OVERGEWICHT BIJ KINDEREN

IMPLEMENTATIE EN EVALUATIE VAN EEN PROTOCOL IN TWEE GENTSE WIJKGEZONDHEIDSCENTRA.

Shari Vandenbosch, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort, KU Leuven

Co-promotor: An Vandeputte, vzw Eetexpert.be

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context: Obesitas is wereldwijd een snel toenemend gezondheidsprobleem dat een enorme kost met zich meebrengt. Vooral bij kinderen en adolescenten is deze trend alarmerend en de hoge prevalentie draagt bij tot de obesitasepidemie bij volwassenen. In België kampten in 2013 gemiddeld 20% van de kinderen met overgewicht en 7% met obesitas. Als huisarts worden we hier dan ook steeds vaker mee geconfronteerd maar de aanpak van dit probleem is geen gemakkelijke opdracht. Deze ManaMa onderzoekt onder meer welke drempels huisartsen ervaren en wat helpend kan zijn om hun hierin beter te ondersteunen.

Onderzoeksvragen: Eerst gebeurt een literatuuronderzoek naar de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen van 3 t.e.m. 12 jaar en worden deze gegevens getoetst aan de prevalentiecijfers in beide wijkgezondheidscentra. Vervolgens wordt nagegaan welke drempels huisartsen ervaren bij de diagnostiek van overgewicht bij kinderen. Ten slotte wordt onderzocht of een protocol rond overgewicht bij kinderen een verbeterde diagnostiek geeft.

Methode: Gedurende 7 maanden wordt een protocol geïmplementeerd rond overgewicht bij kinderen in WGC Kapellenberg en WGC Watersportbaan. Voor de start van dit protocol wordt de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen van 3 t.e.m. 12 jaar nagegaan o.b.v. dossiergegevens. Op dit moment wordt bij acht artsen een interview afgenomen om een beeld te krijgen van de huidige aanpak en de drempels die ze ervaren. Na 7 maanden wordt de prevalentie opnieuw nagekeken en wordt het protocol door diezelfde artsen geëvalueerd.

Resultaten: In WGC Kapellenberg stonden in februari 3.69% van de kinderen tussen 3-12 jaar geregistreerd met overgewicht en 0.46% met obesitas t.o.v. respectievelijk 5.18% en 2.28% in september. In WGC Watersportbaan stonden in februari 1.78% van de kinderen geregistreerd met overgewicht en 0.46% met obesitas t.o.v. 3.25% en 0.32% in september. Drempels om over te gaan tot diagnostiek zijn o.a. tijdsgebrek, gevoeligheid van het onderwerp en gebrek aan systematiek in diagnosestelling. Weinig inzicht en motivatie bij de ouders, cultuurgebonden moeilijkheden bij personen van andere origine en de financiële drempel naar verwijzing toe, blijken de belangrijkste barrières wat betreft aanpak.

Conclusie: De noodzaak aan een multidisciplinaire samenwerking die continuïteit in de zorg waarborgt, dringt zich op. Hierin kan de huisarts een belangrijke rol spelen. Momenteel voelen zij zich echter onvoldoende voorbereid en omkaderd om overgewicht bij kinderen aan te pakken waardoor het probleem ondergediagnosticeerd wordt. Er is nood aan het in kaart brengen van de betrokken disciplines en aan een betere communicatie tussen de verschillende hulpverleners in de eerste en tweede lijn. Om het geëvalueerde protocol beter bruikbaar te maken in de praktijk, dienen er nog aanpassingen te gebeuren, zoals onder andere een meer beknopte versie, integratie van het protocol in het EMD en een versie toepasbaar op een multiculturele populatie.

Trefwoorden: obesitas, kinderen, huisarts, eerstelijnsgeneeskunde
ICPC: [T83] overgewicht, [T82] adipositas
Emailadres: shari.vandenbosch@gmail.com

Inhoudstafel

Inleiding 1

Materialen en methoden 2

Literatuurstudie 3

Wat is de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen van 3-12 jaar? (Internationaal/België) 3

Diagnostiek en evaluatie van overgewicht en obesitas bij kinderen van 3-12 jaar 11

Welke drempels ervaren huisartsen bij de diagnostiek van overgewicht bij kinderen? 14

Resultaten 15

Wat is de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen van 3-12 jaar in het WGC? 15

Kwalitatieve bevraging naar practice as usual en drempels 17

Evaluatie van het protocol aan de hand van een kwalitatieve bevraging 20

Discussie 22

Algemeen besluit (incl. toekomstperspectief) 26

Bronnen 27

Bijlagen 29

Bijlage 1: Gunstig advies Ethisch Comité 29

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol 30

Bijlage 3: Praktijkprotocol 31

Bijlage 4: Interviews 32

Bijlage 5: Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-p) 33

Inleiding

In de zoektocht naar een onderwerp voor mijn ManaMa werd ik gevraagd door de artsen in het wijkgezondheidscentrum om iets te doen rond overgewicht bij kinderen aangezien dit een probleem was waar ze frequent mee geconfronteerd werden en moeilijk vonden om mee om te gaan. Gezien het actuele karakter van het onderwerp sprak het me meteen aan. Toen ik echter daadwerkelijk ging kijken hoeveel kinderen in onze praktijk overgewicht of obesitas hadden, was dit een bijzonder laag aantal. De diagnosestelling of in ieder geval de registratie van het probleem verliep niet helemaal goed. Hierbij werd dan de bedenking gemaakt wat de oorzaak hiervan was? Was het enkel 'nalatigheid' bij de artsen? Ervaarden de artsen bepaalde drempels om het onderwerp aan te kaarten bij de patiënten? Of waren er nog andere redenen waardoor de registratie van het probleem zo moeizaam verliep?

In een ander wijkgezondheidscentrum, WGC Brugse Poort, waren de gezondheidspromotoren reeds bezig met het uitwerken van een protocol voor de artsen op basis van de bestaande richtlijnen. Er werd dan beslist om dit protocol, mits enkele kleine aanpassingen, over te nemen en uit te proberen in WGC Kapellenberg en WGC Watersportbaan. Zo kreeg het doel van mijn ManaMa stilaan vorm. De uiteindelijke onderzoeksvragen waar ik een antwoord op geformuleerd wilde zien waren volgende vragen:

1. Wat is de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen van 3-12 jaar?
2. Welke drempels ervaren huisartsen bij de diagnostiek van overgewicht bij kinderen?
3. Geeft implementatie van een protocol rond overgewicht bij kinderen een verbeterde diagnostiek?

Dat het een zeer actueel onderwerp is, bleek onlangs nog uit een artikel dat begin april 2016 verscheen in de krant De Morgen gebaseerd op een grote studie van *The Lancet*. Hierin wordt de aandacht nogmaals gevestigd op de alarmerende toename van kinderen met obesitas. De gevolgen voor hun gezondheid manifesteren zich niet enkel op kinderleeftijd maar bovendien hebben deze kinderen een sterk verhoogd risico om als volwassene ook aan obesitas te lijden, met alle gezondheids- en economische gevolgen van dien (1).

Deze ManaMa maakt deel uit van een duomasterproef. Mijn mede-HAIO, Lieselot Polfliet, richt zich eerder op de rol van de huisarts in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen. Op deze manier vormt haar ManaMa een mooie aanvulling op de mijne.

Materialen en methoden

Om relevante publicaties op te zoeken betreffende het onderwerp van deze ManaMa werd eerst en vooral gebruik gemaakt van de zoekmachine PubMed. De initiële zoektermen waren '*child obesity*', '*childhood obesity*'en '*prevalence of obesity*'. Deze zoektermen werden verder aangevuld met bijkomende criteria om al een eerste selectie uit te voeren, zoals de datum van publicatie met enkel artikels vanaf 2000 en gratis toegang tot het volledige artikel. Zo werd een ruim aanbod aan artikels gevonden die voornamelijk gebruikt werden om achtergrondinformatie te verwerven. Nadien ben ik meer gericht gaan zoeken met als bijkomende zoektermen '*barriers*' en '*management childhood obesity primary care*'.

Ook werd frequent de richtlijn 'Obesitas bij kinderen' van Domus Medica (2), de BASO (*Belgian Association for the Study of Obesity*) richtlijn (3), de website van de *World Obesity Federation* (vroegere IASO of *International Association for the Study of Obesity*) (4) en het draaiboek voor huisartsen op de site van vzw Eetexpert.be geraadpleegd (5).

Het protocol is overgenomen van WGC Brugse Poort met uitzondering van enkele kleine aanpassingen die werden aangebracht. Het is gebaseerd op volgende richtlijnen: 'Obesitas bij kinderen' van Domus Medica, de BASO (*Belgian Association for the Study of Obesity*) richtlijn en het draaiboek voor huisartsen op de site van vzw Eetexpert.be (2, 3, 5). De gesprekken met ouders en kind en de huiswerkopdrachten die onder basis- en vervolganamnese worden teruggevonden, zijn afkomstig van het draaiboek van vzw Eetexpert.be (5). De groeicurven en de BMI-tabel opgenomen in het protocol zijn de Vlaamse Groeicurven van de Vrije Universiteit Brussel (6). De gewichtsverloopkaarten, die vermeld worden in het protocol en gebruikt worden als visueel instrument in de praktijkruimten, werden besteld via de Nederlandse website voedingscentrum.nl.

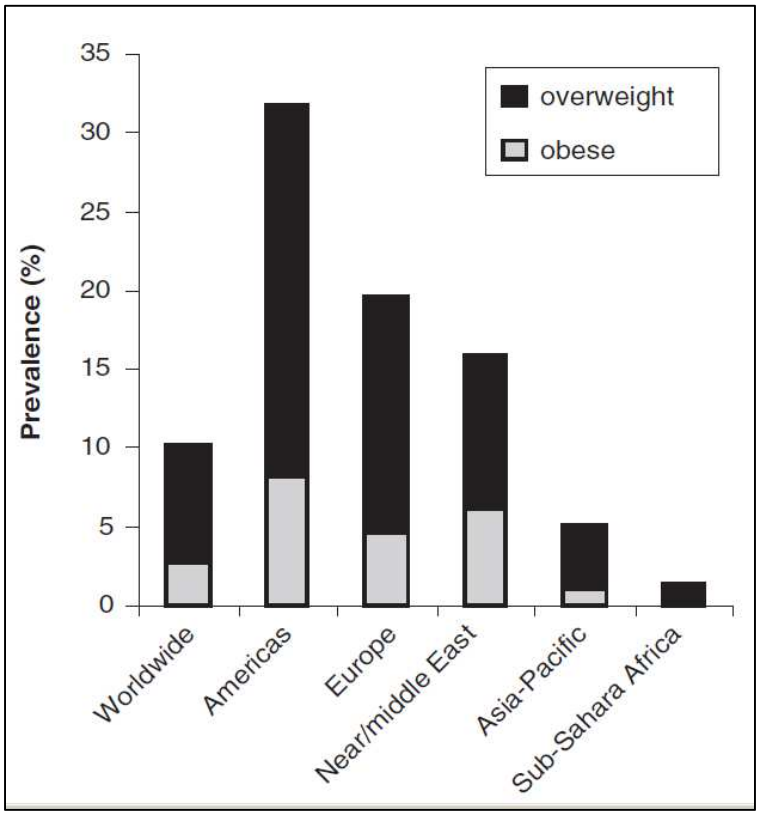
Vooraleer de implementatie van het protocol in beide wijkgezondheidscentra van start ging, werden lijsten getrokken van alle patiënten van 3 tot en met 12 jaar met respectievelijk overgewicht (ICPC-code T83) en obesitas (ICPC-code T82). Op dat moment werd bij de artsen een interview afgenomen. In totaal werden acht interviews afgenomen. Na zeven maanden werden opnieuw lijsten getrokken om te vergelijken of er wijzigingen waren in het registratiegedrag van de artsen wat betreft overgewicht en obesitas bij kinderen. Diezelfde artsen werden bovendien opnieuw bevraagd rond hun bevindingen over het werken met het protocol.

De gesprekken met de artsen waren diepte-interviews waarbij hoofdzakelijk open vragen werden gesteld en de artsen telkens de mogelijkheid hadden om bijkomende opmerkingen en/of suggesties te geven. Bij de verwerking van de interviews werd opgeteld hoe vaak een welbepaalde opinie terugkwam. Het opzet van het eerste interview was voornamelijk een beeld krijgen van de huidige manier van omgaan met kinderen met overgewicht en de moeilijkheden hierin opsporen. Het was de bedoeling om te achterhalen waar het fout liep in de diagnostiek en ook naar aanpak toe werd dit kort gepolst. In het tweede interview werd de bruikbaarheid van het protocol ingeschat en kritisch geëvalueerd. De vragen van beide interviews zijn als bijlage aan deze studie toegevoegd (bijlage 3 en 4).

Literatuurstudie

Wat is de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen van 3-12 jaar? (Internationaal/België)

De prevalentie van overgewicht en obesitas neemt alsmaar toe. Er wordt geschat dat tien procent van de schoolgaande kinderen te kampen heeft met overmatig lichaamsvet (figuur 1) (7). Dit brengt een verhoogd risico op de ontwikkeling van chronische aandoeningen met zich mee en legt bijgevolg een hoge druk op de gezondheidszorg. De toename is beschreven als een globale pandemie, maar hoe groot is dit probleem nu eigenlijk (7, 8)?



Figuur 1. Prevalentie van overgewicht en obesitas bij schoolgaande kinderen tussen 5-17 jaar in verschillende wereldregio's. Overgewicht en obesitas zijn gedefinieerd volgens de World Obesity Policy & Prevention (vroegere IOTF of International Obesity Task Force) criteria. Cijfers zijn gebaseerd op metingen in verschillende jaren na 1990 (7).

Vooraleer we wat dieper ingaan op enkele studies om hier een antwoord op te kunnen formuleren is het noodzakelijk de termen overgewicht en obesitas te definiëren. Om te beoordelen of een bepaald gewicht normaal is voor een welbepaald kind, moet het in verhouding staan tot de lengte. Dit wordt uitgedrukt in de Body Mass Index (BMI = gewicht (kg) / gestalte $(m)^2$) (5). De BMI is een algemeen aanvaarde parameter voor de bepaling van overgewicht en obesitas. Vanaf 18 jaar wordt een BMI van ≥ 25 beschouwd als overgewicht en een BMI > 30 als obesitas. Voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar zijn de normen echter afhankelijk van de leeftijd en het geslacht.

