

ZORG VOOR KINDEREN MET EET- EN  
GEWICHTSPROBLEMEN

**Draaiboek voor HUISARTSEN**



Oktober 2008

Sinds de ontwikkeling van dit draaiboek in 2008, werd een beperkte update uitgevoerd, bv. rond kenmerken van eet- en gewichtsproblemen. Een uitgebreide update met inhoudelijke revisie en afstemming op nieuwe materialen is voorzien in 2022.

# ZORG VOOR KINDEREN MET EET- EN GEWICHTSPROBLEMEN

## Vroegdetectie en begeleiding in de HUISARTSPRAKTIJK

Redactie: Dr. Diane Abel (Domus Medica), Prof. Walter Vandereycken (KULeuven), Lic. An Vandeputte (Eetexpert.be vzw)

Projectcoördinator & contactpersoon: Lic. An Vandeputte

Wetenschappelijke leiding: Prof. W. Vandereycken (KUL) & Prof. C. Braet (UGent)

Met steun van de Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn



BERGESTRAAT 60 • 3220 • HOLSBEEK  
INFO@EETEXPERT.BE • HTTP://WWW.EETEXPERT.BE  
TEL.: 016 446854

Oktober 2008

## Inhoud

|   |    |
|---|----|
| Inleiding .....   | 3  |
| Hoofdstuk 1. Inleiding en basisbegrippen .....                              | 4  |
| 1.1 Achtergrond en opbouw van dit draaiboek.....                            | 4  |
| 1.2 Wat zijn eet- en gewichtsproblemen? .....                               | 5  |
| Hoofdstuk 2. Subjectief: aanmeldingsklacht of hulpvraag.....                | 8  |
| Aanmelding bij de huisarts .....  | 9  |
| Doorverwijzing vanuit CLB .....   | 9  |
| Hoofdstuk 3. Objectief: verkenning via anamnese en klinisch onderzoek ..... | 11 |
| 3.1 Anamnese.....   | 11 |
| 3.1.1 Basisanamnese.....  | 11 |
| 3.1.2 Vervolganamnese bij overgewicht .....                                 | 13 |
| 3.1.3 Vervolganamnese bij ondergewicht .....                                | 14 |
| 3.1.4 Vervolganamnese bij vermoeden van een eetprobleem .....               | 15 |
| 3.2 Klinisch onderzoek .....  | 17 |
| 3.2.1 Meten en wegen .....  | 17 |
| 3.2.2 Overgewicht: toetsing somatische oorzaken en gevolgen.....            | 19 |
| 3.2.3 Ondergewicht: toetsing somatische oorzaken en risicofactoren .....    | 21 |
| 3.2.4 Technische onderzoeken in de huisartspraktijk.....                    | 23 |
| Hoofdstuk 4. Evaluatie: diagnose en indicatiestelling.....                  | 24 |
| Hoofdstuk 5. Planning: behandelplan .....                                   | 24 |
| 5.1 Basisregels voor behandelplanning.....                                  | 24 |
| 5.2 Behandeling van overgewicht en obesitas .....                           | 24 |
| 5.3 Behandeling van ondergewicht.....                                       | 25 |
| 5.4 Behandeling van verstoord eetgedrag/eetstoornis .....                   | 26 |
| 5.4.1 Algemeen.....   | 26 |
| 5.4.2 Handvatten bij psychologische modellen van verstoord eetgedrag ..     | 26 |
| 5.5 Samenwerking met andere hulpverleners.....                              | 28 |
| 5.6 Doorverwijzing.....   | 29 |
| BIJLAGEN .....  | 30 |
| 1. Vlaamse groeicurven.....   | 31 |
| 2. BMI-tabellen: grenswaarden voor jongens en meisjes .....                 | 33 |
| 3. Specifieke voedings- en eetstoornissen: diagnostische criteria.....      | 34 |
| 4. Normale ontwikkeling van eetgedrag .....                                 | 38 |
| 5. Psychologische modellen van verstoord eetgedrag .....                    | 41 |
| 5. Praktische tips voor ouders .....  | 42 |
| 6. Algemene informatie rond onder- en overgewicht .....                     | 44 |
| 6.1 Overgewicht.....  | 44 |
| 6.2 Ondergewicht .....  | 45 |
| 7. EOSS-P.....  | 46 |
| 8. Documentatie .....   | 49 |

## Inleiding

Dit draaiboek wil informatie en handvatten geven voor huis- en kinderartsen in verband met de vroegtijdige herkenning en aanpak van allerlei **problemen met gewicht, eten of voeding bij kinderen (tot 12 jaar)**. Een goede inschatting en begeleiding van deze problematiek moet steeds worden gesitueerd tegen de achtergrond van het **algemeen welzijn en welbevinden** van het kind. De problematiek moet dus niet in een apart diagnostisch vakje worden gestopt, maar veronderstelt een bredere kijk dan alleen maar aandacht voor de specifieke klacht, gedrag of symptoom. Bovendien moet men zich hoeden voor een te snelle problematisering: goede kennis van 'normaal', 'gezond' of 'gewenst' gedrag is vereist voor men spreekt van eet- en gewichtsproblemen. Samenwerking met andere disciplines en instanties kan nodig zijn in de aanpak van eet- en gewichtsproblemen bij kinderen. Ook voor diëtisten, CLB, CGG/psychologen, en bewegingsexperten hebben we draaiboeken. Al onze draaiboeken zijn beschikbaar op [www.draaiboeken.eetexpert.be](http://www.draaiboeken.eetexpert.be).

