

# NOODPLAN VOOR TE ZWARE KINDEREN

*Overgewicht is te ernstig om nog langer te wachten*

Er is nog steeds geen evidence-based preventieprogramma voor kinderen met overgewicht. En dat terwijl het voor hun gezondheid van groot belang is om te voorkomen dat ze obees worden. Een overbruggingsplan biedt uitkomst.

ANNEKE BULK-BUNSCHOTEN  
CARRY RENDERS  
REMY HIRASING

**W**ereldwijd is overgewicht een van de grootste public health-problemen bij kinderen. In Nederland is de prevalentie van overgewicht bij kinderen tussen 1980 en 1997 gestegen van 5 naar ongeveer 12 procent<sup>1</sup>. In de periode 2002-2004 steeg de prevalentie bij 4- tot 15-jarigen verder tot 19 procent<sup>2</sup>. Ook nam de mate van overgewicht toe: te zware kinderen zijn nog zwaarder geworden.<sup>1-3</sup>

Overgewicht op jonge leeftijd is gerelateerd aan overgewicht op volwas-

sen leeftijd.<sup>4,5</sup> Dit verschijnsel, *tracking*, voorspelt eveneens een verhoogd morbiditeits- en mortaliteitsrisico op de lange termijn.<sup>6</sup> Bovendien hebben volwassenen die als kinderen te zwaar waren, onafhankelijk van hun gewicht op latere leeftijd, een verhoogd risico op ziekte en overlijden.<sup>7</sup>

## EVIDENCE

Kinderen met overgewicht kunnen vanaf de leeftijd van 2 jaar worden gesignaleerd met behulp van het landelijke signaleringsprotocol. Dit protocol is mede gebaseerd op de internationale leeftijds- en geslachtsafhankelijke body-mass-index-criteria (BMI-afkappingen).<sup>8</sup>

Behandeling van overgewicht bij kinderen is echter moeilijk. Er bestaat geen

## OVERBRUGGINGSPLAN: VIJF

aangrijpingspunten voor gedragsverandering (preventie)	buitenspelen stimuleren	ontbijten stimuleren
		
positieve neveneffecten	betere lichamelijke conditie, motorische ontwikkeling en meer sociaal contact	betere schoolprestaties en meer contact binnen het gezin
norm	≥ 1 uur per dag (actief bewegen)	iedere dag

evidence-based preventieprogramma voor deze doelgroep. Slechts enkele studies rapporteren op korte termijn kleine positieve resultaten.<sup>9-10</sup> Langetermijneffecten zijn nog weinig onderzocht, en de enkele studies waarin dit wel is gebeurd, stemmen weinig hoopvol.<sup>11-12</sup>

Gezien de omvang en de ernst van het probleem is wachten op een evidence-based programma geen optie en moet dus worden uitgegaan van een practice-based programma.<sup>13</sup> Daar komt bij dat individuele signalering ethisch alleen verantwoord is, als daarna ook advisering of behandeling volgt. Om hierin te voorzien is een landelijk overbruggingsplan ontwikkeld. Kern is dat naast het adviseren van - veelbelovende - interventies wordt gelet op de motivatie van ouders en kind. Het plan is in eerste instantie bestemd voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ), die alle kinderen regelmatig oproept voor een periodiek gezondheidsonderzoek, maar ook bruikbaar in de huisartsgeneeskunde.

#### MINDER ONTBIJTEN

Het overbruggingsplan is totstandgekomen op basis van literatuuronderzoek, een enquête onder JGZ-instellingen, het raadplegen van sleutelfiguren binnen en buiten de JGZ, een expertmeeting en een

pilotstudie, waarbij ook naar de mening van ouders is gevraagd.

In het plan zijn de meest veelbelovende strategieën (zie *tabel 1*) samengebracht: meer buiten spelen en bewegen,<sup>14</sup> dagelijks ontbijten,<sup>15</sup> minder gebruik van fris en andere gezoete dranken,<sup>16-17</sup> minder voor de tv of computer zitten<sup>18-20</sup> (ezelsbruggetje: boft). Bij zeer jonge kinderen is daarnaast primaire preventie mogelijk door het geven van borstvoeding gedurende zes maanden of langer.<sup>21-23</sup>

Gecombineerd dragen deze aangrijpingspunten bij aan het voorkomen van - toenemend - overgewicht (primaire preventie) en het verminderen van bestaand overgewicht (secundaire preventie). Het overbruggingsplan berust op zowel huidige wetenschappelijke inzichten als toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk van JGZ- en huisarts.<sup>18-24</sup> Het uiteindelijke resultaat van de interventie is natuurlijk mede afhankelijk van de

motivatie en het (voorbeeld)gedrag van de ouders.

