herkennen en verminderen van gewichtsstigma binnen de zorgpraktijk.

Interventieprogramma o.b.v. HAES-benadering en het IDEAS-programma

‘Ontwikkeling van een gewichtsinclusieve en participatiegerichte zorgpraktijk’

Module 1

Bewustwording van gewichtsstigma

Bedoeling van module 1 is het geven van inzicht aan zorgverleners in hoe gewichtsstigma zich manifesteert binnen de zorg op basis van onder andere video's met getuigenissen of live getuigenissen van ervaringsdeskundigen, groepsreflectie met reflectievragen, stellingen en discussie, voorbeelden uit de (social) media van uitspraken, het gebruik van bepaalde illustraties, ...

Module 2

Impliciete bias herkennen

In deze module kunnen deelnemers ontdekken hoe hun impliciete bias hun klinische denken kan beïnvloeden o.b.v. casusbesprekingen, bijvoorbeeld een patiënt met een hoog BMI heeft last van zijn knieën en kan daardoor nog moeilijk op het werk en in zijn wandelclub. Wat is de eerste hypothese, welke andere verklaringen kunnen er zijn, welke vragen zou je stellen aan de persoon, zou je dezelfde vragen stellen aan een patiënt met een lager gewicht, ...

Module 3

Gewichtsinclusieve zorg

Deze module vertaalt de HAES-principes naar de zorgpraktijk met onder andere het leren scannen van context op gewichtsinclusiviteit, het stilstaan bij zichzelf als zorgprofessional en het eigen gedrag, het leren voeren van een gewichtsinclusief gesprek, ... onder andere aan de hand van simulatiegesprekken.

De focus moet liggen op de start bij de hulpvraag van de patiënt, los van enige eigen mening of aanname, een focus op functioneren en participatie en het bespreken van het gezondheidsgedrag zonder moraliserende toon.

Module 4

Introductie van het ergotherapeutische perspectief

Van gewicht naar participatie, van het perspectief van de zorgprofessional naar dat van de zorgvrager. Kan deze zorgvrager inclusief gebruik maken van de context, kunnen wij tegemoet komen aan zijn noden, welke zijn die noden en hoe kan ik als zorgprofessional ervoor zorgen dat ik de persoon in kwestie hierin tegemoet kom of in steun, welke aanpassingen moet ik eventueel doorvoeren, waar voelt de persoon zich prettig bij, ...

Onderzoek rond implementatie van stigma-interventies benadrukt het belang van een veilige leeromgeving en adequate facilitatie. Een open en ondersteunende context vergroot de kans dat zorgverleners hun eigen overtuigingen durven onderzoeken en aanpassen. Belangrijke voorwaarden zijn de psychologische veiligheid tijdens reflectiemomenten, begeleiding door een facilitator met kennis van zaken, ruimte voor dialoog en vragen en opvolging binnen teams.

Los van gewichtsstigma gelden dezelfde principes voor andere vormen van stigma. Het pakket kan dus makkelijk uitgebreid worden naar andere gronden van discriminatie: denk onder andere aan psychiatrische achtergrond, culturele verschillen, ... Rebelle vzw heeft met het ervaringsspel 'De Ziekenboeg' een speels middel ontworpen om vooroordelen in de zorg bloot te leggen die het zorgpad voor zowel zorgvragers als zorgprofessionals kunnen bemoeilijken. Het spel kan een laagdrempelige eerste kennismaking zijn met het onderwerp, voor een zachte introductie vooraleer men de diepte in gaat (Rebelle vzw, 2026).