Opmerkingen of suggesties zijn welkom bij:  
Eetexpert.be vzw  
(tav An Vandeputte, Bergestraat 60, 3220 Holsbeek)  
Email = [info@eetexpert.be](mailto:info@eetexpert.be)

### BRONVERWIJZING

Als u dit draaiboek wil citeren, gebruik dan volgende verwijzing:

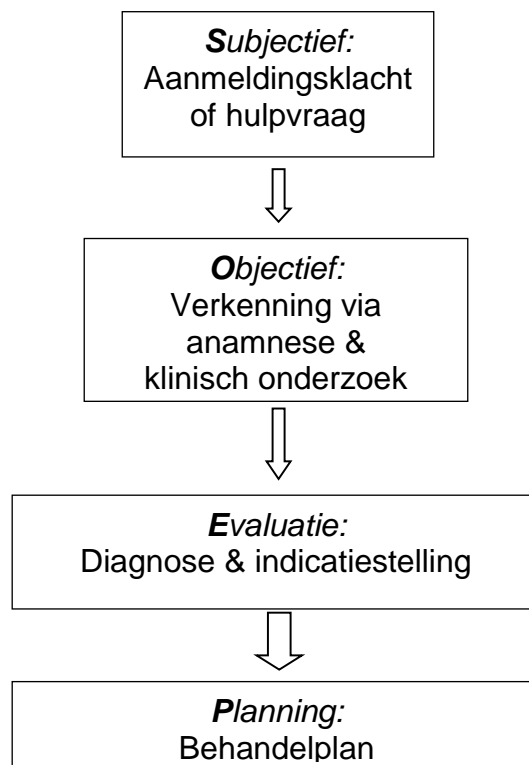
Eetexpert.be (2008). *Zorg voor kinderen met eet- en gewichtsproblemen: Draaiboek voor huisartsen*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn (verkrijgbaar via [www.eetexpert.be](http://www.eetexpert.be)).

## Hoofdstuk 1. Inleiding en basisbegrippen

### 1.1 Achtergrond en opbouw van dit draaiboek

Dit draaiboek voor (huis)artsen beoogt de vroegtijdige herkenning en aanpak van allerlei problemen met gewicht, eten of voeding bij jonge kinderen. Recent onderzoek pleit ervoor een goede inschatting en begeleiding van deze problematiek steeds te situeren tegen de achtergrond van het algemeen welzijn en welbevinden van het kind. Te eenzijdige focus op eetgedrag, voeding en gewicht kan juist problematiserend werken. Goede kennis van 'normaal', 'gezond' of 'gewenst' gedrag is vereist voor men spreekt van eet- en gewichtsproblemen. Eet- en gewichtsproblemen kunnen erg complex zijn, verweven in een biopsychosociaal samenspel van factoren, hetgeen een ruimere kijk vergt dan alleen maar aandacht voor de specifieke klacht, gedrag of symptoom. De brede focus van de huisartspraktijk en de bijzondere mogelijkheden van de arts om letterlijk thuis te komen, leunt aan bij deze visie. Dit draaiboek is opgebouwd vanuit de voor huisartsen bekende SOEP-structuur : subjectieve klachten, objectieve klachten, evaluatie, planning.

**Figuur 1: SOEP-structuur**



## 1.2 Wat zijn eet- en gewichtsproblemen?

Een gezond gewicht wil zeggen dat er geen gezondheidsproblemen te verwachten zijn die enkel veroorzaakt worden door het gewicht. Kwantitatief is een gewicht normaal te noemen zolang het niet te sterk afwijkt van de verwachte normen volgens ontwikkeling met in achtneming van sekse en leeftijd. Door gebruik te maken van groeicurven (zie hoofdstuk 3 en Bijlage 1) onderscheiden we:

- kinderen met een overgewicht en obesitas
- kinderen met een ondergewicht en zorgwekkend ondergewicht

Verder kunnen kinderen op elk gewicht, dus ook met een normaal gewicht, een eetprobleem hebben

Fluctuaties in de voedselinname zijn eigen aan de ontwikkeling van het jonge kind (zie Bijlage 4: normale ontwikkeling van eetgedrag). In de meeste gevallen worden de groei en de gewichtstoename van het kind hierdoor niet verstoord. Pas wanneer dit wel het geval is, spreken we van een ernstig probleem. Hier wordt een korte omschrijving gegeven van de belangrijkste eetproblemen.

### Kieskeurig eten

- *Voedselweigering* is problematisch als het een ernstig gelimiteerd eetpatroon betreft, met of zonder verstoring van de groei, sinds verschillende weken.
- *Voedselaversie* is de afkeer van bepaalde soorten voedsel of drank. De inname ervan wordt vermeden of zelfs geweigerd, of gaat gepaard met (neiging tot) misselijkheid, braken, angst of andere ongemakken.
- *Selectief/eenzijdig eten*: een veelheid aan smaken, temperaturen en texturen wordt niet geaccepteerd. Dit kan zijn oorsprong hebben in een leeftijdsgerelateerde neofobie (angst voor nieuw voedsel) waar inadequaat werd mee omgegaan, of in het temperament van het kind.