#### MOTIVATIE

Na signalering van overgewicht bespreekt de JGZ-arts of -verpleegkundige de risico's ervan met de ouders (en het

## Het resultaat hangt af van de motivatie en het gedrag van de ouders

kind). Ook wordt een anamnese afgenomen. De 'Anamneselijst overgewicht' is hiervoor een handig hulpmiddel. Dit formulier is ook te gebruiken om de kennis van ouders en kind over overgewicht, hun huidige gedrag en hun motivatie om dit te veranderen in beeld te brengen.

Bij voldoende motivatie stelt de jeugdarts samen met de ouders een veranderplan op met een of meer aangrijpingspunten (zie *tabel 1*); tijdens de uitvoering hiervan houden zij een dagboekje bij. Zijn de ouders en/of het kind onvoldoende gemotiveerd, dan is een extra consult nodig. Bij ongemotiveerde ouders en/of kinderen is starten met >>

### AANGRIJPINGSPUNTEN VOOR PREVENTIE

gebruik van gezoete dranken verminderen	inactiviteit (tv, computer) verminderen	borstvoeding stimuleren
		
minder cariës en tanderosie	betere lichamelijke conditie	minder infecties en minder allergische reacties bij kinderen, moeders eerder op gezond gewicht na de zwangerschap
≤ 2 glazen per dag (en geen frisdrank onder de 5 jaar)	≤ 2 uur per dag	≥ 6 maanden

BEELD: 1, 2 EN 4 SHUTTERSTOCK, 3 EN 5 HH

## 2. BEGELEIDEN EN MOTIVEREN



BEHLD-CORBIS

### ★ VOOR-BEWUSTWORDING

Ouders en kind zijn zich er niet van bewust dat er een gewichtsprobleem bestaat. De JGZ-medewerker maakt dit duidelijk, bijvoorbeeld met behulp van de groeicurve, en geeft informatie over de risico's van overgewicht, zowel direct als op langere termijn. Als de ouders niet gemotiveerd zijn, kan men het probleem even laten rusten tot een gepland vervolgconsult.

### ★ BEWUSTWORDING

Ouders en kind kennen de gevaren van overgewicht, maar staan nog in dubio of zij hun gedrag willen veranderen. De JGZ-medewerker bespreekt de redenen om het gedrag te veranderen en laat de ouders meedenken over de voor- en nadelen van een gezonder gewicht. De verantwoordelijkheid om het gedrag daadwerkelijk te veranderen ligt bij de ouders. Er kan een extra consult nodig zijn om te bereiken dat ouders hun gedrag willen gaan veranderen.

### ★ VOORBEREIDING

Het besluit om het gedrag te veranderen is genomen. De ouders of het kind kiezen een of twee van de vier aangrijpingspunten waarop het gedrag zal worden veranderd. Hierbij zijn er twee mogelijkheden:

- ★ *minderen*: voor een bepaalde tijd worden concrete afspraken gemaakt en een plan hoe de gestelde doelen worden bereikt in de specifieke gezinssituatie
- ★ *stoppen*: Er wordt direct met één aangrijpingspunt gestopt, bijvoorbeeld: het kind gaat niet meer voor de tv of computer zitten, het gebruik van zoete dranken wordt gestaakt of het kind ontbijt voortaan elke dag.

### ★ ACTIE

Er volgt een gedragsverandering (minderen en/of stoppen). Ouders en kind houden een dagboek bij dat bij eventuele moeilijkheden kan worden geanalyseerd.

### ★ VOLHOUDEN

Vervolgconsulten zijn nodig om eraan bij te dragen dat ouders en kind de gedragsverandering volhouden en er eventueel een aangrijpingspunt bij nemen. In de consulten bespreekt de JGZ-medewerker risicosituaties voor terugval, zoals een vakantie, feest- en verjaardagen. Bij terugval is het zaak een stapje terug te doen en opnieuw kortetermijndoelen te stellen.

### ★ TERUGVAL

Als er sprake is van terugval moet de reden hiervan worden besproken zonder negatief commentaar. Zo nodig kan een nieuwe cyclus op een ander aangrijpingspunt worden gestart, waarna de JGZ-medewerker het hele proces (vanaf de bewustwording) opnieuw met ouders en kind doorloopt.