ADDENDUM 7 – Aanbevelingen voor Avalon vzw, een praktijkvoorbeeld

Inleiding

Het werkbezoek bij Avalon vzw leende zich tot een maatschappelijke en structurele reflectie op het onderwerp. Tijdens het bezoek wordt duidelijk dat de zorgverleners zich in een reëel spanningsveld bevinden tussen autonomie, veiligheid en fysieke draagkracht. Bewoners met fysieke beperkingen beschikken over beslissingsrecht en keuzevrijheid, maar in de zorgpraktijk is er tegelijk de confrontatie met materiële grenzen, ergonomische belasting, regelgeving rond hulpmiddelen en negatieve of weinig begripvolle reacties van de gemeenschap rondom de voorziening. Deze aanbevelingen vertrekken dan ook vanuit de vraag hoe Avalon vzw autonomie, veiligheid en fysieke en organisatorische draagkracht structureel met elkaar kan verzoenen in een context van lichamelijke diversiteit en soms beperkende maatschappelijke percepties. Ze vinden tevens volledig hun oorsprong in de persoonlijke communicatie op 16 januari 2026 bij Avalon vzw met de directrice, het diensthoofd, een ergotherapeut en een zorgkundige. De aanbevelingen hebben tot doel goede zorg, veiligheid en organisatorische haalbaarheid te faciliteren met de autonomie van de bewoner als uitgangspunt.

Autonomie als uitgangspunt

Avalon vzw vertrekt vanuit het principe van veronderstelde autonomie, tenzij anders vastgesteld. Fysieke beperking impliceert geen verminderde beslissingsbekwaamheid. Autonomie betekent echter ook niet dat keuzes zonder gevolgen zijn. Zij betekent wel dat gevolgen niet moraliserend worden geïnterpreteerd en dat participatie niet impliciet wordt beperkt op basis van lichamelijke kenmerken. Wanneer autonomie en veiligheid botsen, is de vraag niet alleen 'hoe kan dit veiliger', maar ook 'welke risico's achten we aanvaardbaar, voor wie en onder welke voorwaarden'. Risico's kunnen worden ingeschat op basis van mobiliteit, transfers, evenwicht, cognitief inzicht en beschikbare ondersteuning.

Veiligheid is altijd een gedeelde verantwoordelijkheid, niet de individuele last van één zorgverlener of bewoner. Ze is een gedeelde verantwoordelijkheid van organisatie, team en individu (Vlaamse Overheid, 2026). Wanneer fysieke belasting verhoogd is, wordt dit niet gepersonaliseerd maar, organisatorisch benaderd met onder andere tweepersoonszorg, de juiste hulpmiddelen, herverdeling van taken en planning. Concreet kan dat betekenen dat bij een zwaar transfermoment de oplossing niet is 'dit doen we niet', maar 'hoe organiseren we dat veilig voor zowel onze bewoners als onze zorgverlener'. Veiligheid mag geen impliciet argument worden om participatie te beperken.

Lichamelijke veranderingen en hulpmiddelen

Binnen residentiële contexten kunnen lichamelijke veranderingen optreden, waaronder gewichtstoename. Deze kunnen verschillende oorzaken hebben, waaronder medicatie, verminderde mobiliteit of psychosociale factoren. Het is niet de taak van een organisatie om deze te moraliseren, maar om de functionele gevolgen ervan te analyseren. Wanneer een hulpmiddel, zoals bijvoorbeeld een rolstoelschelp, niet langer passend of veilig is, ontstaat een spanningsveld tussen beslissingsrecht, participatie, ergonomie, regelgeving en budgettaire grenzen. Dit spanningsveld vraagt een ethisch kader.

Om latere spanningen te vermijden, is het belangrijk om van bij de opname te bespreken dat lichamelijke veranderingen mogelijk zijn, hulpmiddelen technische en financiële grenzen kennen, veiligheid en ergonomie steeds afgewogen worden en beslissingen in dialoog genomen worden. Op deze manier is het onderwerp 'gewicht' niet dreigend of stigmatiserend en geen voorwaarde voor goede zorg noch paternalistisch.