### Te veel eten

- *Objectief overeten*: het kind eet te veel in vergelijking met wat anderen van dezelfde leeftijd/sekse eten, ofwel bij maaltijden ofwel tussendoor.
- *Objectieve eetbuien* (objectieve 'binge eating'): dit is een variant van het vorige waarbij tijdens het eten controleverlies optreedt (niet kunnen stoppen).
- *Subjectief overeten*: ouder of kind rapporteert dat het kind teveel eet, maar in feite is dat niet het geval in vergelijking met wat anderen van dezelfde leeftijd/sekse eten, ofwel bij maaltijden ofwel tussendoor.
- *Subjectieve eetbuien* (subjectieve 'binge eating'): ouder of kind rapporteert dat het

kind controleverlies vertoont tijdens het eten (moeite om te stoppen), maar het eet niet echt teveel bijvoorbeeld omdat de ouder dit niet toelaat.

### **Te frequent eten**

Als gezond eetpatroon wordt aanbevolen: drie hoofdmaaltijden per dag en twee à drie tussendoortjes. Frequenter eten, tussen de maaltijden door, zal er vaak toe leiden dat de eetlust vermindert, zodat er minder gegeten wordt tijdens de hoofdmaaltijd. Omdat dit meestal de gelegenheid is waarop groenten en fruit worden aangeboden, zal tussendoor eten ten nadele van een gezond voedingsaanbod zijn. Kinderen drinken bovendien geregeld tussendoor frisdrank en gesuikerde melkdranken, wat ook zal leiden tot vermindering van de eetlust

### **Te snel of te traag eten**

Te snel of te traag eten is relatief. Wanneer het kind en de ouders hiervan zelf geen hinder ondervinden, is er eigenlijk geen probleem.

- Te snel eten kan echter leiden tot digestieve ongemakken of tot overeten, aangezien het een twintigtal minuten duurt vooraleer het verzadigingssignaal optreedt. Te snel eten kan ook kaderen binnen een eetbui en dus een signaal zijn van een eetprobleem.
- Te traag eten kan teken zijn van verschillende, al dan niet ernstige eetproblemen. Algemeen kan men stellen dat een maaltijd niet langer mag duren dan 30 minuten. Wanneer het te traag eten sporadisch voorkomt, is het waarschijnlijk eerder een kwestie van 'niet-lusten'. Bij een kind dat systematisch te traag eet kan men denken aan voedselweigering, een eetstoornis type anorexia nervosa of fysieke problemen met eten zoals slikproblemen.

### **Te veel snoepen**

Met snoepen bedoelen we het eten of drinken van voedingsmiddelen die men lekker vindt, maar die behoren tot de restgroep van de voedingsdriehoek en dus niet noodzakelijk zijn voor een gezonde voeding (chocolade, koeken, cola, chips...). Snoepen mag met mate. Voor kinderen is het een goede gewoonte om snoepen enkel toe te laten in bepaalde situaties of in bijzondere omstandigheden, zoals in het weekend of op een feestje. Het is dus niet eenduidig vast te leggen wanneer iemand te veel snoept. Men zou kunnen stellen dat wanneer de eetlust erdoor vermindert, er sprake is van te veel snoepen. Dit kan uiteraard ook leiden tot gewichtstoename.

### **Andere eetproblemen**

- *Kauwen en spugen*: voedsel wordt gekauwd en geproefd maar daarna uitgespuugd en dus niet doorgeslikt.

- *Slikangst*: vermijden van het inslikken van bepaald voedsel of drank, meestal uit angst voor verslikken en/of verstikken (slik/stikfobie).
- *Braakangst*: verwant aan het vorige kan men uit angst voor braken bepaald voedsel vermijden (emetofobie).
- *Regurgitatie*: onvrijwillig teruggeven en uitspugen van ingeslikt voedsel; er grijpt een spontane terugvloei (reflux) plaats van de maaginhoud in de slokdarm, zonder gevoel van misselijkheid.
- *Ruminatie*: half verteerd voedsel wordt zonder inspanning uit de maag naar boven gewerkt, herkauwd en weer ingeslikt.