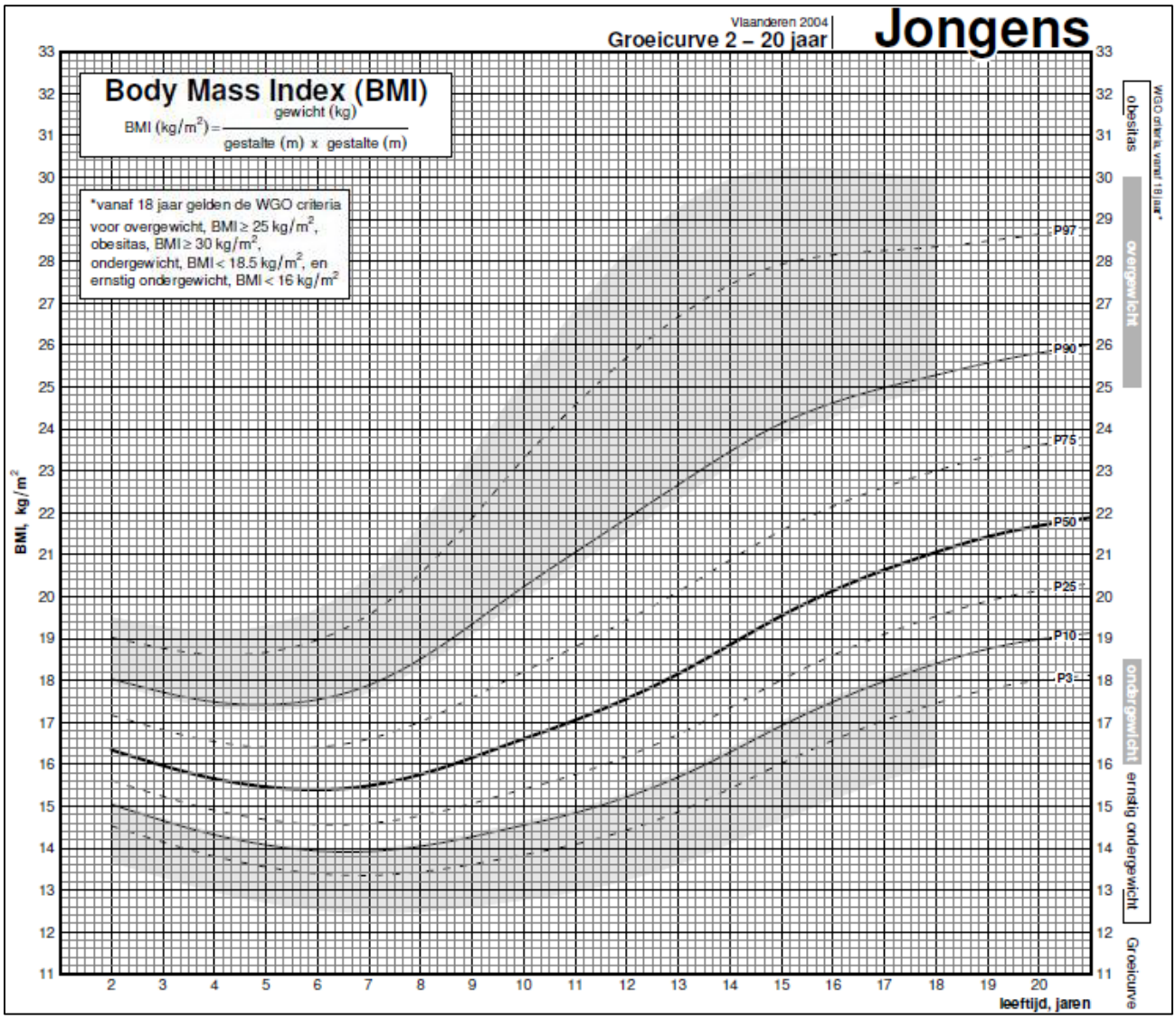
In 2000 publiceerde de *World Obesity Policy & Prevention* (vroegere IOTF of *International Obesity Task Force*) internationale BMI-referentiewaarden gebaseerd op gegevens van zes verschillende referentiepopulaties, namelijk Groot-Brittanië, Brazilië, Nederland, Hong

Kong, Singapore en de Verenigde Staten (9). Dankzij deze tabellen kunnen jongens en meisjes tussen 2 en 18 jaar aan de hand van één enkel standaardhulpmiddel worden ingedeeld in drie categorieën, namelijk 'geen overgewicht', 'overgewicht' of 'obesitas'. De referentiewaarden kunnen gebruikt worden om populaties wereldwijd te vergelijken (7, 9). In 2012 werden de waarden herzien en enigszins gewijzigd. De nieuwe waarden zijn gemakkelijk af te leiden en ze kunnen eveneens uitgedrukt worden in percentielen waardoor ze kunnen vergeleken worden met andere BMI-referenties. Tabel 1 is een vereenvoudigde versie van de nieuwe referentiewaarden (tabel 1) (10).

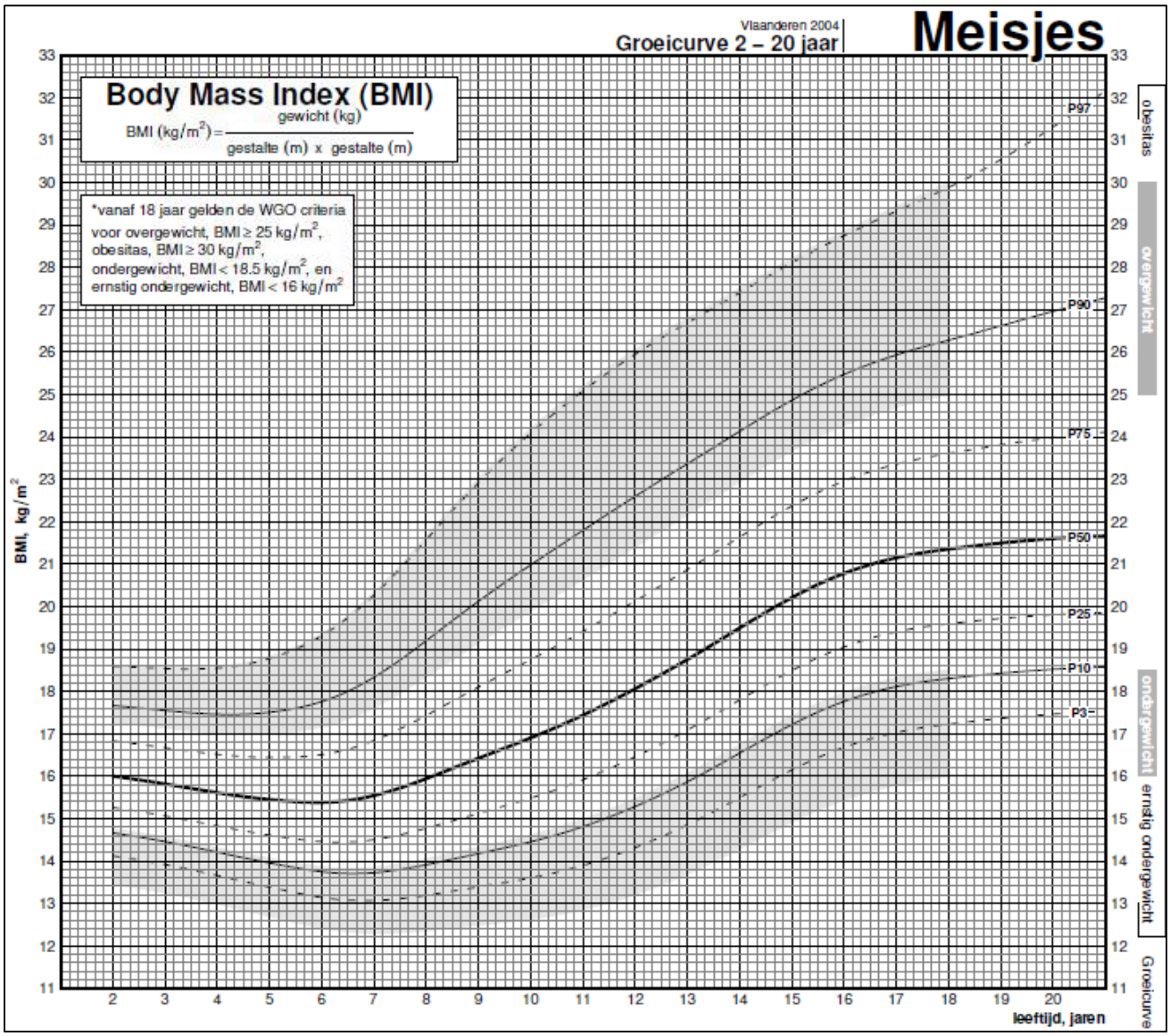
		Boys				Girls			
		BMI (kg/m²) at age 18 years							
Age (months)	Age (years)	25	27	30	35	25	27	30	35
24	2	18,36	19,07	19,99	21,2	18,09	18,83	19,81	21,13
30	2,5	18,09	18,8	19,73	20,95	17,84	18,59	19,57	20,9
36	3	17,85	18,57	19,5	20,75	17,64	18,39	19,38	20,74
42	3,5	17,66	18,38	19,33	20,61	17,48	18,24	19,25	20,65
48	4	17,52	18,25	19,23	20,56	17,35	18,13	19,16	20,61
54	4,5	17,43	18,19	19,2	20,6	17,27	18,06	19,14	20,67
60	5	17,39	18,19	19,27	20,79	17,23	18,06	19,2	20,84
66	5,5	17,42	18,28	19,46	21,15	17,25	18,13	19,36	21,16
72	6	17,52	18,45	19,76	21,69	17,33	18,28	19,61	21,61
78	6,5	17,67	18,7	20,15	22,35	17,48	18,5	19,96	22,19
84	7	17,88	18,99	20,59	23,08	17,69	18,8	20,39	22,88
90	7,5	18,12	19,32	21,06	23,83	17,96	19,15	20,89	23,65
96	8	18,41	19,68	21,56	24,6	18,28	19,56	21,44	24,5
102	8,5	18,73	20,09	22,11	25,45	18,63	20	22,04	25,42
108	9	19,07	20,52	22,71	26,4	18,99	20,46	22,66	26,39
114	9,5	19,43	20,98	23,34	27,39	19,38	20,94	23,31	27,38
120	10	19,8	21,44	23,96	28,35	19,78	21,43	23,97	28,36
126	10,5	20,15	21,88	24,54	29,22	20,21	21,95	24,62	29,28
132	11	20,51	22,29	25,07	29,97	20,66	22,47	25,25	30,14
138	11,5	20,85	22,7	25,56	30,63	21,12	22,99	25,87	30,93
144	12	21,2	23,09	26,02	31,21	21,59	23,51	26,47	31,66
150	12,5	21,54	23,47	26,45	31,73	22,05	24,02	27,05	32,33
156	13	21,89	23,84	26,87	32,19	22,49	24,49	27,57	32,91
162	13,5	22,24	24,22	27,26	32,6	22,9	24,92	28,03	33,39
168	14	22,6	24,59	27,64	32,97	23,27	25,31	28,42	33,78
174	14,5	22,95	24,94	28	33,3	23,6	25,64	28,74	34,07
180	15	23,28	25,27	28,32	33,56	23,89	25,92	29,01	34,28
186	15,5	23,59	25,58	28,61	33,78	24,13	26,15	29,22	34,43
192	16	23,89	25,88	28,89	33,98	24,34	26,36	29,4	34,54
198	16,5	24,18	26,16	29,15	34,19	24,53	26,53	29,55	34,64
204	17	24,46	26,44	29,43	34,43	24,7	26,69	29,7	34,75
210	17,5	24,73	26,72	29,71	34,7	24,85	26,85	29,85	34,87
216	18	25	27	30	35	25	27	30	35

Tabel 1. Internationale BMI-referentiewaarden voor overgewicht en obesitas tussen 2 en 18 jaar (10).

In Vlaanderen wordt daarentegen gebruik gemaakt van de Vlaamse Groeicurven (figuur 2, 3) en BMI tabel (tabel 2) om de gewichtsevolutie bij kinderen op te volgen. De Vlaamse Groeicurven voor kinderen en adolescenten tussen 2 en 20 jaar zijn gebaseerd op een representatieve cross-sectionele steekproef van 7920 Vlaamse jongens en 8176 Vlaamse meisjes, onderzocht in de periode van 2001-2004. Ze zijn geschikt voor de evaluatie van de groei van kinderen met ten minste één ouder van Vlaamse herkomst. De andere ouder moet afkomstig zijn uit België, Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk, Engeland, Denemarken, Ierland, Noorwegen, Zweden of Oostenrijk. Ze zijn niet geschikt voor kinderen met ouders van een andere herkomst of kinderen met een groeistoornis (6).



Figuur 2. Groeicurve jongens (6).



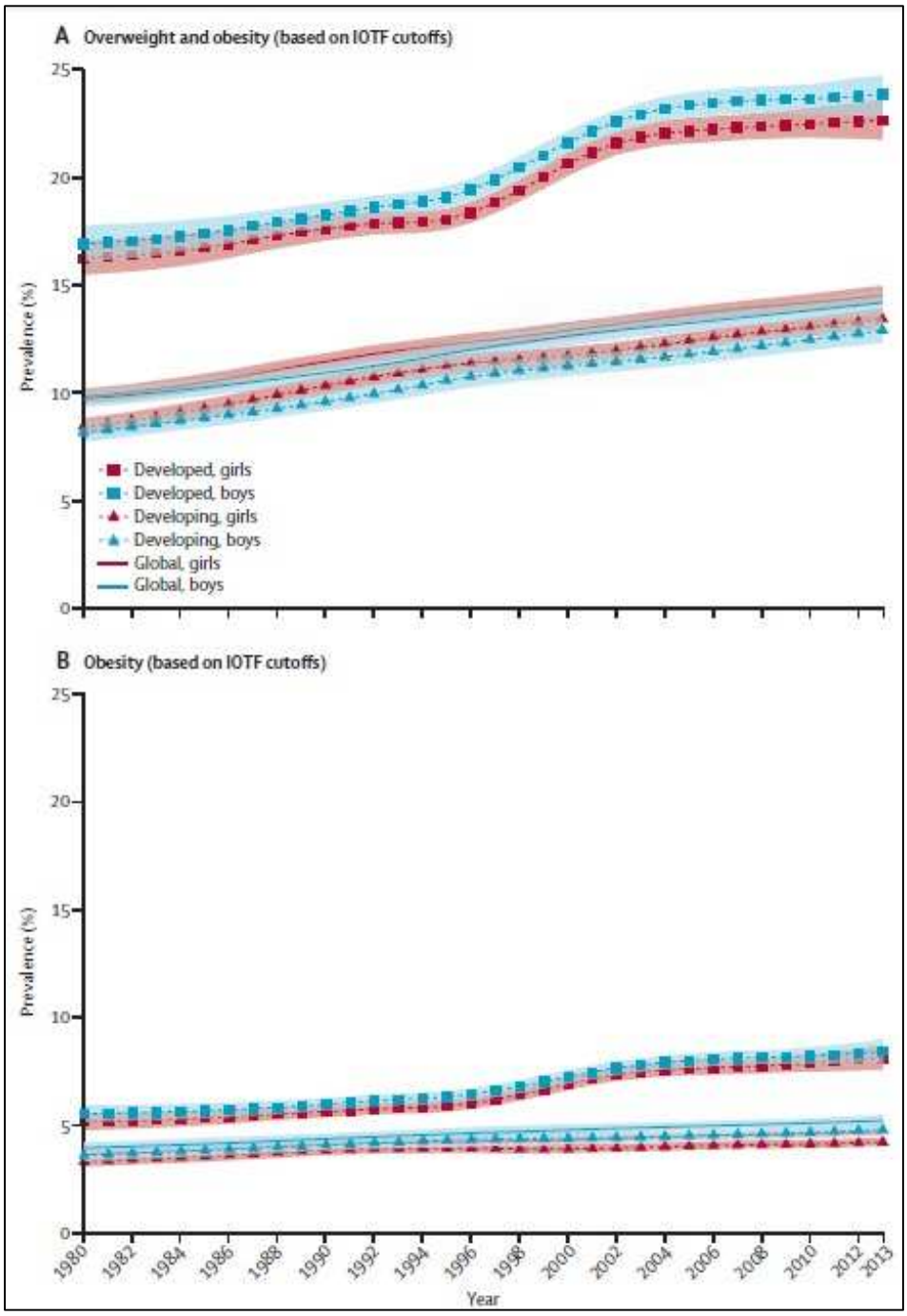
Figuur 3. Groeicurve meisjes (6).