Een protocol 'lichamelijke veranderingen en hulpmiddelen' zou kunnen voorzien in een helder kader voor alle partijen. Elke bewoner heeft recht om keuzes te maken die zorg- en materiële gevolgen hebben en waarvoor de organisatie in oplossingen voorziet. De organisatie heeft tegelijk ook recht op budgettaire duurzaamheid, veiligheid, efficiëntie en redelijke proportionaliteit. Een protocol zou volgende elementen kunnen bevatten:

- Preventief gesprek bij opname met het bespreken van de mogelijkheid tot lichaamsveranderingen, de fysieke grenzen van de hulpmiddelen, de beperkte regelgeving en terugbetaling en het samen zoeken naar oplossingen.
- Bij significante veranderingen kan dit opgenomen worden in een multidisciplinair overleg, functioneel geëvalueerd worden met een focus op mobiliteit, veiligheid en participatie en dat alles in samenspraak met de bewoner. Daarnaast kunnen alternatieven onderzocht worden zoals de aanpasbaarheid van de bestaande schelp, een tijdelijke oplossing, externe financiering, budgetherverdeling, ...
- Er volgt geen automatische of eenzijdige beperking van de autonomie, zoals kleinere porties eten, minder tussendoortjes, beperking van uitstappen en activiteiten en zo meer. De transparante communicatie en gedeelde zorgverantwoordelijkheid moeten expliciet worden bewaakt.
- Voor het zorgteam kan er extra voorzien worden in reflectief en ethisch overleg, bijvoorbeeld in geval van moeilijke casussen. Als ervaren spanningen niet expliciet besproken worden, kan er stress ontstaan of impliciete normvorming (Moore et al., 2022). Vragen die gesteld kunnen worden zijn onder andere welke waarden spelen hier of botsen, welke beslissingen kunnen we collectief uitdragen en hoe vullen we dat persoonlijk nog verder in als zorgverlener, hoever kan die persoonlijke invulling afwijken, waar treffen onze meningen, grenzen en verwachtingen die van de bewoners?

Gemeenschap en beeldvorming

Het team geeft aan dat de omgeving van de organisatie wel eens negatief reageert op de deelname van hun bewoners aan het lokale maatschappelijke leven. Denk aan een bewoner die zelfstandig op café gaat en daar dan aan elke bezoeker vraagt of ze hem naar huis willen brengen tot frustratie van de uitbater of een bewoner die met zijn rolstoel in de berm belandt na een uitstap. De gemeenschap, de burens, de lokale politie, ... iedereen is mee betrokken. Avalon vzw positioneert zich m.a.w. in een bredere maatschappelijke context waarin fysieke beperking vaak verkeerd geïnterpreteerd wordt als onbekwaamheid. Die bewoner die roept op café is dan misschien sociaal eerder onbeholpen, maar dat neemt niet weg dat hij het recht heeft om gezellig iets te gaan drinken. De bewoner die in de berm sukkelde, moet daarna niet binnen blijven omwille van zijn fysieke beperking, dat kan iedereen met de fiets overkomen.

Zoals ook tijdens het werkbezoek al besproken, kan het een goed idee zijn om de sterke visie van Avalon vzw ook te expliciteren en te vertalen naar concrete situaties, uit het dagelijks leven gegrepen. Op die manier krijgt de

omgeving veel meer inzicht in en begrip voor wat autonomie concreet betekent voor de participatie van de bewoners. Dat kan bijvoorbeeld verspreid worden via een missietekst op de website, een brochure, een opendeurdag, infomomenten, ... Explicitering en concretisering helpen de gemeenschap begrijpen dat ondersteuning niet gelijkstaat aan controle.

Implementatievoorwaarden

Onderzoek naar duurzame cultuurverandering toont aan dat verandering enkel slaagt wanneer de leidinggevende expliciet draagvlak toont – wat in geval van Avalon vzw met zijn bewogen directrice geen probleem vormt –, teams betrokken worden in de ontwikkelingen, evaluatiemomenten voorzien worden en aansluiting gezocht wordt bij bestaande kaders (Wasmuth et al., 2025). De voorgestelde aanbevelingen vragen dus geen apart of nieuw beleid, maar kunnen perfect geïntegreerd worden binnen de bestaande kwaliteits- en zorgvisies.