*Stappenplan voor motivatiebepaling bij beoogde gedragsverandering. De begeleider moet aansluiting zoeken bij het stadium waarin ouders en kind zich bevinden.*

<< het overbruggingsplan namelijk een stap te ver. Eventueel is extra begeleiding nodig door een diëtist, fysiotherapeut, pedagoog of psycholoog.

Naar verwachting is de kans op het slagen van de begeleiding het grootst als de ouders zelf doelen formuleren en bepalen welk gedrag zij gaan veranderen. De begeleider let hierbij vooral op de haalbaarheid. Zo is 'de komende weken nooit meer gezoete drank' waarschijnlijk onhaalbaar voor een kind dat er gewoonlijk vijf glazen per dag van drinkt. Een beperking tot twee glazen per dag heeft dan meer kans op succes. De JGZ-medewerker dient dus terdege rekening te houden met de gewoonten van ouders en kind.

Het stappenplan voor de begeleiding en motivatie (zie tabel 2) berust op het model van Prochaska,<sup>25</sup> zodat de aanpak van de JGZ aansluit op de manier van gedragmotivatie in de huisartsgeneeskunde. Na een eerste afspraak wordt in volgende consulten bekeken of het gestelde doel is bereikt, onder meer door het bepalen van BMI en middelomtrek. Op korte termijn laat de BMI meestal geen verandering zien; de middelomtrek wel.

Is het gestelde doel niet bereikt, dan wordt in overleg een minder hoog doel vastgesteld. Halen ouders en kind ook dit niet, dan kan de huisarts (in plaats van de JGZ-medewerker) mogelijk een nieuwe poging tot motivatie doen.

### GEEN OBESITAS

De nog steeds stijgende prevalentie bij overgewicht, *tracking* en de moeilijke behandelbaarheid maken dat preventie, signalering en advisering op zo jong mogelijke leeftijd moet plaatsvinden. Daar komt bij dat de aanpak van overgewicht bij kinderen invloed heeft op overgewicht van de ouders, omdat vooral zij het goede voorbeeld moeten geven.

Het overbruggingsplan dat hier wordt gepresenteerd, is overigens alleen bedoeld voor kinderen met overgewicht en dus niet voor kinderen met obesitas: die moeten naar de kinderarts om een lichamelijke oorzaak uit te sluiten en al opgetreden co-morbiditeit vast te stellen. Op jonge leeftijd berust obesitas namelijk in 10 procent van de gevallen op een onderliggend probleem of leidt het tot co-morbiditeit als het metabool syndroom, diabetes type II of hart- en vaatziekten.

Gaat het overgewicht van een kind tijdens het begeleidingstraject toch over in obesitas, dan is alsnog doorverwijzing nodig. Dit is ook te overwegen als de begeleiding moet worden gestaakt vanwege een gebrek aan motivatie.

#### UNIFORME AANPAK

Dit overbruggingsplan moet onderdeel zijn van een totaalplan, waarin naast individuele advisering ook collectieve en op de omgeving gerichte maatregelen zijn opgenomen. Zo moeten ook anderen die een rol spelen in het leven van kinderen met overgewicht, zoals diëtisten, leerkrachten, huisartsen en kinderartsen, van het plan gebruikmaken. Dit is ook aan te bevelen omdat het verspreiden van een eenduidige boodschap de kans op succes vergroot. Een uniforme aanpak volgens het overbruggingsplan maakt het bovendien mogelijk om preventieve

## Een eenvoudige boodschap vergroot de kans op succes

interventies zowel direct na uitvoering als op de lange termijn te evalueren op toepasbaarheid en effectiviteit.

De uitvoering van het overbruggingsplan brengt echter ook een aantal knelpunten met zich mee. Om te beginnen is het aantal kinderen bij wie overgewicht zal worden gesignaleerd groot. Dit heeft uiteraard consequenties voor de tijdsinvestering in begeleiding. Voordeel van het plan is echter dat het een heldere structuur heeft en het aantal onderdelen beperkt is. Ook zal de uitvoering ervan minder tijd kosten dan een gelegenheidsaanpak. Opname van de 'Anamneselijst overgewicht' en een BMI-diagram met afkappunten in het elektronische dossier kan de tijdsinvestering verder vermindern.