### **Storend tafelgedrag**

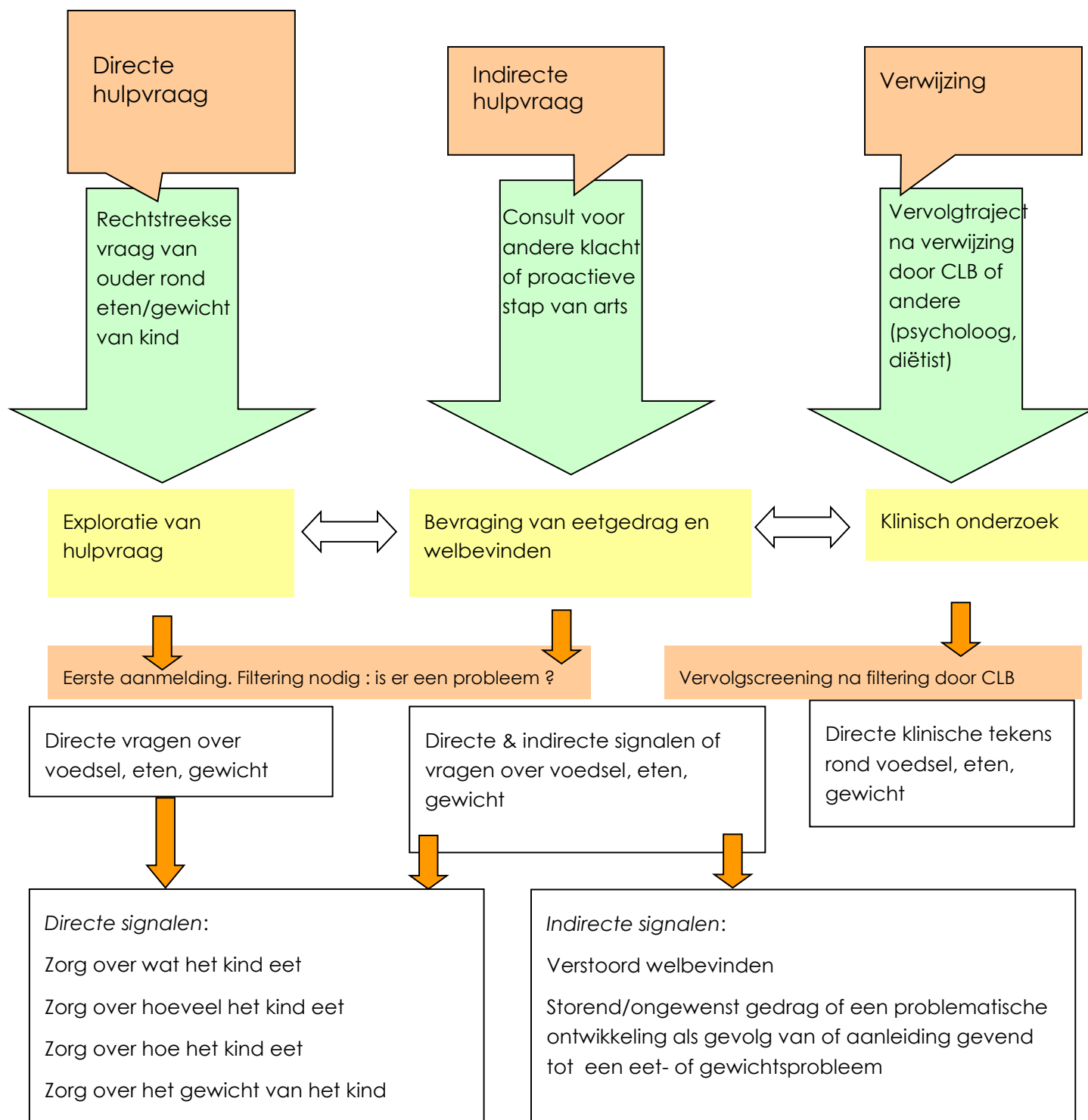
Niet aan tafel willen zitten, gooien met eten, eten nemen van anderen, heel kwaad worden tijdens het eten, zeer slordig eten (voor de leeftijd), spelen met eten,... zijn voorbeelden van storend tafelgedrag. Vaak komt dit gedrag niet geïsoleerd voor, maar kadert in een bredere opvoedingsproblematiek.

*Noot:* In bijlage 3 staat een overzicht van diagnostische criteria voor specifieke eetstoornissen volgens DSM 5 (APA, 2013).



## Hoofdstuk 2. Subjectief: aanmeldingsklacht of hulpvraag

Figuur 2: Instroom van eet- en gewichtsproblemen bij kleuters en kinderen



## **Aanmelding bij de huisarts**

De huisarts kan rechtstreeks vragen krijgen rond het eetgedrag of gewicht van het kind. Bij de verkenning let men ook op onrechtstreekse tekenen en klachten die kunnen wijzen op een eet- of gewichtsprobleem (zie Tabel 1).

Bij kinderen wordt een aangepaste en gerichte anamnese uitgevoerd en is een gesprek met de ouders essentieel.

**Tabel 1.** Hoe worden de klachten gepresenteerd?

| <b>Rechtstreeks</b>  | <b>Onrechtstreeks</b>   | <b>Mogelijk risico<br/>(pro-actieve houding)</b>   |
|--|---|--|
| Klachten rond gewicht en/of groei: <ul style="list-style-type: none"> <li>- te dik</li> <li>- te dun</li> <li>- te klein</li> <li>- te groot</li> </ul>  | Vage klachten: o.a. <ul style="list-style-type: none"> <li>- maagdarmklachten</li> <li>- gynaecologische problemen (bij jongeren)</li> <li>- moeheid</li> <li>- hoofdpijn</li> <li>- duizeligheid</li> </ul>  | Risicofactoren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- familiaal</li> <li>- sociaal</li> <li>- psychisch</li> <li>- cultureel</li> <li>- biologisch</li> </ul> |
| Klachten rond voeding en eetgedrag: <ul style="list-style-type: none"> <li>- te weinig</li> <li>- te veel</li> <li>- te frequent</li> <li>- te selectief</li> <li>- te snel/ langzaam</li> </ul> | Gedragmatige of psychologische problemen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- problemen op school</li> <li>- moeilijkheden bij sportprestaties</li> <li>- depressieve stemming</li> <li>- concentratieproblemen</li> <li>- angst</li> <li>- gepest worden</li> </ul> |  |

## **Doorverwijzing vanuit CLB**

Na Kind & Gezin volgt het CLB kinderen op tijdens de schooljaren. Bij vermoeden van problematiek verwijst het CLB door naar de huisarts als aangewezen persoon om zowel diagnostiek als behandeling te organiseren in een multidisciplinaire context. Het CLB verwijst door na voorafgaand gesprek met de ouders en op grond van volgende indicaties:

**Tabel 2.** Redenen tot doorverwijzing naar externe diensten (vernieuwde criteria)

| Domein   | Reden   |
|--|---|
| <b>KLINISCH</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Obesitas</b> (een gewichtsindex &gt; 140 voor kinderen tot en met 9 jaar of een BMI-plotpunt boven de hoogste grijze zone voor kinderen ouder dan 9 jaar);</li> <li>• <b>Ernstig ondergewicht</b> (BMI plotpunt onder de laagste grijze zone);</li> <li>• Belangrijke gewichtstoename of -verlies;</li> <li>• <b>Verstoord eet- en beweeggedrag</b> dat niet kan worden toegeschreven aan leeftijdsspecifiek gedrag binnen de normale ontwikkeling. Hieronder valt ook controleverlies bij het eten en compensatiegedrag (incl. purgeergedrag).</li> <li>• Wanneer er <b>gezondheidsrisico's</b> zijn als gevolg van overgewicht/obesitas (zie EOSS-P in bijlage 7), ernstig ondergewicht, braken of laxeren;</li> <li>• Wanneer er (fysieke, mentale, sociale) <b>barrières</b> zijn voor gewichtsmanagement bij overgewicht/obesitas, zijn dit <b>verzwarend argumenten</b> voor doorverwijzing.</li> </ul> |
| <b>EMOTIONEEL OF MENTAAL</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wanneer het <b>welbevinden</b> van het kind/de jongere ernstig verstoord is. Men vermoedt een depressie of een ernstig verstoord zelfbeeld. De leerling ervaart uitgesproken spanning of is slachtoffer van pesten. Deze gemoedstoestand zal zonder professionele begeleiding blijven bestaan.</li> <li>• Een ontwikkelingsprobleem is een verzwarend argument voor een verwijzing.</li> </ul>   |
| <b>GEZIN OF SOCIAAL (kind in interactie met de omgeving)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wanneer de <b>draagkracht</b> van één of beide <b>ouders</b> beperkt is door depressie, verslaving of psychiatrische aandoening.</li> <li>• Wanneer de <b>gezinssituatie zorgwekkend</b> is door conflict, vechtscheiding, mishandeling, verwaarlozing...</li> <li>• Wanneer <b>financiële belemmeringen</b> de mogelijkheden van de ouders beperken om voldoende structuur aan te bieden om de adviezen te kunnen toepassen.</li> </ul>   |

## Hoofdstuk 3. Objectief: verkenning via anamnese en klinisch onderzoek

Doel van deze verkenningsfase is op korte tijd gerichte informatie te verzamelen om in de evaluatiefase (hoofdstuk 4) tot een goede diagnose en inschatting van de ernst te komen. Middelen hiertoe zijn anamnese en klinisch onderzoek.

### 3.1 Anamnese

Naargelang de instroom bij de arts zijn er twee verschillende anamnesen in de artspraktijk:

- Bij een eerste aanmelding is er nog geen screening gebeurd. De bedoeling van de arts is te onderzoeken of er een objectief probleem is, welk, en hoe ernstig. Het is de aanleiding voor een *basisanamnese*.
- Bij een doorverwijzing vanuit CLB is er al een screening gebeurd. Het probleem is al benoemd. De huisarts zal zich toespitsen of het verder verkennen van het probleem en een inschatting maken van de ernst. Het gaat om een *vervolganamnese*.

#### 3.1.1 Basisanamnese

Ongeacht de aard van de aanmelding (voeding, eetgedrag of gewicht), hoort bij een anamnese een exploratie in de breedte. Dit past ook bij de eerstelijnsrol van de huisarts. Cruciaal hierbij is het beoordelen van het welzijn en welbevinden van het kind om een inschatting te kunnen maken van de ernst (impact) van de problematiek. De vragen worden bij kleuters en jonge kinderen aan de ouders gesteld; bij oudere kinderen worden zij zelf bevroegd.

Bijlage 5 geeft informatie over psychologische modellen van verstoord eetgedrag.

#### VRAGEN VOOR DE OUDERS

##### Welbevinden

- Denkt u dat uw kind graag naar school gaat?
- Vertelt uw kind over de school?
- Zijn er huilbuien wanneer uw kind naar school moet?
- Wat vindt uw kind fijn/niet fijn op school?
- Denkt u dat uw kind zich lekker voelt?
- Huilt uw kind geregeld met/zonder duidelijke reden?
- Zondert uw kind zich geregeld af?
- Maakt u zich zorgen omdat uw kind anders is dan leeftijdgenootjes?

Eten & voeding

Hebt u vragen over de voeding van uw kind?  
Hebt u vragen over het eetgedrag van uw kind?  
Welk eetpatroon heeft uw kind ? ( eetmomenten, wat , tussendoortjes,...)  
Welke voorgeschiedenis: gewichtsevolutie, Familiale gewichts- of eetproblemen?  
Is uw kind veel met uiterlijk/gewicht bezig ?  
Welke veranderingen probeerde je al uit ?  
Zijn er andere klachten : buikpijn, oprispingen, consistentie van stoelgang, opgezette buik, flatulentie

Spelen

Wat doet uw kind in de 'vrije tijd' ?  
Kan uw kind buiten spelen?  
Wat speelt uw kind graag? (soort spel, tv, pc: hoelang?)

Slapen

Hebt u vragen over de nachtrust en/of het slapengaan van uw kind?

VRAGEN VOOR HET KIND

Welbevinden

Ga je graag naar school?  
Wat vind je er fijn? (Bevraag activiteiten, vriendschappen, lessen, speeltijd,...)  
Wat vind je er niet fijn?  
Voel je je goed en veilig thuis? (Bij wie terecht voor een praatje, knuffel, troost,...)  
Ben je gelukkig?  
Ben je trots/fier op jezelf?  
Wat vind je van je karakter?  
Ben je tevreden met je uiterlijk (met hoe je eruit ziet?)  
Is er iets dat je zou willen veranderen?