	Ernstig ondergewicht	*Ondergewicht*	*Normaal Gewicht*	*Overgewicht*	*Ernstig overgewicht*
Jongens					
2 jaar	13.5	13.5 - 14.9	14.9 - 17.8	17.8 - 19.5	19.5
3	13.2	13.2 - 14.5	14.5 - 17.5	17.5 - 19.2	19.2
4	12.8	12.8 - 14.2	14.2 - 17.3	17.3 - 19.2	19.2
5	12.6	12.6 - 14.0	14.0 - 17.3	17.3 - 19.5	19.5
6	12.5	12.5 – 14.0	14.0 - 17.5	17.5 - 20.0	20.0
7	12.5	12.5 - 14.0	14.0 – 18.0	18.0 - 21.0	21.0
8	12.6	12.6 - 14.2	14.2 - 18.7	18.7 - 22.5	22.5
9	12.7	12.7 - 14.5	14.5 - 19.6	19.6 - 24.3	24.3
10	12.9	12.9 - 14.8	14.8 - 20.4	20.4 - 26.1	26.1
11	13.1	13.1 - 15.1	15.1 - 21.2	21.2 - 27.6	27.6
12	13.4	13.4 - 15.5	15.5 – 22.0	22.0 - 28.8	28.8
13	13.9	13.9 - 16.1	16.1 - 22.7	22.7 - 29.7	29.7
14	14.4	14.4 - 16.7	16.7 - 23.5	23.5 - 30.2	30.2
15	14.9	14.9 - 17.3	17.3 - 24.1	24.1 - 30.2	30.2
16	15.4	15.4 - 17.8	17.8 - 24.5	24.5 - 30.2	30.2
17	15.8	15.8 - 18.3	18.3 - 24.8	24.8 - 30.0	30.0
≥18	16.0	16.0 - 18.5	18.5 - 25.0	25.0 - 30.0	30.0
meisjes					
2 jaar	13.5	13.5 - 14.8	14.8 - 17.3	17.3 - 18.7	18.7
3	13.2	13.2 - 14.4	14.4 - 17.1	17.1 - 18.6	18.6
4	12.9	12.9 - 14.2	14.2 – 17.0	17.0 - 18.7	18.7
5	12.6	12.6 - 13.9	13.9 - 17.1	17.1 - 19.0	19.0
6	12.3	12.3 - 13.8	13.8 - 17.4	17.4 - 19.8	19.8
7	12.3	12.3 - 13.9	13.9 – 18.0	18.0 – 21.0	21.0
8	12.4	12.4 - 14.2	14.2 - 18.8	18.8 - 22.4	22.4
9	12.6	12.6 - 14.5	14.5 - 19.5	19.5 - 23.6	23.6
10	12.7	12.7 - 14.8	14.8 - 20.3	20.3 - 24.7	24.7
11	13.0	13.0 - 15.2	15.2 - 21.0	21.0 - 25.6	25.6
12	13.4	13.4 - 15.8	15.8 - 21.8	21.8 - 26.4	26.4
13	14.0	14.0 - 16.4	16.4 - 22.6	22.6 - 27.1	27.1
14	14.6	14.6 - 17.1	17.1 - 23.3	23.3 - 27.8	27.8
15	15.2	15.2 - 17.7	17.7 – 24.0	24.0 - 28.5	28.5
16	15.6	15.6 - 18.2	18.2 - 24.5	24.5 - 29.1	29.1
17	15.9	15.9 - 18.4	18.4 - 24.9	24.9 - 29.7	29.7
≥18	16.0	16.0 - 18.5	18.5 - 25.0	25.0 - 30.0	30.0

Tabel 2. BMI-tabellen: Grenswaarden voor jongens en meisjes in Vlaanderen (6).

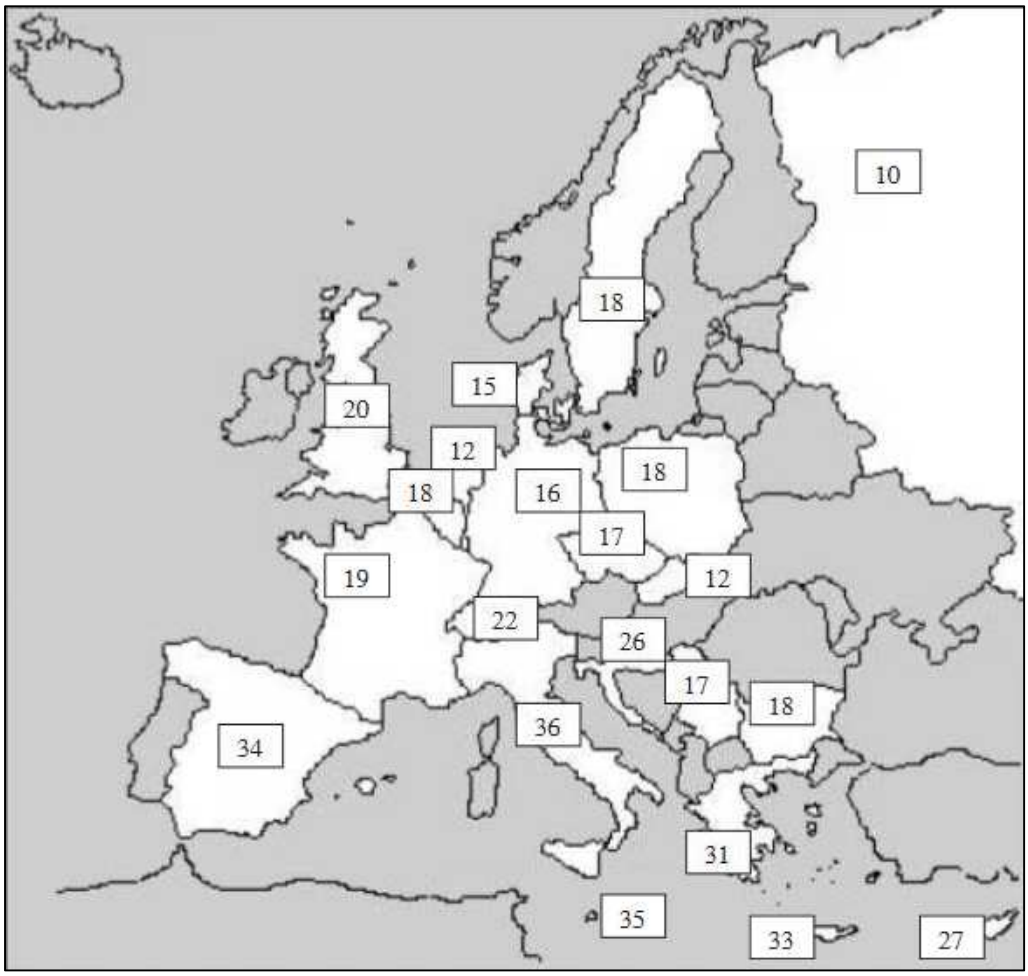
De prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen is wereldwijd met 47.1% gestegen tussen 1980 en 2013. In ontwikkelde landen kampten in 2013 23.8% van de jongens en 22.6% van de meisjes met overgewicht of obesitas ten opzichte van 16.9% van de jongens en 16.2% van de meisjes in 1980. Een gelijkaardige trend is waarneembaar in ontwikkelingslanden waar bij de jongens een stijging van 8.1% in 1980 naar 12.9% in 2013 wordt vastgesteld en bij de meisjes een stijging van 8.4% in 1980 naar 13.4% in 2013. Zowel in ontwikkelde als in ontwikkelingslanden volgen beide geslachten een min of meer gelijklopende tendens wat betreft overgewicht en obesitas (figuur 4) (8).

Een opvallend gegeven is dat in geïndustrialiseerde landen kinderen uit een lager socio-economisch milieu het grootste risico op overgewicht hebben onder andere door een slechte voeding en beperkte mogelijkheden tot fysieke activiteit. Dit in tegenstelling tot ontwikkelingslanden waar overgewicht vaker voorkomt bij de hogere inkomens en eerder bij de stadspopulatie dan bij kinderen uit meer landelijk gebied. De toename van obesitas bij de ook armere stadspopulatie wordt vermoedelijk verklaard door blootstelling aan Westerse voeding in combinatie met een geschiedenis van ondervoeding (7).



Figuur 4. Leeftijd-gestandaardiseerde prevalentie van overgewicht en obesitas, en enkel obesitas (gebaseerd op World Obesity Policy & Prevention cutoffs), leeftijd 2-19 jaar, gedifferentieerd voor geslacht, 1980-2013 (8).

Ook in Europa zien we dat overgewicht en obesitas bij kinderen gestaag toeneemt de laatste twee tot drie decennia. De prevalentie varieert met tijd, leeftijd, geslacht en geografische regio. Binnen Europa merken we op dat de Zuid-Europese landen te kampen hebben met de hoogste prevalentiecijfers. In Noord-Europa ligt de prevalentie van overgewicht tussen 10-20%, terwijl dit in Zuid-Europa 20-35% is (figuur 5) (7, 11). De redenen voor de noord-zuid gradiënt zijn niet duidelijk. Genetische factoren lijken niet aan de basis te liggen aangezien de gradiënt binnen eenzelfde land kan gezien worden, zoals Italië. Vermoedelijk speelt het gezinsinkomen hier een rol, mogelijks doordat dit ook invloed heeft op voedingsfactoren, zoals maternale voeding tijdens de zwangerschap (11).

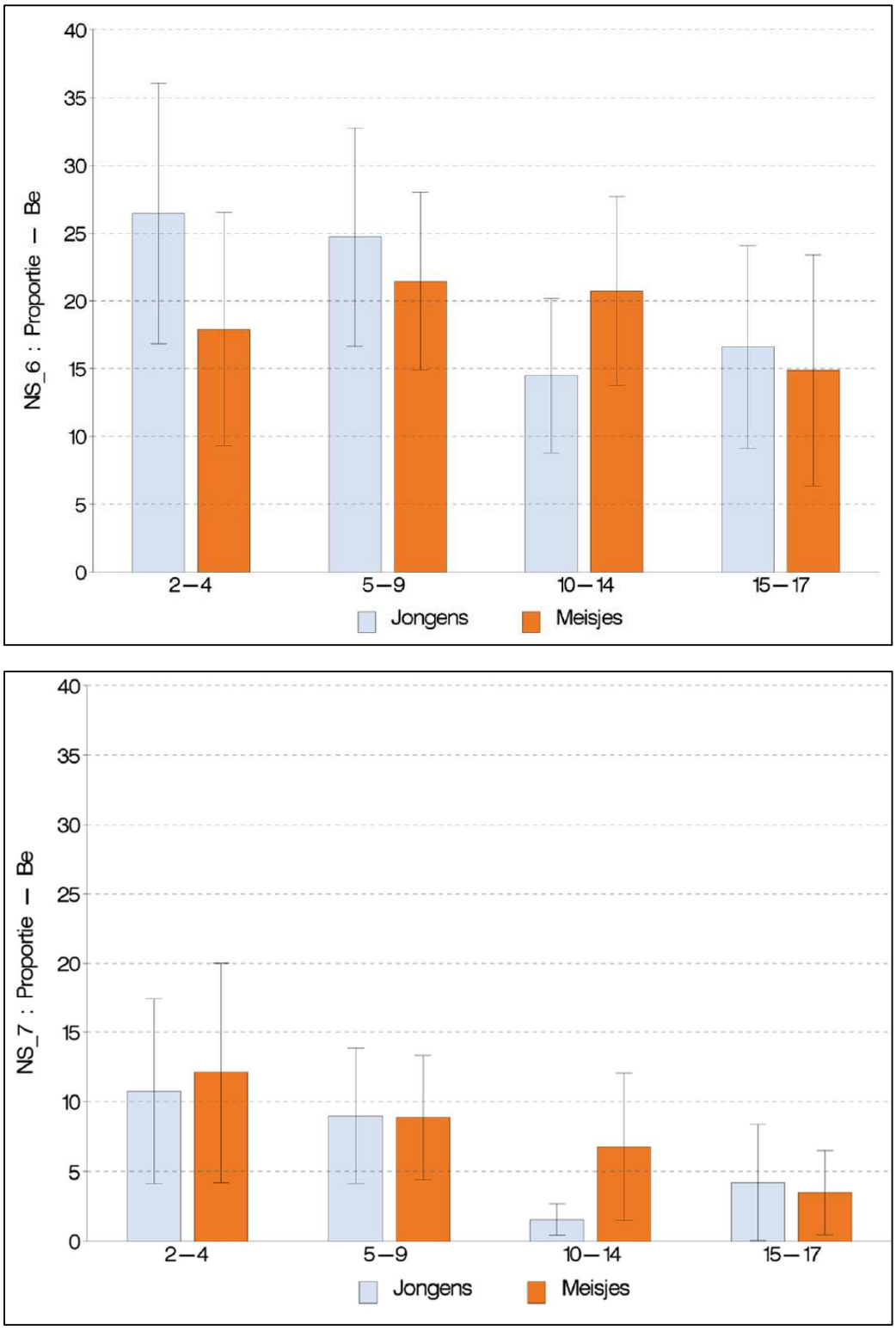


Figuur 5. Prevalentie (percentage) van overgewicht en obesitas bij kinderen tussen 7-11 jaar, op basis van de World Obesity Policy & Prevention cutoff waarden (11).

België kampt eveneens met een toenemende prevalentie van overgewicht en obesitas. Eén op vijf kinderen en jongeren tussen 2 en 17 jaar heeft overgewicht en 7% is obees. De prevalentie van overgewicht steeg van 15% in 1997 naar 20% in 2013. Voor obesitas is de prevalentie van 2013 niet significant verschillend van de vorige jaren. Er zijn geen significante verschillen tussen jongens en meisjes. Wel kunnen we vaststellen dat de prevalentie van obesitas significant hoger is bij de jongste kinderen, namelijk 11% van 2-4 jarigen en 9% van 5-9 jarigen ten opzichte van 4% bij kinderen van 10-17 jaar (figuur 6) (12).

Het opleidingsniveau van het huishouden speelt een belangrijke rol. Kinderen en jongeren die opgroeien in een gezin waar het opleidingsniveau van de ouders eerder laag is, hebben meer kans op overgewicht. Zo kampt meer dan één op drie jongeren uit lager opgeleide gezinnen met overgewicht en minstens één op vijf heeft obesitas (12).

In stedelijke gebieden zien we meer kinderen met obesitas, namelijk 8%, daar waar het in landelijke gebieden ongeveer 5% bedraagt. Dit verschil vinden we niet terug bij overgewicht. Daarentegen is er wel een significant verschil bij overgewicht als men naar de drie Gewesten kijkt. Het percentage jongeren (tussen 2-17 jaar) met overgewicht bedraagt in het Brussels Gewest 23%, in het Waals Gewest 25% terwijl dit in het Vlaams Gewest 16% is (11).