De spanningen en uitdagingen die tijdens het werkbezoek tot uiting komen, wijzen niet op een gebrek aan bereidheid. Integendeel, ze wijzen op zorgvuldigheid en een uitgesproken wil van het Avalon vzw team om goede zorg te bieden aan hun bewoners. En op een structureel spanningsveld binnen de hedendaagse zorgpraktijk. Door autonomie, veiligheid en draagkracht niet als tegengestelden te benaderen, maar als elementen die organisatorisch verzoend moeten worden, kan Avalon vzw evolueren naar een expliciet gewichtsinclusieve zorgpraktijk. Zo wordt inclusie niet afhankelijk van individuele goodwill, maar verankerd in visie, beleid en dagelijks handelen.

Reflectietool

Tijdens het werkbezoek vraagt het team zich af of er geen checklist bestaat om beslissingen op te baseren of alleszins om beslissingen te vergemakkelijken. Feit is dat goede zorg nooit zomaar kan herleid worden tot een afvink-zorglijst. Een checklist kan echter wel helpen subjectieve, persoonlijke situaties waarin diverse belangen meespelen, te expliciteren en er degelijk over te reflecteren. De afgeleverde vragenlijst, addendum 8, is dan ook een reflectie- en beslischeklist die doet nadenken over autonomie en participatie, over veiligheid en fysieke haalbaarheid en organisatorische verantwoordelijkheid.

ADDENDUM 8 – Reflectietool voor Avalon vzw, een praktijkvoorbeeld

De reflectietool ondersteunt medewerkers van Avalon vzw bij complexe beslissingen rond autonomie, risico-inschatting, fysieke draagkracht en hulpmiddelen. De tool is geen uitsluitingsinstrument en mag niet gebruikt worden om participatie systematisch te beperken o.b.v. lichamelijke kenmerken. Ze beoogt evenmin een versoepeling van veiligheidsnormen. Het doel is om impliciete afwegingen expliciet te maken en om beslissingen rond autonomie en veiligheid transparant, proportioneel en collectief gedragen te nemen.

Binnen Avalon vzw wordt autonomie als uitgangspunt gehanteerd. Fysieke beperking impliceert geen verminderde beslissingsbekwaamheid. Tegelijk opereert de organisatie binnen reële grenzen van veiligheid, fysieke draagkracht en regelgeving rond hulpmiddelen. In situaties waarin deze elementen met elkaar botsen, helpt deze tool om risico functioneel te analyseren, morele spanningen bespreekbaar te maken, alternatieven te onderzoeken, proportionaliteit te bewaken en beslissingen duidelijk te motiveren. De reflectietool kan gebruikt worden bij individuele casusbesprekingen, tijdens multidisciplinair overleg, bij hulpmiddelenproblematiek of als onderdeel van structurele kwaliteitsreflectie.

Autonomie

- Is de bewoner beslissingsbekwaam?
- Is de autonomie van de bewoner als uitgangspunt gehanteerd?
- Is de bewoner betrokken in de risico-inschatting?

Extra reflectievragen kunnen gesteld worden zoals onder andere is de bewoner cognitief voldoende in staat om risico's te begrijpen? Wordt zijn autonomie consequent gerespecteerd of onbewust ingeperkt? Is er sprake van paternalistische reflexen?

Functionele risico-inschatting

- Is de beslissing gebaseerd op functioneren, context en ondersteuning?
- Is de beoordeling van de situatie gebaseerd op concrete en observeerbare kenmerken?

Veiligheid en draagkracht

- Is fysieke belasting objectief geëvalueerd?
- Is tweepersoonszorg mogelijk en/of overwogen?
- Zijn hulpmiddelen correct ingezet?
- Zijn andere ondersteunende maatregelen overwogen?