Eten & voeding

Eet je graag?  
Ga je wel eens eten/snoepen om jezelf te troosten?

Spelen

Speel je wel eens buiten? (In tuin, parkje, straat,...)  
Hoelang kijk je tv?  
Hoelang speel je op de pc, play-station... ?

Slapen

Slaap je lekker 's nachts?

ANDERE MOGELIJKHEID IS VRAGENLIJST IN TE VULLEN DOOR HET KIND (BIJV. IN DE WACHTKAMER) TER VOORBEREIDING VAN EEN GESPREK

Vul de volgende zinnestjes aan met wat er eerst in je opkomt

Welbevinden

Thuis voel ik mij.....  
Op school voel ik mij.....  
Mijn grootste zorg is.....  
Als ik problemen heb, ga ik naar.....  
Als ik in de spiegel kijk, dan denk ik.....  
Ik vind mijzelf.....

Als ik kon toveren.....

#### Eten en voeding

Eten vind ik.....

#### Vrije tijd

In mijn vrije tijd .....

#### Slapen

Slapen vind ik .....

De vragen over het welbevinden en het slapen zijn niet uniek gerelateerd aan voeding en eetgedrag. Ze zijn een aanleiding om een beeld te vormen van het sociale en emotionele welzijn en welbevinden van een kind. Dit heeft zijn implicaties voor de wijze waarop de resultaten van het klinisch medisch onderzoek worden gerapporteerd aan het kind en de ouders. Uit de bespreking van de vragen zal ook blijken waar de zorgprioriteiten liggen, zowel bij de ouders als bij het kind.

#### DOEL VAN DE ALGEMENE VRAAGSTELLING

- Zicht krijgen op mogelijke vragen m.b.t. voeding en eten, welbevinden, slapen en spelen.
- Zicht krijgen op de manier waarop ouders tot op heden omgaan met het gestelde probleem. Hierdoor krijgt men een idee van de opvoedingsstijl. Eten en slapen zijn primaire behoeften van een kind waar ouders veel belang aan hechten. Als er zich op deze terreinen problemen voordoen, zal dit een (belangrijke) impact hebben op de gezinssfeer. De mate van verstoring van de gezinssfeer is een indicator van de ernst van de gestelde hulpvraag.
- De vragen naar het speelgedrag/vrije tijdsbesteding geven rechtstreeks zicht op risicofactoren voor een (on)gezond beweegpatroon.
- Een verstoord welbevinden is een risicofactor voor het ontstaan van een eet/gewichtsprobleem maar kan ook een aanwijzing (gevolg) ervan zijn.
- Een verstoord welbevinden is snel gekoppeld aan overgewicht/obesitas en moet vroegtijdig worden opgespoord.
- Door van het algemene welbevinden te vertrekken, toont men interesse voor alle aspecten van het persoonlijke functioneren en geeft men de ouders/kind de gelegenheid om aan het woord te komen.
- Het gesprek schept de gelegenheid empathisch te luisteren en een vertrouwensrelatie op te bouwen.

### 3.1.2 Vervolganamnese bij overgewicht

#### VRAGEN AAN DE OUDERS

- Hebt u vragen over de voeding van uw kind?
- Hebt u vragen over het eetgedrag van uw kind?
- Eet uw kind graag?
- Hoe verloopt een maaltijd? Wanneer loopt het goed tijdens de maaltijd?
- Wordt voedsel gebruikt als beloning, straf, troost...?
- Wat vindt u van het gewicht van uw kind?
- Wat denkt u dat de oorzaak is van het overgewicht?
- Heeft u tot nu toe al eens maatregelen genomen? Zo ja, welke? Succesfactoren en knelpunten?

*Doel van de vragen:*

- toetsen naar kennis en inzicht van de ouders over het thema zwaarlijvigheid;
- toetsen naar de motivatie om over het thema te praten/om er iets aan te doen;
- [Tijdens het gesprek is het belangrijk om oog te hebben voor de spreekstijl en de lichaamstaal van de ouder(s). Een goede interventie om naar weerstand te polsen, is te 'spiegelen' wat men ziet en voelt bij de ouders tijdens het gesprek. Voorbeeld: "Ik zie dat het u moeite kost om hierover te praten...", " Wat maakt het u moeilijk om hierover te praten?.. ", "Raakt het u wanneer ik hierover praat?"...];
- zicht krijgen op de persoonlijke voorgeschiedenis inzake gewichtsgerelateerde problemen;
- zicht krijgen op de opvoedingsstijl, copingvaardigheden en draagkracht van de ouders.

**VRAGEN AAN HET KIND (REKENING HOUDEND MET DE ANTWOORDEN OP DE VRAGEN 'WELBEVINDEN')**

- Ben je tevreden met je uiterlijk?
- Eet je graag?
- Wat doe je als je je triest of boos voelt? Eet of snoep je dan soms?
- Bij wie kan je terecht als je troost of een knuffel nodig hebt?
- Heb je al eens iets willen veranderen aan je eetgewoonten?

*Doel van de vragen:*

- toetsen naar de motivatie om over het thema te praten/om er iets aan te doen;
- nagaan welke emotionele betekenis eten heeft voor het kind;
- nagaan in hoever het kind om emotionele redenen gaat eten;
- nagaan in hoever er ander (ongewenst) gedrag wordt gesteld, naar aanleiding van het onwelbevinden;
- nagaan welk copinggedrag het kind stelt bij een verstoord welbevinden;
- nagaan in hoever het kind troost zoekt bij een vertrouwensfiguur.