Figuur 6. Percentage van de jongeren (van 2 t.e.m. 17 jaar) met overgewicht (boven) en obesitas (onder) volgens leeftijd en geslacht, België, 2013 (12).

Diagnostiek en evaluatie van overgewicht en obesitas bij kinderen van 3-12 jaar

De eerste evaluatie bestaat uit een anamnese, een klinisch onderzoek, een berekening van het BMI en het uitzetten van deze waarden op de groeicurven. Dit heeft als doel:

- Het beoordelen van de graad van obesitas, van de evolutie van de BMI en van het optreden van complicaties.
- Het uitsluiten van secundaire vormen van obesitas, zoals een endocrien probleem waarvoor verwijzing naar de specialist noodzakelijk is.

Ook dient bij de eerste evaluatie een inschatting van de motivatie van het kind en zijn gezin te gebeuren. Een behandeling is immers pas aan de orde indien de patiënt en de familie voldoende gemotiveerd zijn om het probleem aan te pakken (2).

Anamnese

De anamnese omvat de familiale voorgeschiedenis, de persoonlijke geschiedenis, de socio-economische afkomst en de school, het algemeen gedrag van het kind, de voedingsanamnese, de lichamelijke activiteiten, de sedentariteit en de evaluatie van complicaties (2).

Bij een anamnese hoort steeds een bredere exploratie, ongeacht de aard van de aanmelding (voeding, eetgedrag of gewicht). Belangrijk hierbij is dat de focus niet enkel ligt op het overgewicht maar dat het welzijn en algemeen welbevinden van het kind wordt beoordeeld om de ernst van het probleem te kunnen inschatten (cfr. protocol *basisanamnese*). Bij jonge kinderen worden de vragen aan de ouders gesteld. Oudere kinderen kunnen zelf de vragen beantwoorden (5).

Bij een doorverwijzing vanuit het CLB is al een screening gebeurd en is het probleem reeds benoemd. De huisarts zal zich dan eerder richten op het verder verkennen van het probleem en het inschatten van de ernst ervan (cfr. protocol *vervolganamnese*) (5).

Klinisch onderzoek

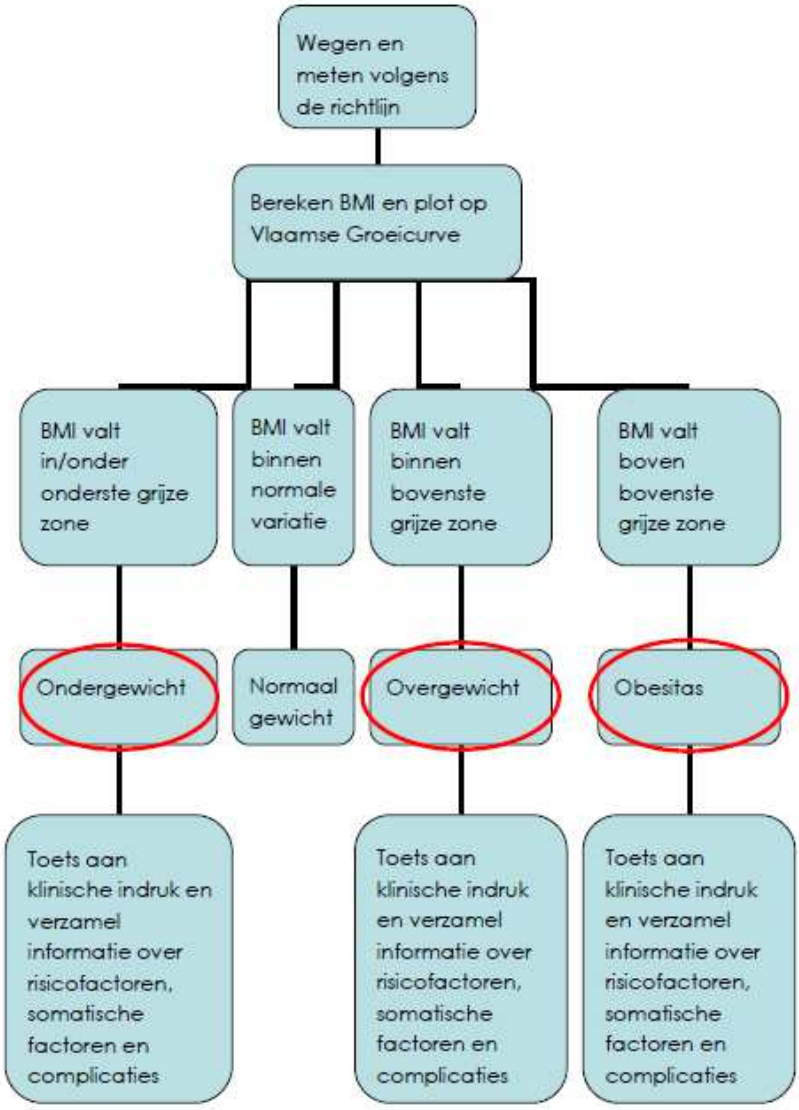
Het klinisch onderzoek bestaat uit het wegen en meten van het kind en het uitzetten van deze gegevens op een groeicurve. Zoals eerder besproken, kan een bepaald gewicht slechts beoordeeld worden in verhouding tot de lengte. Dit wordt uitgedrukt in de *Body Mass Index* (BMI) (figuur 7) (5).

Indien sprake is van obesitas dienen nog een aantal bijkomende zaken onderzocht te worden:

- een algemene morfologische inspectie;
- een schildklieronderzoek om secundaire obesitas op te sporen;
- het opsporen van eventuele complicaties: meting van de bloeddruk, orthopedisch onderzoek en een huidonderzoek (striae, acanthosis nigricans,..) (2).

Aanvullend onderzoek

Bij overgewicht zonder complicaties is geen aanvullend onderzoek aangewezen. Dit is enkel nodig op gespecialiseerd advies en bij vermoeden van obesitas met endocriene oorzaak (vertraging van de groeisnelheid), syndroom obesitas (dysmorfe eigenschappen, psychomotorische achterstand, mentale achterstand en somatische afwijkingen) of gecompliceerde obesitas (respiratoire, orthopedische, cardiovasculaire, metabole of psychische symptomen).
Een standaard bloedonderzoek (schildklier, lipiden, glycemie) kan worden aangevraagd om eventuele complicaties op te zoeken of om de ouders gerust te stellen (2).



Figuur 7. Beslisboom na berekening BMI (5).

Edmonton Obesity Staging System

De *Body Mass Index* is een belangrijke tool om onder andere te beoordelen of een welbepaald gewicht normaal is voor een bepaald kind (5). Het geeft echter niet weer of er sprake is van obesitas gerelateerde comorbiditeit, wat de invloed is op de levenskwaliteit en of er functionele beperkingen aanwezig zijn. Een ruimere inschatting van het gezondheidsrisico kan aan de hand van het *Edmonton Obesity Staging System* (EOSS). Deze stadiëring houdt rekening met het medisch risico en de impact van het gewichtsprobleem op het lichamelijk functioneren, met de aanwezigheid van functionele beperkingen, met psychologische symptomen en met de weerslag op het welzijn. De EOSS stadiëring zou, onafhankelijk en beter dan de BMI alleen, mortaliteit kunnen voorspellen en clinici helpen met het inschatten van de prognose. Naargelang de stadiëring van het gewichtsprobleem dient de behandeling intensiever te zijn en is samenwerking met andere disciplines aangewezen (5, 13, 14).

De EOSS stadiëring is echter gemaakt voor volwassenen. Gezien de nood aan een dergelijke stadiëring voor kinderen werd de *Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics* opgesteld (bijlage 3). Deze gaat, net als de EOSS, een ruimere inschatting maken van het gezondheidsrisico, maar, uniek aan de pediatrische stadiëring is de evaluatie van het functioneren van het gezin. De EOSS-p verschilt ook van de stadiëring voor volwassenen omdat mortaliteit geen typische primaire uitkomstmaat is in een pediatrische populatie. Andere gezondheidsindicatoren, zoals cardiorespiratoire fitheid, zouden misschien meer gepast zijn bij kinderen (13).

De EOSS-p zou kunnen gebruikt worden als een hulpmiddel om kinderen met obesitas te triëren naargelang van het risicoprofiel. Op deze manier dienen niet alle kinderen die, volgens de traditionele BMI metingen, gedefinieerd worden als obees, onderworpen te worden aan uitgebreide en invasieve screeningstesten (zoals bloedafnames, orale glucose tolerantie test,..). Bovendien helpt de EOSS-p te voorkomen dat er veronderstellingen op vlak van gezondheid worden gemaakt, uitsluitend op basis van de BMI van het kind. In een bredere context gezien, zou ook het gezondheidssysteem hier voordeel van ondervinden aangezien enkel kinderen die nood hebben aan intensieve begeleiding in de tertiaire lijn zullen opgevolgd worden. Kinderen met een lager risicoprofiel kunnen op een andere manier opgevolgd worden, bijvoorbeeld eerder aan de hand van initiatieven en bronnen binnen de gemeenschap (13, 14).

Welke drempels ervaren huisartsen bij de diagnostiek van overgewicht bij kinderen?

Ondank het feit dat de richtlijnen het belang van primaire preventie benadrukken, gebeurt het screenen naar overgewicht en obesitas bij kinderen op een weinig consistente manier in de eerste lijn. Herkenning door artsen gebeurt meestal opportuun wanneer de kinderen komen voor een ander gezondheidsprobleem. Door het gebrek aan systematiek wordt het probleem ondergediagnosticeerd en missen huisartsen in 40% van de patiënten met overgewicht de kans om het gewichtsprobleem aan te kaarten (15-17). Gezien de grootte van het probleem en de enorme belasting voor de gezondheidszorg, is het echter belangrijk om deze patiënten te gaan identificeren om interventies mogelijk te maken. De toegankelijkheid van de eerstelijnshulpverleners, waaronder huisartsen, maakt ze de ideale bondgenoot om het gezondheidsprobleem aan te pakken. Toch zien we dat artsen heel wat kansen om dit onderwerp aan te snijden tijdens een consult onbenut laten. De oorzaak hiervan ligt in het feit dat artsen verschillende drempels ervaren (16-18).

Belangrijke praktische drempels voor artsen zijn onder andere de financiële barrière die de patiënt ervaart om een diëtist te consulteren wat doorverwijzen bemoeilijkt, tijdsgebrek om tijdens het consult een betekenisvol gesprek rond het probleem aan te gaan, gebrek aan professionele training, een tekort aan ondersteunende teams voor familiegerichte interventies en het gebrek aan succesvolle ervaringen in het beheersen van het gewicht bij kinderen. Daarnaast zijn belangrijke patiënt gerelateerde drempels ouders met overgewicht of obesitas die een slecht rolmodel vormen, gebrekkige naleving van de aanbevolen wijzigingen in levensstijl, gebrek aan interesse bij de kinderen in het aanpassen van hun levensstijl en het gebrek aan interesse bij de ouders om hun kinderen te ondersteunen in het wijzigen van hun levensstijl. Ten slotte vormt de obesogene omgeving waarin de kinderen leven de voornaamste systemische barrière in de aanpak van obesitas (16).

Ouders vormen een belangrijke barrière voor heel wat artsen. Een studie uitgevoerd in Groot-Brittannië heeft aangetoond dat 79% van de ouders van kinderen met overgewicht hun kind niet als zodanig zien en van diegenen die dit wel doen, beseft 41% niet dat dit een gezondheidsrisico inhoudt. Ouders zeiden echter dat ze feedback over het gewicht van hun kind niet als een belediging ervaren maar dat ze advies op maat verkiezen en dit liefst bespreken met een betrouwbare gezondheidsmedewerker alvorens levensstijlveranderingen te overwegen (17).

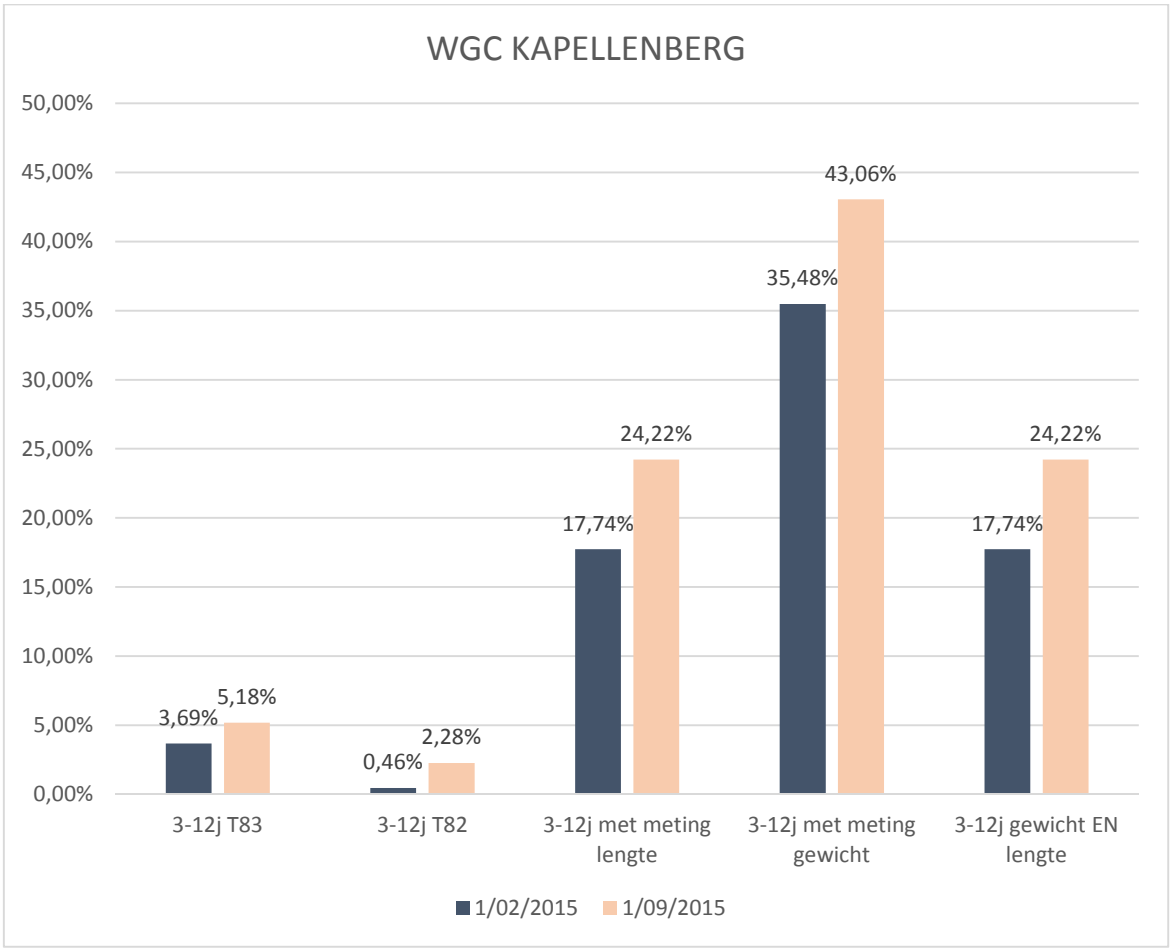
Zoals hierboven reeds aangegeven vormt een gebrek aan professionele training, en hierdoor aan zelfvertrouwen, in het screenen en de aanpak van overgewicht bij kinderen ook een drempel. Artsen geven aan zich onzeker te voelen in het toepassen van gedragstherapie, het geven van opvoedingsadviezen en het aanpakken van familiale conflicten (19). Om preventie, diagnosestelling en aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen op een doeltreffende manier te laten verlopen, is het echter noodzakelijk dat artsen een adequate opleiding krijgen in het evalueren en begeleiden van deze problematiek. Artsen zullen meer geneigd zijn om een kind met overgewicht of obesitas als dusdanig te diagnosticeren wanneer er hulpmiddelen voorhanden zijn en ze zich meer zelfverzekerd voelen in het begeleiden van deze kinderen (20).