Verdere analyse kan onder andere inhouden dat personeelsbezetting of -planning wordt herbekeken, dat fysieke belasting effectief bespreekbaar wordt gemaakt, dat de beschikbaarheid van de hulpmiddelen gecheckt wordt, dat extra ondersteuningsmogelijkheden worden overwogen, ...

Hulpmiddelen

- Past het hulpmiddel nog veilig en ergonomisch?
- Werden aanpassingsmogelijkheden en alternatieven onderzocht, bijvoorbeeld via de leverancier?
- Werde regelgeving rond terugbetaling nagegaan?
- Werde met de bewoner transparant gesproken over mogelijkheden en beperkingen?

Proportionaliteit

- Is de beslissing expliciet gemotiveerd en gedocumenteerd?
- Werde de beslissing afgestemd met betrokkenen en bestaat er consensus binnen het team?
- Is de bewoner geïnformeerd en actief betrokken?

Beslissing door:

Datum:

ADDENDUM 9 – Kleine ingrepen, grote impact

Dit addendum bundelt kleine, concrete handvaten voor de dagelijkse praktijk van de zorgverlener. De onderstaande suggesties reiken kleine, haalbare stappen aan die, ook binnen bestaande beperkingen, een merkbaar verschil kunnen maken in het realiseren van meer inclusieve en participatiegerichte zorg.

Reflecteer op je werkprocedures

- Ga na in welke mate gewicht en/of BMI een centrale rol spelen in je klinisch redeneren.
- Vraag jezelf af: zijn deze parameters functioneel of sturen ze onbewust mijn blik.
- Verruim je kijk op gezondheid.

Evalueer je materiaal en omgeving

- Ga na of je materiaal (stoelen, bedden, bloeddrukmeters, transferhulpmiddelen, ...) geschikt is voor diverse lichaamsgroottes.
- Check of cliënten zich fysiek en sociaal welkom voelen in de ruimte.
- Pas aan waar mogelijk: kleine ingrepen kunnen een groot verschil maken.

Kijk kritisch naar evaluatie en verantwoording

- Kijk in je evaluaties van een patiënt niet enkel naar medische parameters, maar kijk ook naar diens beleving van gezondheid en ziekte en op welke manier de patiënt deelneemt aan het dagelijks leven.
- Maak die inzichten ook expliciet zichtbaar in je verslaggeving.
- Reflecteer op hoe resultaten worden gemeten en gerapporteerd, sta bijvoorbeeld stil bij jouw taalgebruik en de perceptie van de patiënt.

Sta stil bij je communicatie

- Bespreek comfort open en respectvol, ook wanneer het thema gevoelig ligt.
- Vraag expliciet: wat is voor jou comfortabel en wat betekent dit voor onze samenwerking.
- Vermijd veronderstellingen en creëer ruimte zonder schaamte of schuld.

Draag bij aan kennisdeling en opleiding

- Breng gewichtsstigma expliciet binnen in vormingen en teamoverleg.
- Maak gebruik van bestaande modellen, zoals bijvoorbeeld HAES.
- Werk samen met collega's aan een gedeelde visie over hoe je inclusieve zorg vormgeeft in de praktijk.

En tenslotte, als je op zoek bent naar meer tips en voorbeelden, kijk dan eens naar de websites van organisaties als "Dik voor Mekaar" (in België) en "Dikke Vinger" (in Nederland). Beide zijn activistische organisaties voor en door dikke mensen, die zich actief inzetten voor een gelijkwaardig leven voor dikke mensen. Daarnaast doet ook Rebelle vzw actief onderzoek naar en voert de organisatie actie tegen discriminatiegronden in onze gezondheidszorg. Voor inspiratie, ondersteuning en gespecialiseerde kennis zijn deze drie organisaties een perfect startpunt.