### 3.1.3 Vervolganamnese bij ondergewicht

**VRAGEN AAN DE OUDERS**

- Hebt u vragen over de voeding van uw kind?
- Hebt u vragen over het eetgedrag van uw kind?
- Eet uw kind graag?
- Hoe verloopt een maaltijd? Wanneer loopt het goed tijdens de maaltijd?
- Wordt voedsel gebruikt als beloning, straf, troost...?
- Wat vindt u van het gewicht van uw kind?
- Wat denkt u dat de oorzaak is van het lage gewicht?  
Kan het te maken hebben met de medische voorgeschiedenis van uw kind?

*Doel van de vragen:*

- toetsen naar kennis en inzicht van de ouders betreffende het lage gewicht;
- toetsen naar de bereidheid om over het thema te praten/om er iets aan te doen;
- zicht krijgen op de persoonlijke geschiedenis inzake gewichtsgerelateerde problemen
- zicht krijgen op de opvoedingspatronen.

**VRAGEN AAN HET KIND (REKENING HOUDEND MET DE ANTWOORDEN OP DE VRAGEN 'WELBEVINDEN')**

- Ben je tevreden met je uiterlijk?
- Eet je graag?
- Wat doe je als je je triest of boos voelt? Eet of snoep je dan soms?
- Bij wie kan je terecht als je troost of een knuffel nodig hebt?

- Heb je al eens iets willen veranderen aan je eetgewoonten?
- 

*Doel van de vragen:*

- toetsen naar de bereidheid om over het thema te praten/om er iets aan te doen
- nagaan welke emotionele betekenis eten heeft voor het kind  
nagaan in hoever het kind om emotionele redenen gaat eten  
nagaan in hoever er ander (ongewenst) gedrag wordt gesteld, naar aanleiding van het onwel bevinden;
- nagaan welk copinggedrag het kind stelt bij een verstoord welbevinden
- nagaan in hoever het kind troost zoekt bij een vertrouwensfiguur.

### 3.1.4 Vervolganamnese bij vermoeden van een eetprobleem

Wanneer uit de intake blijkt dat er sprake kan zijn van een eetprobleem, ongeacht het gewicht, is het belangrijk zicht te krijgen op de omvang/impact ervan en op risico- en beschermende factoren.

Somatische risicofactoren worden bevestigd of blijken uit het medisch dossier.

#### GESPREK MET HET KIND

Uit de bevraging van het welbevinden tijdens de intake kan al de kwetsbaarheid van het kind blijken en de aanwezigheid van risicofactoren.

Een gesprek over het zelfbeeld en het lichaamsbeeld van het kind levert bijkomende informatie.

Het is bovendien belangrijk om na te gaan of er kenmerken zijn die op (aanleg voor) depressie kunnen wijzen.

Lijngedrag en voedselvermijding moeten actief worden opgespoord.

De *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) gebruikt worden om een globaal idee te krijgen over de mogelijke aanwezigheid van een psychische problematiek, maar dit is geen diagnostisch instrument (vrij te downloaden: <http://www.sdqinfo.com> met vertalingen naar o.a. Nederlands, Frans en Turks)

#### GESPREK MET DE OUDERS

Het gesprek met de ouders heeft tot doel dieper in te gaan op de mogelijke risicofactoren bij het kind, maar ook op de risicofactoren bij de ouders zelf en binnen de gezinscontext. Het is belangrijk om voldoende aandacht te schenken aan de beschermende factoren bij de ouders, zoals wanneer ouders blijf geven van opvoedingscompetentie en creativiteit bij de aanpak van problemen, wanneer de gezinssituatie stabiel en rustig is....

De risicofactoren voor eetproblemen kunnen, wanneer ze langdurig aanwezig blijven of uitgesproken zijn, ook aanleiding geven tot echte stoornissen. De aanwezigheid van één risicofactor hoeft niet dramatisch te zijn. Wanneer meerdere risicofactoren aanwezig zijn, wordt de kans op het ontwikkelen van problemen/stoornissen aanzienlijk groter. Een overzicht van risico- en beschermende factoren staat in Tabel 3.



**Tabel 3.** Risicofactoren en beschermende factoren bij ontwikkeling van eetproblemen

| <i>Risicofactoren</i>  | <i>Beschermende factoren</i>   |
|--|--|
| <b>Kindfactoren</b>  |  |
| Geboortecomplicaties (prematuuriteit, dysmatuuriteit, langdurige sondevoeding,..)<br>Temperament<br>Negatief zelfbeeld, gebrek aan zelfvertrouwen, faalangst<br>Negatief lichaamsbeeld / sterke focus op het uiterlijk<br>Perfectionisme<br>Afhankelijk van goedkeuring van anderen<br>Kan moeilijk gevoelens uiten<br>Lijngedrag<br>Aanleg voor overgewicht<br>Aanleg voor depressie of verslaving<br>Ontwikkelingsstoornis (vb. autisme spectrum stoornis) | Voldoende sociale vaardigheden<br>Bestendig tegen sociale druk<br>Goed welbevinden<br>Meer aandacht voor welbevinden dan uiterlijk |
| <b>Ouderfactoren</b>   |  |
| De opvoedingsstijl van de ouders (autoritair, permissief, nalatig)<br>Sterke focus op het uiterlijk<br>Prestatiegerichtheid<br>Lijngedrag<br>Psychische problemen bij ouders (depressie, verslaving, eetstoornis)  | Goede gezondheid<br>Stabiele persoonlijkheid<br>Opvoedingscompetentie  |
| <b>Gezinsfactoren</b>  |  |
| Echtscheiding & conflicten<br>Geweld, verwaarlozing, mishandeling partner<br>Ingrijpende gebeurtenissen bij gezinsleden<br>Problematische communicatie, weinig uiting van gevoelens  | Stabiele, evenwichtige gezinsrelaties  |
| <b>Omgevings- en sociale factoren</b>  |  |
| Isolement, gepest worden<br>Gebrekkige sociale bindingen<br>Conflicten<br>Competitiesport en ballet  | Aanwezigheid van vertrouwensfiguur<br>Aanwezigheid van vriendjes<br>Sociale steun<br>Goede sociale bindingen                       |