Resultaten

Wat is de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen van 3-12 jaar in het WGC?

Zowel in februari als in september werden er lijsten getrokken in WGC Kapellenberg en WGC Watersportbaan. Eerst werd een lijst getrokken van het totaal aantal kinderen van 3 tot en met 12 jaar. Nadien werd er opgezocht hoeveel kinderen gediagnosticeerd waren met obesitas (ICPC-code T82) en met overgewicht (ICPC-code T83). Vervolgens zijn er ook lijsten getrokken van het aantal kinderen waarbij respectievelijk het gewicht, de lengte en zowel lengte als gewicht in het dossier werd genoteerd.

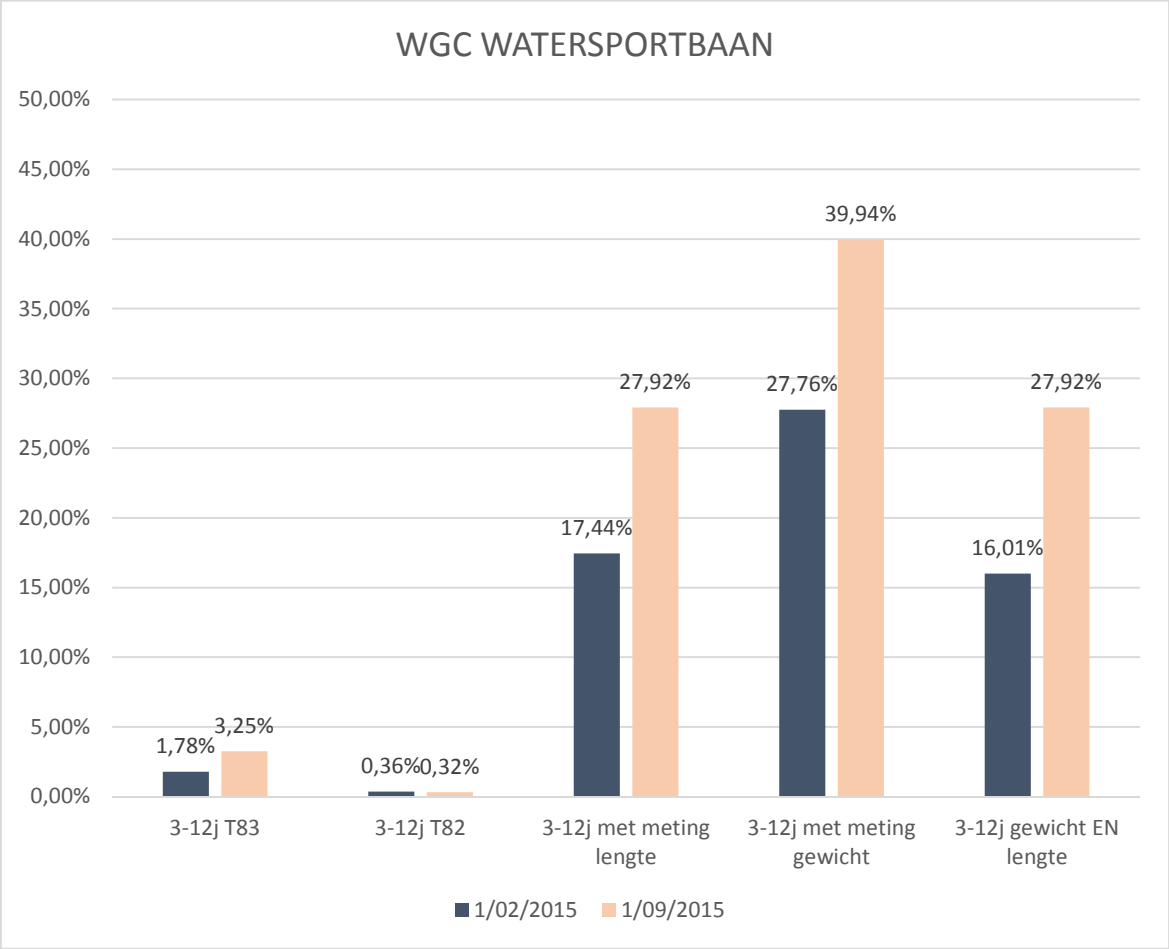
In WGC Kapellenberg waren er in februari 434 kinderen tussen 3-12 jaar en in september 483 kinderen tussen 3-12 jaar. Procentueel gezien was er zowel wat de diagnose overgewicht als obesitas betreft, een toename van respectievelijk 1,49% en 1,82%. In september werden lengtemetingen teruggevonden van 24.22% van de kinderen en gewichtsmetingen van 43.06% van de kinderen terwijl die in februari respectievelijk 17.74% en 35.48% bedroegen (figuur 8).



Figuur 8. Aantal kinderen tussen 3-12 jaar met overgewicht en obesitas en met meting lengte, gewicht en de combinatie lengte en gewicht uitgedrukt in percentages ten opzichte van het totaal aantal kinderen tussen 3-12 jaar in wijkgezondheidscentrum Kapellenberg in februari 2015 en september 2015.

In WGC Watersportbaan waren er in februari 281 kinderen tussen 3-12 jaar en in september 308 kinderen tussen 3-12 jaar. In februari waren er 5 kinderen met overgewicht ten opzichte van 10 in september. Zowel in februari als september was er slechts 1 kindje met de diagnose obesitas (figuur 9). Een belangrijke kanttekening hierbij is dat achteraf bemerkt werd dat de 5 kinderen die in februari de diagnose overgewicht kregen eigenlijk de diagnose obesitas hadden moeten krijgen. In realiteit waren er dus in februari 6 kinderen met obesitas, ofwel 2,14%, en geen kinderen met overgewicht en in september 6 kinderen met obesitas en 5 met overgewicht ofwel respectievelijk 1.95% en 1,62%.

In september werden lengtemetingen teruggevonden van 27.92% van de kinderen en gewichtsmetingen van 39.94% van de kinderen terwijl die in februari respectievelijk 17,44% en 27,76% bedroegen. Ondanks de duidelijke toename van het aantal metingen, betekent dit dat meer dan de helft van de kinderen nog nooit gewogen werd in de praktijk en dat bijna 75% van de kinderen nog nooit een lengtemeting kreeg (figuur 9). Gelijkaardige cijfers werden in WGC Kapellenberg gezien (figuur 8).

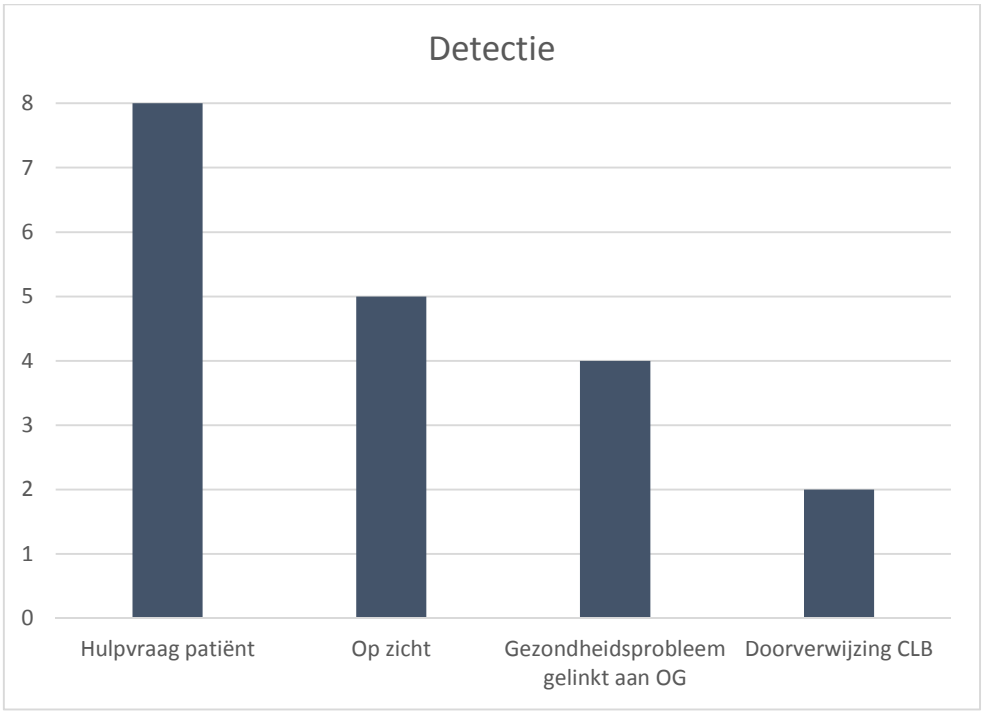


Figuur 9. Aantal kinderen tussen 3-12 jaar met overgewicht en obesitas en met meting lengte, gewicht en de combinatie lengte en gewicht uitgedrukt in percentages ten opzichte van het totaal aantal kinderen tussen 3-12 jaar in wijkgezondheidscentrum Watersportbaan in februari 2015 en september 2015.

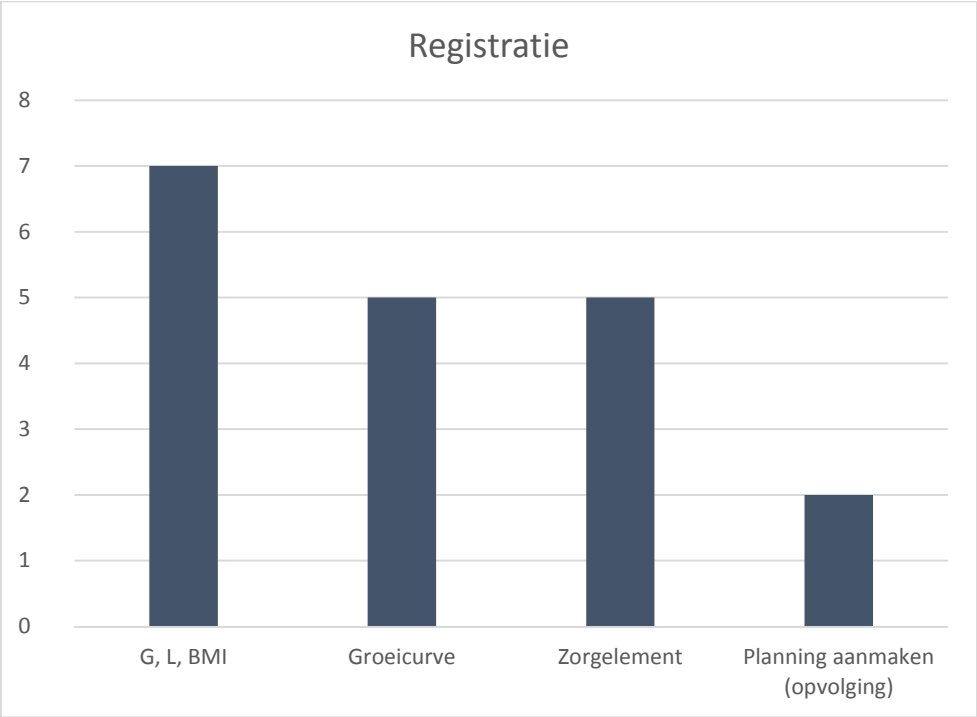
Kwalitatieve bevraging naar practice as usual en drempels

Voordat het protocol van start ging, werd bij de artsen in beide wijkgezondheidscentra een interview afgenomen. In totaal werden acht artsen bevraagd: vijf vrouwelijke artsen en drie mannelijke, met een leeftijd tussen 29 en 62 jaar en met een aantal jaren dienst schommelend tussen 4 en 36 jaar (inclusief jaren als huisarts in opleiding). Er werd getracht een beeld te krijgen van hun huidige aanpak van kinderen met overgewicht en obesitas en van de drempels die ze ervaren bij het aankaarten van het probleem.

Uit onderstaande diagram blijkt dat alle artsen het probleem detecteren wanneer de patiënt met het overgewicht als specifieke hulpvraag komt. De meeste artsen vermelden echter dat dit slechts zelden het geval is. Meer waarschijnlijk is het scenario dat de patiënt komt met een gezondheidsprobleem dat (onrechtstreeks) gelinkt is aan het overgewicht, bijvoorbeeld rugpijn. Aangezien er op dat moment een soort ingangspoort is om het probleem aan te kaarten, hebben de artsen het minder moeilijk om het overgewicht te bespreken. Vijf van de acht artsen stellen de diagnose gewoon op zicht, wat niet altijd tot een betrouwbare diagnose leidt (figuur 10). Bijna alle artsen gaan het probleem registreren door het meten en wegen van de kinderen en het berekenen van de BMI. Vijf van de acht artsen maken gebruik van een groeicurve en vijf artsen maken een zorgelement 'overgewicht' of 'obesitas' aan. Twee artsen maken een planning aan voor herevaluatie van het gewicht na enkele maanden (figuur 11). Hieruit blijkt dat detectie en registratie in beide wijkgezondheidscentra niet systematisch gebeurt.



Figuur 10. Bevraging naar detectie van overgewicht en obesitas bij acht artsen in WGC Kapellenberg en WGC Watersportbaan.