Een andere vraag is of bloeddrukmeting bij kinderen met overgewicht geschikt is als methode om co-morbiditeit op te sporen en vanaf welke leeftijd dit zinvol zou zijn. Hiernaar moet nader onderzoek plaatsvinden. Dat is ook nodig om te bepalen welke determinanten een rol spelen bij het ontstaan van overgewicht ten opzichte van de lichaamslengte bij kinderen van rond de twee jaar. Is dat

### SAMENVATTING

- In Nederland is de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen flink gestegen.
- Overgewicht en obesitas leiden tot een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit.
- Een evidence-based behandelprogramma is nog niet beschikbaar; hierop wachten is echter onverantwoord. Daarom is een 'overbruggingsplan' ontwikkeld berustend op veelbelovende interventies uit de literatuur die positieve effecten hebben op de gezondheid van kinderen.
- Dit zijn: het stimuleren van borstvoeding, meer buiten spelen, dagelijks ontbijten, minder frisdrank nemen en minder tv-kijken en computeren (boft). Motivatie van ouders en kinderen is hierbij een vereiste.

bekend, dan is ook voor te zware kinderen uit die leeftijdsgroep een interventie te ontwikkelen. Zover is het echter nog niet: om te beginnen is het zaak dat wetenschappelijk onderzoek naar evidence-based strategieën voor de preventie en behandeling van overgewicht bij alle kinderen wordt gestimuleerd en gefaciliteerd. ■

dr. A.M.W. Bulk-Bunschoten,  
arts maatschappij & gezondheid, senior onderzoeker VU medisch centrum

dr. C.M. Renders,  
epidemioloog, senior onderzoeker VU medisch centrum, coördinator Kenniscentrum Overgewicht

prof. dr. R.A. Hirasing,  
hoogleraar jeugdgezondheidszorg VU medisch centrum

Correspondentieadres: [amw.bulk@vumc.nl](mailto:amw.bulk@vumc.nl),  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Het overbruggingsplan op de website van het Kenniscentrum Overgewicht, De 'Anamneselijst overgewicht' en een 'Stroomschema consulten bij begeleiding overgewicht' en de referentielijst vindt u via [www.medisch.contact.nl/dezeweek](http://www.medisch.contact.nl/dezeweek).

### VELDWERK

## Creatief met geld



Wat specialisten kunnen - voor ieder oog en voor elke scheet apart een DBC openen - kunnen wij natuurlijk ook.

Creatief declareren. Het gonst van de verhalen over huisartsen die het doen. Een dubbel consult in rekening brengen bij een tijdoverschrijding van twee, in plaats van pas na tien, minuten. Bij een visite standaard het dubbele tarief rekenen (reistijd wordt ook meegerekend). Bij het weghalen van een fibroompje, dat in een handomdraai is gebeurd, het chirurgisch tarief van 51 euro rekenen. Die dingen. 'Het mos niet magge', maar het gebeurt. Kruimelwerk natuurlijk in vergelijking met wat specialisten doen, maar toch geld. Met de natte vinger kom ik op een gemiddeld bedrag van 10.000 euro per huisarts, zo'n 100 miljoen totaal op jaarbasis.

Nu hebben huisartsen natuurlijk ook wel motieven voor declaratiefraude. De vrees dat je met het nieuwe financieringssysteem je norminkomen niet meer haalt. En de belachelijk lage verrichtingentarieven in vergelijking met vroeger: 4,50 euro voor een telefonisch consult, 9 euro voor een consult en 13,50 voor een visite. Bedragen waarvoor een academicus van ons niveau eigenlijk niet eens goedendag kan zeggen. En ze hebben fraudekansen nu patiënten zelf de doktersrekening niet meer onder ogen krijgen en ook zorgverzekeraars bij mijn weten niet controleren. Je moet de kat ook niet op het spek binden, zou mijn moeder zeggen - zelfs niet bij huisartsen die toch als braaf bekend staan.

Als er niets gebeurt, dan zie ik in navolging van de ophef over de medisch specialisten binnenkort de volgende kop in de Volkskrant staan: 'MOGELIJK OOK GROTE DECLARATIEFRAUDE ONDER HUISARTSEN'. Moeten wij die afgang niet zien te voorkomen? En moet de LHV niet als de wiedeweerga met ZN rond de tafel om een deugdelijk controlesysteem op declaraties van huisartsen op poten te zetten? ■

Maarten Cox

de huisarts