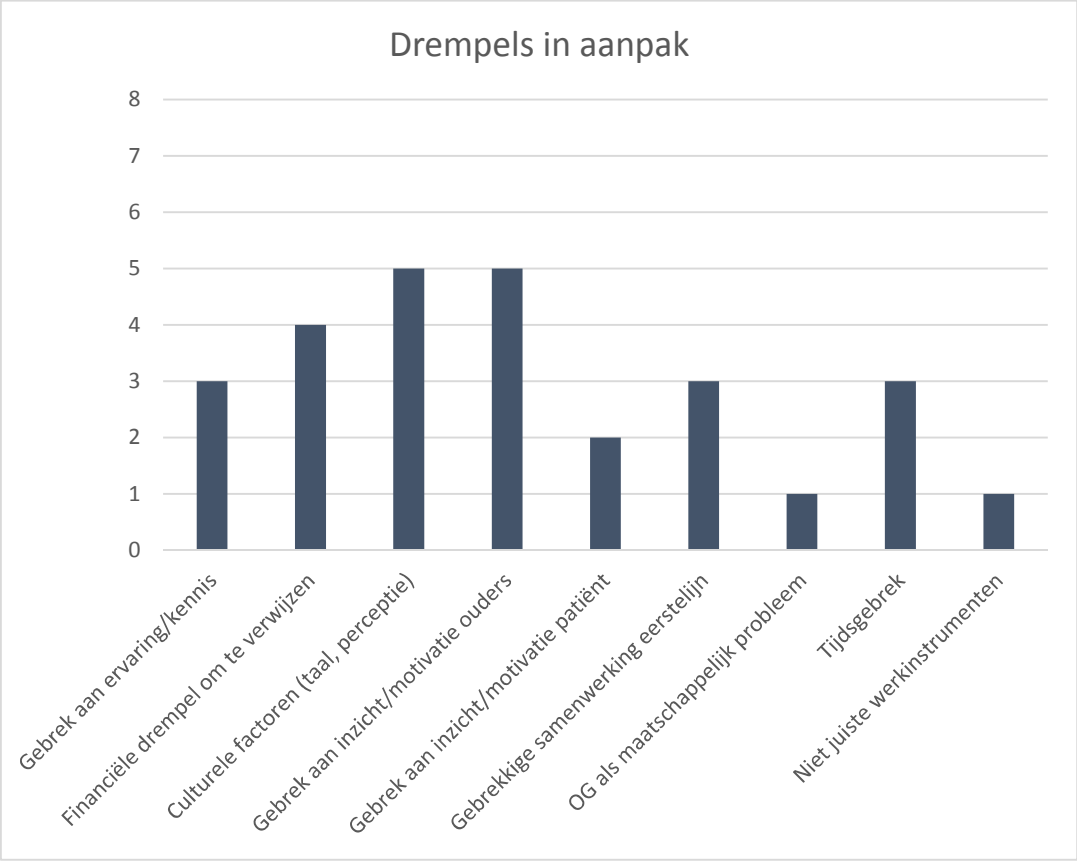
Figuur 11. Bevraging naar registratie van overgewicht en obesitas bij acht artsen in WGC Kapellenberg en WGC Watersportbaan.

Een drempel in de diagnostiek van overgewicht bij bijna alle artsen is tijdsgebrek. Patiënten komen meestal omwille van een ander probleem en artsen hebben bijgevolg vaak geen tijd meer om het overgewicht verder uit te werken. De patiënt motiveren om enkel hiervoor terug te komen, is niet vanzelfsprekend. Andere moeilijkheden voor de helft van de artsen zijn de gevoeligheid van het onderwerp, de moeilijke context doordat bijvoorbeeld de ouders ook moeten meewerken en het feit dat het gewoon vaak vergeten wordt om het overgewicht te diagnosticeren en te registreren onder andere doordat het niet systematisch gebeurt. In mindere mate kwamen ook nog aan bod het gebrek om met het medisch programma groeicurves te genereren, een beperkt ziekte-inzicht bij de patiënt, geen duidelijkheid over welk zorgelement te gebruiken en een gebrekkige samenwerking met het CLB.

Om deze drempels te verlagen werden verschillende mogelijkheden aangehaald zoals planningen aanmaken, betere samenwerking met het CLB, de mogelijkheid om groeicurves in het EMD (elektronisch medisch dossier) in te vullen, folders met basisinformatie in de wachtzaal en eventueel zelfs het aanmaken van een soort preventiemodule voor kinderen gelijkaardig aan het GMD +. De meeste artsen zijn bovendien van mening dat het een belangrijk maatschappelijk probleem is waarbij niet enkel de gezondheidszorg een tandje moet bijsteken maar dat er ook vanuit de overheid meer initiatieven moeten komen, zoals bijvoorbeeld meer campagnes op school.

De aanpak van overgewicht gebeurt momenteel door de meeste artsen voornamelijk in eigen beheer aan de hand van levensstijladviezen, tips, regelmatige opvolgconsulten, etc. Drie van de acht artsen maken hierbij gebruik van visueel materiaal zoals de voedingsdriehoek en twee artsen laten de patiënt een voedingsdagboek bijhouden. Drie artsen verwijzen soms door naar de diëtist en twee artsen naar een multidisciplinair obesitasprogramma. Andere verwijzingsmogelijkheden die nog aangehaald werden, waren de Opvoedingswinkel, een psycholoog en een verpleegkundige met kennis van de voedingsdriehoek voor basisadviezen.

Onderstaande figuur geeft de drempels weer die de artsen ervaren naar aanpak toe. De twee drempels die het meest naar voor kwamen, waren het gebrek aan inzicht en motivatie bij de ouders, hetgeen cruciaal is in de behandeling van het kind met overgewicht, alsook cultuurgebonden moeilijkheden bij personen van andere origine. De moeilijkheden bij deze laatste groep zijn niet enkel het taalprobleem maar ook een andere kijk op zwaarlijvigheid waarbij ouders bij hun kind niet snel overgewicht herkennen maar net eerder de bezorgdheid heerst dat het kind te mager zou zijn. Bovendien hebben ze andere voedingsgewoonten die moeilijker te vertalen zijn in een dieet zoals wij dat kennen. De financiële drempel om te verwijzen werd ook een aantal keer aangehaald. Patiënten geven vaak aan dat ze een diëtist te duur vinden en veel ouders vinden, naast de kostprijs, een multidisciplinair programma in het ziekenhuis vaak praktisch niet haalbaar gezien daar een intensieve begeleiding met meerdere opvolgconsulten gevraagd wordt. Verder gaven enkele artsen aan dat ze niet goed weten naar wie ze moeten doorverwijzen voor bijvoorbeeld gespecialiseerde psychotherapie of cultureel aangepast voedingsadvies (Figuur 12).



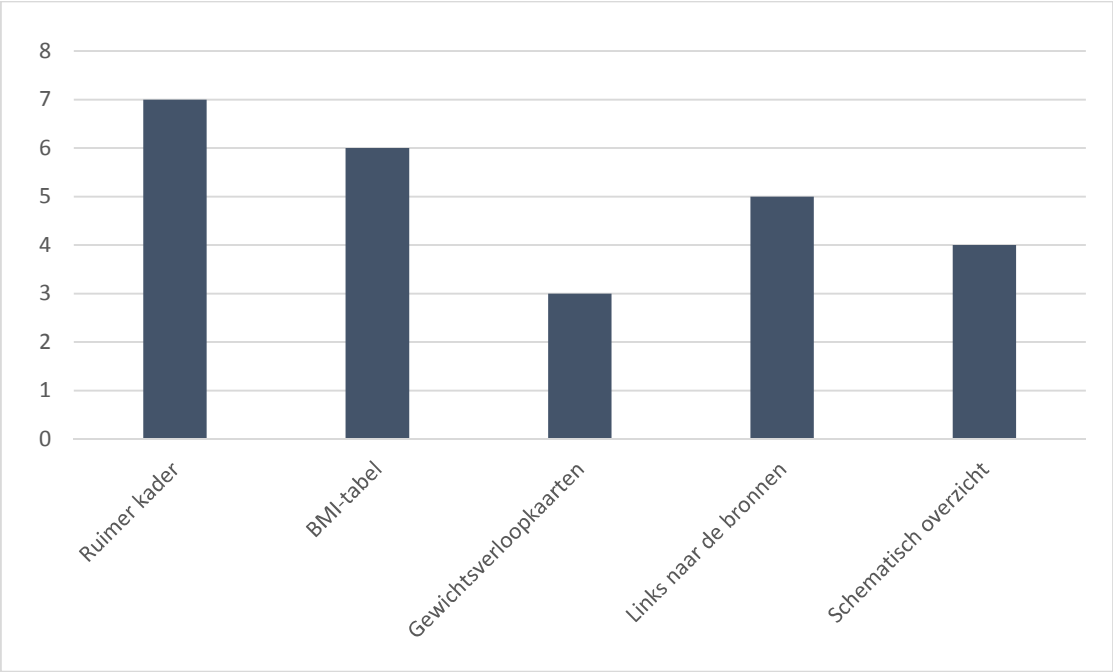
Figuur 12. Bevraging van drempels in aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen bij acht artsen in WGC Kapellenberg en WGC Watersportbaan.

Evaluatie van het protocol aan de hand van een kwalitatieve bevraging

In het tweede interview werd de bruikbaarheid van het protocol goed ingeschat. Zeven van de acht artsen gaven een score die meer dan vijf was op een schaal van één tot en met zeven. Een kanttekening hierbij is dat de meeste artsen voornamelijk het eerste deel van het protocol, voor het inschatten van het probleem en de diagnosestelling, handig vonden. Zes van de acht artsen maakten bijvoorbeeld regelmatig gebruik van de BMI-tabel. Het tweede deel van het protocol met de huiswerkopdrachten was moeilijker bruikbaar, onder andere wegens tijdsgebrek en omdat de patiënten geen vervolgafspraak maakten waardoor er geen verdere opvolging was. Huiswerkopdrachten werden ongeveer tien keer meegegeven maar zijn slechts tweemaal ingevuld teruggekomen.

Iedereen ziet als grootste voordeel van het bevragen van de bredere gezondheidssituatie van het kind, het ruimer bekijken van het probleem. De focus wordt zo immers verlegd van het gewicht naar de gehele context waarin het kind zich begeeft. Zes van de acht artsen heeft dit echter in de praktijk nooit kunnen toepassen, ondanks het theoretisch goede kader. Zeven van de acht artsen hebben door gebruik van het protocol vaker de diagnose overgewicht of obesitas gesteld. Hierbij halen ze wel aan dat dit gedeeltelijk te verklaren is door een toegenomen bewustmaking van de problematiek dankzij het invoeren van het protocol. Eén arts maakt hierbij de opmerking dat de grote valkuil zal zijn om deze alertheid te bewaken gezien die meestal verzwakt wanneer een protocol een tijdje lopende is.

Onderstaande figuur geeft weer wat er als helpend wordt ervaren aan het protocol. Vijf artsen vinden de links naar de bronnen handig om snel de juiste documenten terug te vinden. Ook de gewichtsverloopkaarten die ophangen in de consultatieruimten worden als nuttig ervaren aangezien ze soms de insteek vormen tot een gesprek rond overgewicht. Verder vormt het protocol voor de helft van de artsen een houvast doordat alles schematisch wordt weergegeven. De vragenlijsten en huiswerkopdrachten zorgen ervoor dat een duidelijker beeld wordt verkregen van de persoonlijke levenssfeer van het kind en het gezin zodat het ruimer kader kan gevisualiseerd worden (Figuur 13).



Figuur 13. Bevraging van acht artsen in WGC Kapellenberg en WGC Watersportbaan naar wat er als helpend wordt ervaren aan het protocol rond overgewicht en obesitas bij kinderen.

Er werd niet enkel gevraagd naar de voordelen van het protocol, maar eveneens naar de drempels en de moeilijkheden ervan. Taalbarrière bleek een belangrijke struikelblok bij de helft van de artsen, zeker gezien het grote aandeel anderstalige patiënten. Bovendien waren ze van mening dat er te weinig rekening werd gehouden met culturele factoren, waaronder, zoals net aangehaald, de taal maar ook het scholingsniveau van de ouders en het cultureel gebonden eetpatroon. Vijf van de acht artsen vonden het protocol te arbeids- en tijdsintensief. De vragenlijsten en huiswerkopdrachten zijn erg uitgebreid wat niet alleen een extra drempel vormt voor de arts, maar naar de mening van deze, ook voor de patiënt. Ook vonden drie artsen de basisanamnese en de huiswerkopdrachten te moeilijk of te abstract voor jonge kinderen. Iedereen vermeldde als belangrijke drempel het gegeven dat er heel wat factoren 'goed' of 'aanwezig' moeten zijn om tot het tweede deel van het protocol te komen, zoals bijvoorbeeld motivatie.

Discussie

Het opzet van deze ManaMa was een antwoord formuleren op volgende onderzoeksvragen:

- Wat is de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen van 3-12 jaar?
- Welke drempels ervaren huisartsen bij de diagnostiek van overgewicht bij kinderen?
- Geeft implementatie van een protocol rond overgewicht bij kinderen een verbeterde diagnostiek?

In de literatuurstudie en het resultatengedeelte werden de eerste twee onderzoeksvragen reeds beantwoord. In de discussie zal ik deze resultaten toetsen aan de gevonden literatuurgegevens, een antwoord formuleren op de laatste onderzoeksvraag en de bedenkingen rond het protocol verder bespreken.

Als we de prevalentiecijfers van WGC Kapellenberg en WGC Watersportbaan vergelijken met de cijfers teruggevonden in de literatuur, zien we een opmerkelijk lager aantal kinderen met overgewicht en obesitas in beide wijkgezondheidscentra. In 2013 kampten in België gemiddeld 20% van de kinderen met overgewicht en 7% met obesitas ten opzichte van 5.18% en 1.95% met overgewicht en 2.28% en 1.62% met obesitas in respectievelijk WGC Kapellenberg en WGC Watersportbaan in september 2015 (12). We weten nochtans dat het aantal kinderen met overgewicht en obesitas toeneemt. Hieruit kunnen we afleiden dat de prevalentiecijfers teruggevonden in de wijkgezondheidscentra vermoedelijk niet de realiteit weergeven en het probleem dus ondergediagnosticeerd wordt.

Wat betreft drempels die de artsen in het wijkgezondheidscentrum ervaren bij de diagnostiek van overgewicht, komen deze overeen met de drempels beschreven in de literatuur. Zaken die frequent werden aangehaald waren tijdsgebrek, gebrek aan omkadering, gebrek aan inzicht zowel bij ouders als kind, moeizame doorverwijzing naar diëtist/multidisciplinair team omwille van financiële redenen, etc. Ook het gebrek aan professionele training in de aanpak van dit probleem kwam naar voor waardoor artsen zich onzeker voelen en dus minder geneigd gaan zijn het probleem aan te kaarten. Door een betere omkadering en door een meer uitvoerig verwijsnet te voorzien voor de huisartsen, kan deze drempel reeds gedeeltelijk weggewerkt worden (16-20). In de literatuur wordt weinig teruggevonden rond cultuurgebonden moeilijkheden als drempel bij artsen. De culturele verschillen ten aanzien van voeding en opvoeding bij allochtone ouders worden echter wel gedocumenteerd, hetgeen de hogere prevalentie van overgewicht en obesitas bij hun kinderen mede kan verklaren. Het spreekt dan ook voor zich dat dergelijke doelgroep een andere aanpak vergt, wat niet altijd even eenvoudig is (21, 22).

Het is moeilijk te objectiveren of het protocol daadwerkelijk voor een verbeterde diagnostiek heeft gezorgd. We zien een toename van het aantal kinderen tussen drie en twaalf jaar met de diagnose overgewicht of obesitas, respectievelijk ICPC-code T83 en T82, maar er was ook een toename van het totaal aantal ingeschreven kinderen in beide wijkgezondheidscentra. Uit interviews met de artsen blijkt dat ze een protocol een nuttig instrument vinden en dat er zeker vraag is naar een uitgewerkt stappenplan om meer houvast te hebben in de begeleiding van kinderen met overgewicht. Het protocol, gebaseerd op de richtlijn van vzw Eetexpert.be en Domus Medica, is echter nog voor verbetering vatbaar.

In het tweede interview werd naar deze verbeterpunten gepolst door na te vragen wat er zou moeten gewijzigd worden om het protocol beter bruikbaar te maken. Hier kwam de suggestie naar voor om het protocol te integreren in het elektronisch medisch dossier (EMD). Op de website van vzw Eetexpert.be bestaat reeds een online tool voor de aanpak van overgewicht bij volwassenen. Uitbreiding van deze tool naar de aanpak van overgewicht bij kinderen en implementatie in het medische programma zou de meest efficiënte oplossing zijn. Elke stap 'extra' om het stappenplan te openen, vormt immers een bijkomende drempel. Hoe minder je de documenten op andere plaatsen moet zoeken, hoe vaker je ze gaat gebruiken. Bovendien zou het medisch dossier ook kunnen bijdragen aan de alertheid rond het probleem, bijvoorbeeld aan de hand van planningen of herinneringen om o.a. alle kinderen jaarlijks te meten en te wegen.

Een andere bemerking was dat het protocol met de vele vragenlijsten en huiswerkopdrachten erg uitgebreid is, waardoor het een drempel vormt om ermee aan de slag te gaan. Er is vraag naar een meer beknopte/eenvoudigere versie van het protocol. Bovendien waren verschillende artsen van mening dat de meeste vragenlijsten en huiswerkopdrachten te moeilijk zijn voor een groot deel van de patiëntenpopulatie. Niet enkel omwille van het taalprobleem maar ook doordat de vragenlijsten eigenlijk pas goed bruikbaar zijn vanaf een leeftijd van 10-12 jaar. Zeker het inschatten van gevoelens werd als zeer moeilijk ervaren. Dit gaat uiteraard beter via een rechtstreeks gesprek, wat dan weer meer tijds- en arbeidsintensief is. Een mogelijkheid zou bijvoorbeeld kunnen zijn om de huiswerkopdrachten meer visueel te maken. Eén van de artsen haalde aan dat het nuttig kan zijn om hierrond eens samen te zitten met een kinderpsycholoog of het CLB.

Een bijkomend probleem is de taalbarrière welke in het resultatengedeelte reeds meermaals werd vernoemd. Het stappenplan schiet hier duidelijk tekort terwijl we net vaststellen dat er een toenemend aantal kinderen van allochtone afkomst kampt met overgewicht en obesitas. Een aangepast versie voor anderstalige patiënten is nodig. Vertalingen van de huiswerkopdrachten in huidig formaat vormen echter geen oplossing voor het probleem aangezien de antwoorden dan opnieuw naar het Nederlands moeten vertaald worden, wat zowel wat betreft tijdsmanagement als organisatorisch gezien (de beschikbaarheid van een tolk), moeilijk haalbaar is in de huisartspraktijk. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om te werken met gesloten vragen en vooropgestelde antwoorden. Hiervan kunnen dan wel vertalingen gemaakt worden en op deze manier kan de arts ze nadien interpreteren zonder tussenkomst van een tolk. Tevens werkt het drempelverlagend voor ouders en kinderen wanneer ze geen open vragen moeten invullen. Nog moeilijkheden bij allochtone patiënten zijn de andere voedingsgewoonten en de cultureel bepaalde verschillende denkwijzen wat betreft voeding en overgewicht. In het kader hiervan zou het nuttig zijn om samen te zitten met een intercultureel bemiddelaar om te bekijken hoe we deze problematiek best aankaarten bij de patiënten. Ook wat betreft doorverwijzing naar een diëtist is het belangrijk dit in acht te nemen, aangezien niet iedere diëtist weet hoe rekening te houden met de cultuurgebonden eetgewoonten van patiënten.

Andere punten waar het stappenplan van vzw Eetexpert.be - en dus ook het protocol- geen rekening houdt met een multiculturele populatie, zijn de BMI-tabel en de groeicurven. De BMI-tabel opgenomen in het draaiboek van vzw Eetexpert.be is uitsluitend bruikbaar voor de evaluatie van kinderen met tenminste één ouder van Vlaamse herkomst. Bovendien moet de andere ouder afkomstig zijn uit één van volgende landen: België, Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk, Engeland, Denemarken, Ierland, Noorwegen, Zweden of Oostenrijk (5, 6). Op heel wat kinderen in een huidige huisartsensetting (en zeker in een wijkgezondheidscentrum) is deze tabel dus niet toepasbaar. Hetzelfde geldt voor de groeicurven opgenomen in het draaiboek.

Een probleem dat frequent werd aangehaald, was de geringe samenwerking tussen enerzijds de verschillende disciplines in de eerste lijn en anderzijds de eerste lijn en de multidisciplinaire teams in het ziekenhuis. De verklaring hiervoor ligt deels in een gebrekkige communicatie tussen de betrokken diensten en anderzijds in het feit dat patiënten vaak afhaken wanneer de hulpverlening betalend is. Overgewicht bij kinderen vraagt een multidisciplinaire aanpak en zolang hier niet meer toegang toe is, blijft het als huisarts moeilijk om het probleem aan te pakken en om gemotiveerd te blijven. Niet enkel de samenwerking met diëtisten, kinesisten, psychologen en pediaters kan beter maar eveneens met het CLB, waar alle schoolgaande kinderen een aantal keer verplicht op medisch onderzoek moeten. In het kader van deze ManaMa werd contact opgenomen met het CLB Gent. Ook zij ervaren de gebrekkige samenwerking als een probleem en staan open voor een nauwere communicatie. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om alle kinderen te laten screenen in het CLB met een systematische doorverwijzing naar de huisarts bij problemen. Echter, hier blijft het probleem zich opdringen dat de huisarts een betere omkadering nodig heeft om met deze complexe problematiek aan de slag te kunnen.

Er is dus zeker nood aan het beter in kaart brengen van de verschillende disciplines met elk hun expertise zodat verwijzen en samenwerken gemakkelijker kan verlopen. Door deze samenwerking te verbeteren, kunnen we ervoor zorgen dat patiënten correct verwezen worden zodat kinderen met 'eenvoudig' overgewicht in de eerste lijn kunnen opgevolgd worden en patiënten met een meer complexe vorm van overgewicht, zoals een onderliggende depressie of een eetstoornis, in de tweede lijn behandeld worden. Dit zal niet alleen de wachttijden ten goede komen maar drukt ook de kostprijs, zowel voor de patiënt als voor de maatschappij.

In 1968 hebben Wilson en Jungner tien criteria opgesteld om te beoordelen of screening zinvol is. Een screeningsprogramma dat aan deze criteria voldoet, is de moeite waard. Als we de tien stellingen voor verantwoorde screening van Wilson en Jungner overlopen met betrekking tot overgewicht bij kinderen, komen we tot de conclusie dat niet voldaan wordt aan al de criteria (Tabel 3) (23). Om te beginnen voldoet het meten van de BMI als maat voor overgewicht bij kinderen dewelke in aanmerking komen voor levensstijl interventies niet aan al de criteria voor verantwoorde screening. De BMI houdt immers geen rekening met de individuele verschillen in lichaamsbouw of vetverdeling. Hoewel we weten dat een hoog BMI bij kinderen schadelijke effecten kan hebben, is het onduidelijk te definiëren welke kinderen met een toegenomen BMI het grootste risico hebben op lange termijn complicaties, zoals bijvoorbeeld diabetes mellitus type II. Het vijfde criterium, namelijk het bestaan van een betrouwbare opsporingsmethode, komt dus in het gedrang. Ook aan het tweede en derde criterium worden niet voldaan, namelijk het bestaan van een algemeen aanvaarde behandelingsmethode en de beschikbaarheid van voldoende voorzieningen voor diagnose en behandeling. De huidige behandelingsmogelijkheden in de eerste lijn blijken weinig effectief te zijn en kosten bovendien veel geld (23-25).

Hoewel de toenemende prevalentie van obesitas voornamelijk te verklaren valt door veranderde omgevingsfactoren, zoals meer toegankelijkheid tot calorierijke voeding en minder energieverbruik, zou er toch ook een belangrijke genetische component zijn. Zo zouden kinderen met obesitas (en hun ouders) het moeilijker hebben met het nastreven van een gezond dieet en het beoefenen van voldoende lichamelijke activiteit. Door in te grijpen op omgevingsfactoren kan er bepaald voorspelbaar gedrag bij personen met een genetische predispositie mogelijks voorkomen worden. Daarom is het belangrijker om de obesogene omgeving aan te pakken en interventies op populatieniveau te organiseren in plaats van te screenen naar individuele kinderen met overgewicht en interventies enkel hierop toe te spitsen (23, 25).

Criterion	Satisfied
1. The condition sought should be an important health problem.	Yes
2. There should be an accepted treatment for patients with recognized disease.	No
3. Facilities for diagnosis and treatment should be available.	No
4. There should be a recognizable latent or early symptomatic stage.	Yes
5. There should be a suitable test or examination.	Uncertain
6. The test should be acceptable to the population.	Uncertain
7. The natural history of the condition, including development from latent to declared disease, should be adequately understood.	Yes
8. There should be an agreed policy on whom to treat as patients.	Yes
9. The cost of case-finding (including diagnosis and treatment of patients diagnosed) should be economically balanced in relation to possible expenditure on medical care as a whole.	No
10. Case-finding should be a continuing process and not a 'once and for all' project.	Yes

Tabel 3. Criteria van Wilson en Jungner voor verantwoorde screening. Wat betreft screening naar overgewicht en obesitas bij kinderen wordt niet voldaan aan al de criteria (23).

Hierbij rijst dan de vraag of het nuttig is om te screenen naar overgewicht en obesitas bij kinderen. Screening zou zinvol zijn indien er aan het systematisch opsporen van overgewicht en obesitas een aanpak gekoppeld is die de gevolgen van het overgewicht kan vermijden. Aangezien momenteel niet kan voorspeld worden welke kinderen later complicaties zullen ondervinden van hun overgewicht en wat de beste aanpak is van kinderen met overgewicht, blijft het nut van screening weinig onderbouwd. Idealiter zou screening personen met het hoogste risico op complicaties en/of met de grootste kans op spontane verbetering wanneer ze volwassen worden, moeten detecteren en dit met een minimaal aantal vals positieven (25).

Algemeen besluit (incl. toekomstperspectief)

Obesitas is wereldwijd een snel toenemend gezondheidsprobleem dat een enorme kost met zich meebrengt. Vooral bij kinderen en adolescenten is deze trend alarmerend en de hoge prevalentie draagt bij tot de obesitasepidemie bij volwassenen. Een multidisciplinaire samenwerking die continuïteit in zorg waarborgt, is noodzakelijk. De huisarts kan hierin een belangrijke schakel vormen. Heel wat huisartsen voelen zich echter momenteel onvoldoende voorbereid en omkaderd om het probleem aan te pakken. De samenwerking tussen de verschillende partners in de eerste en tweede lijn verloopt nog niet optimaal. Er is nood aan het in kaart brengen van de betrokken disciplines en aan een betere communicatie tussen de verschillende hulpverleners.

Om het protocol dat in deze ManaMa werd beoordeeld beter bruikbaar te maken in de praktijk, dient het nog verder aangepast te worden. Een meer beknopte versie, integratie van het protocol in het EMD en een versie toepasbaar op een multiculturele populatie waren enkele voorstellen die meermaals werden aangehaald. Bovendien zou het een meerwaarde vormen indien de EOSS-p hierin verwerkt kan worden. Vzw Eetexpert.be is echter momenteel bezig met het integreren van deze stadiëring in het draaiboek. De EOSS-p zou immers kunnen gebruikt worden als hulpmiddel voor de huisartsen om aan risicotaxatie te doen. Op deze manier wordt een inschatting gemaakt welke kinderen in de eerste, tweede of derde lijn dienen behandeld te worden zodat optimaal gebruik wordt gemaakt van de bestaande mogelijkheden.

Gezien de grootte van het probleem is het belangrijk dat de verschillende hulpverleners hun kennis en expertise gaan bundelen. Ingrijpen op deze epidemie zal inspanningen vragen van zowel de kinderen zelf, als van de ouders en andere gezinsleden, scholen, de regering, de voedingsindustrie en gezondheidsmedewerkers.

Bronnen

1. Nishtar S, Gluckman P, Armstrong T. Ending childhood obesity: a time for action. Lancet (London, England). 2016;387(10021):825-7.

2. Niesten L, Bruwier G. Obesitas bij kinderen. Domus Medica, 2007.

3. Desaive C, Dereppe H, Gies I, Belgian Association for the Study of O. Consensus BASO 2010: een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas: Leuven : Belgian Association for the Study of Obesity; 2010.

4. World Obesity Federation. Available from: http://www.worldobesity.org/.

5. Eetexpert.be. Zorg voor kinderen met eet- en gewichtsproblemen: Draaiboek voor huisartsen Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2008. Available from: vzw Eetexpert.be.

6. Roelants M, Hauspie R. Vlaamse groeicurven: Laboratorium voor Antropogenetica, Vrije Universiteit Brussel en Dienst Jeugdgezondheidszorg Katholieke Universiteit Leuven.; 2004 [updated 4 Jul 2006]. Available from: http://www.vub.ac.be/groeicurven.

7. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity. 2004;5 Suppl 1:4-104.

8. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet (London, England). 2014;384(9945):766-81.

9. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ (Clinical research ed). 2000;320(7244):1240-3.

10. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatric obesity. 2012;7(4):284-94.

11. Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity. 2003;4(4):195-200.

12. Volksgezondheid WI. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2013.aspx.

13. Belanger K. The Importance of Risk Stratification and Cardiorespiratory Fitness in Pediatric Obesity. Ottawa, Ontario, Canada: University of Ottawa; 2014.

14. Hadjiyannakis S, Buchholz A, Chaoine JP, Hamilton J, Jetha MM, Birken C, et al. The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P): A Proposed Clinical Staging System for Pediatric Obesity. Canadian Journal of Diabetes.37:S240.

15. Chelvakumar G, Levin L, Polfuss M, Hovis S, Donohoue P, Kotowski A. Perception and documentation of weight management practices in pediatric primary care. WMJ. 2014;113(4):149-53; quiz 54.

16. He M, Piche L, Clarson CL, Callaghan C, Harris SB. Childhood overweight and obesity management: A national perspective of primary health care providers' views, practices, perceived barriers and needs. Paediatr Child Health. 2010;15(7):419-26.

17. Saxena S, Laverty AA. Confronting child obesity in primary care. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2014;64(618):10-1.

18. Spivack JG, Swietlik M, Alessandrini E, Faith MS. Primary care providers' knowledge, practices, and perceived barriers to the treatment and prevention of childhood obesity. Obesity (Silver Spring). 2010;18(7):1341-7.

19. Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, et al. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. Pediatrics. 2002;110(1 Pt 2):210-4.

20. Vine M, Hargreaves MB, Briefel RR, Orfield C. Expanding the role of primary care in the prevention and treatment of childhood obesity: a review of clinic- and community-based recommendations and interventions. J Obes. 2013;2013:172035.

21. Caprio S, Daniels SR, Drewnowski A, Kaufman FR, Palinkas LA, Rosenbloom AL, et al. Influence of race, ethnicity, and culture on childhood obesity: implications for prevention and treatment: a consensus statement of Shaping America's Health and the Obesity Society. Diabetes Care. 2008;31(11):2211-21.

22. Kessler CJ, van den Hoven MA. EEN SCHEPJE ER BOVENOP… REDELIJKE CULTURELE VERSCHILLEN IN HET GEVAL VAN OBESITAS BIJ JONGE KINDEREN?

23. Geoghegan R, Kelly C, Finucane FM. Should we screen for childhood obesity? Clin Obes. 2015;5(3):99-102.

24. Elliman DA, Dezateux C, Bedford HE. Newborn and childhood screening programmes: criteria, evidence, and current policy. Arch Dis Child. 2002;87(1):6-9.

25. Oberklaid F WM, Harris C, Hesketh K, Wright M. Child health screening and surveillance: A critical review of the evidence. Australia: National Health and Medical Research Council, 2002.

Bijlagen

Bijlage 1: Gunstig advies Ethisch Comité

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Overgewicht bij kinderen: implementatie en evaluatie van een protocol in twee Gentse wijkgezondheidscentra." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Overgewicht bij kinderen: implementatie en evaluatie van een protocol in twee Gentse wijkgezondheidscentra." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol

KU LEUVEN

Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

mp04707	Overgewicht bij kinderen: implementatie en evaluatie van een protocol in twee Gentse wijkgezondheidscentra.

❍ GOEDGEKEURD - ❍ AFGEKEURD

Student(en):
Shari Vandenbosch
Promotor:
Paul De Cort (Paul.DeCort@med.kuleuven.be - u0004414 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
multicentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

De huisarts wordt steeds meer geconfronteerd met overgewicht en obesitas bij kinderen. In de praktijk wordt echter opgemerkt dat deze risicofactor nauwelijks wordt geregistreerd. Hierbij stelden we ons dan de vraag wat de oorzaak hiervoor kan zijn en hoe de registratie op een efficiëntere manier kan georganiseerd worden.

Vraagstelling:

Wat zijn de drempels die huisartsen ervaren in het registreren van overgewicht bij kinderen (3-12jaar)? Wat is de practice as usual? Geeft de implementatie van een protocol/consultatiemodel over overgewicht bij kinderen een verbetering van de diagnostiek?Veldonderzoek: Hoe implementeer ik een nieuw ontworpen protocol in WGC Kapellenberg?

Methodologie:

Via een kwalitatieve bevraging van de artsen in WGC Kapellenberg en WGC Watersportbaan wordt getracht een duidelijker beeld te krijgen van de drempels die de artsen ervaren bij de detectie en aanpak van overgewicht bij kinderen. Vervolgens zal gedurende 6 maanden een nieuw ontworpen protocol, opgesteld aan de hand van de bestaande richtlijnen, in WGC Kapellenberg en WGC Watersportbaan geïmplementeerd worden. Nadien wordt er beoordeeld of er daadwerkelijk een betere registratie heeft plaatsgevonden en of dit werkinstrument voor de artsen nuttig was. Dit gebeurt opnieuw aan de hand van een kwalitatieve bevraging. Het klinische luik zal bestaan uit het zelf uitproberen van dit protocol bij een aantal patiënten met overgewicht om nadien persoonlijke ervaringen met dit werkinstrument te beschrijven.

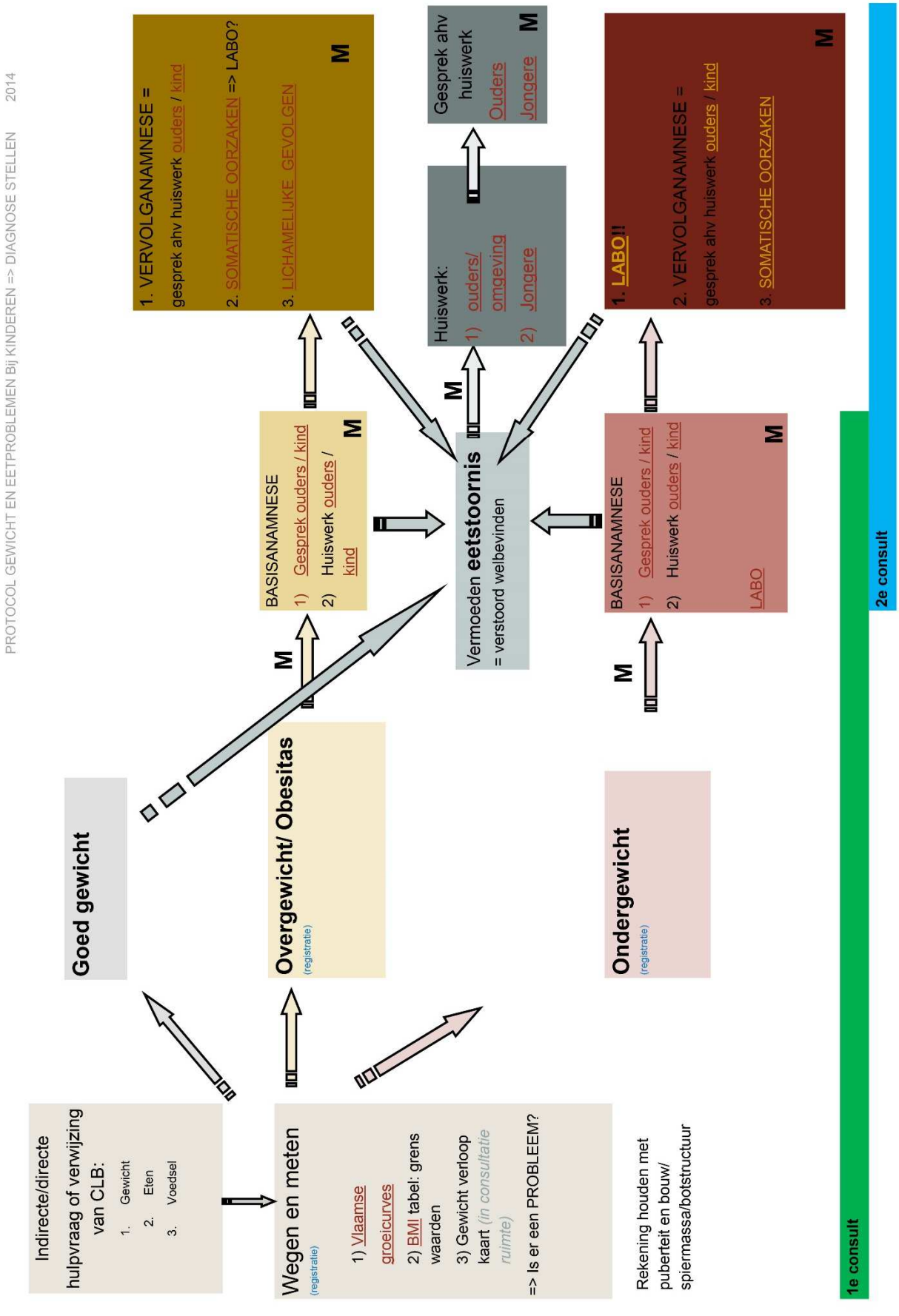
Referenties:

www.eetexpert.be

www.domusmedica.be

BASO(Belgian Association for the Study of obesity) richtlijnen

Bijlage 3: Praktijkprotocol



Bijlage 4: Interviews

Eerste interview artsen (vóór start protocol)

1. Hoe detecteer jij momenteel overgewicht bij kinderen in de praktijk?
2. Wat zijn voor jou drempels bij het detecteren en registreren van overgewicht bij kinderen?
3. Wat zou er moeten veranderen om die drempels te verlagen?
4. Hoe pak jij momenteel overgewicht bij kinderen aan?
5. Wat zijn voor jou drempels in de aanpak van overgewicht bij kinderen?
6. Hoe sta je tegenover het invoeren van een protocol rond overgewicht bij kinderen in de praktijk?

Tweede interview artsen (ter evaluatie van het protocol)

1. Hoe vaak heb je het protocol voor inschatten van ernst overgewicht bij kinderen/jongeren gebruikt?
2. Hoe bruikbaar vond je het protocol bij het verkennen van overgewicht bij kinderen/jongeren ?
   1---2---3---4---5---6---7
3. Welke voordelen heeft het gesystematiseerd bevragen van de bredere gezondheidssituatie?
4. Heb je door gebruik van het protocol vaker de diagnose overgewicht/obesitas gesteld dan zonder protocol ?
5. Ben je door gebruik van het protocol soms tot een andere diagnose gekomen (bvb. Op het eerste zicht geen overgewicht maar volgens de BMI curves wel)? Zo ja, schat eens hoe vaak?
6. Wat ervaar je als helpend aan het protocol?
7. Wat zijn drempels/moeilijkheden in het gebruik van het protocol?
8. Wat zou er gewijzigd/toegevoegd moeten worden om het protocol meer bruikbaar te maken?
9. Andere opmerkingen/suggesties wat betreft het protocol?

Bijlage 5: Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-p)

Dit is een vertaling van de Canadese EOSS-P. De referentiewaarden kunnen verschillen in een Belgische/Europese context.

Stadium 0 – Geen obesitasgerelateerde risicofactoren

- Metabool: geen metabole of biochemische onregelmatigheden
- Mechanisch: geen functionele beperkingen
- Mentaal: geen (symptomen van) psychopathologie
- Gezin: geen problemen in de ouderlijke, gezins- of sociale omgeving

Stadium 1 – Aanwezigheid van subklinische obesitasgerelateerde risicofactoren

- Metabool
  - o Acanthosis nigricans (verkleurde, verdikte huid)
  - o Pre-hypertensie: systolische of diastolische bloeddruk percentiel 90-p95
  - o Nuchtere glycemie: 5.6 –6.9 mmol/l
  - o Orale glucosetolerantietest (OGTT, 2u): 7.8-11.0 mmol/l
  - o LDL-cholesterol of niet-HDL-cholesterol: 4.2-4.8 mmol/l
  - o HDL-cholesterol: 0.8 –1.03 mmol/l
  - o Triglyceriden: 1.7-3.5 mmol/l
  - o ALT (Alanine Transaminase): 1,5 –2x normaal

- Mechanisch
  - o Milde obstructieve slaapapneu die geen BiPAP (Bi-level Positive Airway Pressure) of CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) vereist
  - o Milde musculoskeletale pijn die niet interfereert met dagdagelijkse activiteiten of bezigheden
  - o Dyspneu bij fysieke inspanning die niet interfereert met het dagdagelijkse leven

- Mentaal
  - o ADHD en/of leerstoornis
  - o Milde depressieve stemming of angst die niet interfereert met het functioneren
  - o Milde preoccupatie/bezorgdheid rond het lichaamsbeeld
  - o Occasioneel emotioneel eten/eetbuien
  - o Occasioneel pesten/gepest worden, thuis of op school
  - o Milde vermindering in levenskwaliteit
  - o Beperkte ontwikkelingsvertraging

- Gezin
  - o Er bestaan kleine problemen in de relatie tussen het kind/de jongere en één of meerdere gezinsleden
  - o De zorgfiguur is op de hoogte van de noden en sterktes van het kind, maar kan baat hebben bij bijkomende informatie en opvoedingsondersteuning
  - o De zorgfiguur ondervindt kleine problemen in het organiseren van het huishouden in functie van de noden van het kind
  - o De zorgfiguur is herstellende van een medische/fysieke aandoening, mentale gezondheidsproblematiek, en/of verslavingsproblematiek

Stadium 2 – Aanwezigheid van obesitasgereleteerde chronische aandoeningen en verwante gezondheidsproblemen

- Metabool
  - o Diabetes type 2 zonder diabetesgerelateerde complicaties
  - o Hypertensie: Systolische of diastolische bloeddruk > p95

o HDL-cholesterol < 0.8 mmol/l
o LDL-cholesterol en/of niet-HDL-cholesterol > 4.9 mmol/l
o Triglyceriden > 3.5 mmol/l
o ALT: 2 tot 3x de normale waarde en/of ultrasone aanwijzingen van ernstige vette infiltratie in de lever
o Polycysteus-ovariumsyndroom

- Mechanisch
  o Obstructieve slaapapneu die BiPAP (Bi-level Positive Airway Pressure) of CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) vereist
  o Gastro-oesofagale refluxziekte
  o Musculoskeletale pijn/complicaties die de bewegingsactiviteit beperken
  o Matige beperkingen in dagdagelijkse activiteiten

- Mentaal
  o Spijbelen
  o Majeure depressie of angststoornis
  o Frequente eetbuien
  o Ernstige pesterijen thuis/op school
  o Ernstige verstoringen in het lichaamsbeeld
  o Matige ontwikkelingsachterstand
  o Matige vermindering van levenskwaliteit

- Gezin
  o Het kind/de jongere heeft matige problemen met de ouders of zorgfiguren, broers/zussen, en/of andere gezinsleden, frequent ruziemaken, moeilijkheden om positieve relaties te behouden
  o Duidelijke nood aan informatie rond opvoedingsstrategieën, het huidige gebrek aan informatie interfereert met adequaat ouderschap
  o De zorgfiguur ondervindt matige problemen in het organiseren van het huishouden in functie van de noden van het kind
  o De zorgfiguur heeft medische/fysieke problemen die interfereren met de opvoeding
  o De zorgfiguur heeft mentale gezondheidsproblemen, gebruikt middelen, of heeft ontwikkelingsproblemen die interfereren met de opvoeding

Stadium 3: Aanwezigheid van permanente uitgesproken chronische aandoeningen en verwante gezondheidsproblemen

- Metabool
  o Focale Segmentale Glomerulosclerose (een oorzaak van nefrotisch syndroom bij kinderen en adolescenten)
  o Diabetes type 2 met diabetesgerelateerde complicaties of HgA1C =8
  o Cardiomegalie
  o Leverenzymen > 3x de normale grenswaarden en/of leverdysfunctie
  o Galblaasaandoeningen of galstenen
  o Hypertensie met medicamenteuze behandeling
  o Te hoge cholesterol met medicamenteuze behandeling
  o Gout (terugkerende aanvallen van arthritis)

- Mechanisch
  o Obstructieve slaapapneu die BiPAP of CPAP en supplementaire zuurstof vereist gedurende de nacht
  o Pulmonaire hypertensie
  o Kortademigheid bij slapen of zitten
  o Perifere oedemen
  o Ziekte van Blount (buiging van het scheenbeen)
  o Slipped Capital Femoral Epiphysis (heupstoornis)
  o Osteoartritis (degeneratieve artritis)

o Incontinentie
o Encopresis

- Mentaal
  o Onbehandelbare psychopathologie
  o Schoolweigering/absenteïsme
  o Dagelijkse eetbuien
  o Zelf- of lichaamsverachting
  o Ernstige ontwikkelingsachterstand
  o Ernstige vermindering van levenskwaliteit

- Gezin
  o Het kind heeft ernstige problemen met de ouders of zorgfiguren, broers/zussen of andere gezinsleden. Kan constante ruzies inhouden, geweld tussen gezinsleden.
  o De zorgfiguur is niet in staat het kind te begrenzen en te monitoren
  o De zorgfiguur is niet in staat het huishouden te organiseren in functie van de noden van het kind/de jongere
  o Het gezin was recent dakloos
  o De zorgfiguur heeft mentale gezondheidsproblemen, gebruikt middelen, of heeft ontwikkelingsproblemen die de opvoeding onmogelijk maken
  o Gevaarlijke thuisomgeving

Bron: *Eetexpert vzw*