## 3.2 Klinisch onderzoek

### 3.2.1 Meten en wegen

Lengte en gewicht worden vergeleken met de normen van sekse en leeftijd. Om dit op te volgen in de tijd worden de Vlaamse Groeicurven (<http://www.vub.ac.be/groeicurven>; zie Bijlage 1) gebruikt. Om te beoordelen of een bepaald gewicht normaal is voor een bepaald kind, moet het in verhouding staan tot de lengte. Dit wordt uitgedrukt in de *Body Mass Index (BMI)*.

$$\text{BMI} = \text{gewicht (kg)} / [\text{lengte (m)} \times \text{lengte (m)}] = \dots \text{ kg/m}^2$$

In het algemeen correleert de BMI goed met het vetgehalte en is er dan ook een goede aanwijzer voor. De metingen dienen wel op een gestandaardiseerde wijze te gebeuren. Vanaf twee jaar worden kinderen gewogen met een personenweegschaal (met een precisie van tenminste 100 gram). Weeg kinderen bij voorkeur in onderbroek en hemd, t-shirt of beha. Zorg ervoor dat het kind in het midden van de weegschaal staat. Lees het gewicht af tot op 100 gram. Indien de weegschaal tot twee cijfers na de komma aangeeft, lees dan enkel het eerste cijfer af, zonder af te ronden.

BMI grenswaarden voor volwassenen zijn door de WHO (Wereld-Gezondheidsorganisatie) voorgesteld om *overgewicht* (> 25) en *obesitas* (>30) te definiëren. Om de BMI bij personen beneden de 18 jaar te kunnen interpreteren moet men gebruik maken van leeftijds- en geslachtsspecifieke referentiecurven (zie Bijlage 1). Hierbij worden de volwassen BMI-waarden 25 en 30 geëxtrapoleerd naar de jongere leeftijden. Dit levert een BMI-zone op van overgewicht, die als een grijze zone op de curven is gemarkeerd.

BMI binnen de bovenste grijze zone verwijst naar overgewicht.  
BMI boven de bovenste grijze zone correspondeert met obesitas.

Bij volwassenen spreekt men van *ondergewicht* bij een BMI onder 18,5 en van ernstig ondergewicht bij een BMI onder 17. Voor kinderen worden deze waarden geëxtrapoleerd op de leeftijdsspecifieke curven. Dit levert een BMI-zone op van ondergewicht, die als een grijze zone op de curven werd gemarkeerd. We maken onderscheid tussen een **laag gewicht** (vroeger als ondergewicht omschreven) en **zorgwekkend ondergewicht** (vroeger ernstig ondergewicht). Deze nieuwe term beschrijft beter de werkelijkheid en het klinische belang.

BMI binnen de onderste grijze zone verwijst naar ondergewicht.  
BMI onder de onderste grijze zone betekent zorgwekkend ondergewicht.

Een andere methode om overgewicht en obesitas bij kinderen te bepalen is door het berekenen van het **percentage overgewicht** (ook wel **gewichtsindex** genoemd), door de BMI van het kind te vergelijken met de gemiddelde BMI (percentiel 50) van kinderen van hetzelfde geslacht en dezelfde leeftijd. Dit geeft een percentage: % overgewicht = (huidige BMI/ p50 BMI x 100) %. De p50 kan afgelezen worden in de Vlaamse groeicurven. Vanaf 120% spreekt men van overgewicht, vanaf 140% van obesitas klasse 1, vanaf 160% obesitas klasse 2 en vanaf 180% obesitas klasse 3.

De inschatting van het gewicht van een kind op basis van de gewichtsindex en op basis van de groeicurven is niet steeds dezelfde, in het bijzonder bij **kinderen tot en met 9 jaar**, voor de inschatting van overgewicht en obesitas. De huidige consensus is om tot en met 9 jaar het criterium voor overgewicht en obesitas te gebruiken van de gewichtsindex. In alle andere situaties worden de grenzen van de groeicurven gebruikt (zie bijlage 1 en 2).

**Tabel 4.** Gewichtsinschatting bij kinderen tot en met 9 jaar

| Indicator  | Interpretatie            |
|--|--------------------------|
| 140 – hoger %                                    | obesitas                 |
| 120 – 140 %                                      | overgewicht              |
| 120 % tot grens met de onderste grijze BMI zone* | normaal gewicht          |
| De BMI-waarden binnen de lage grijze zone        | Laag gewicht             |
| De BMI-waarden onder de lage grijze zone         | Zorgwekkend ondergewicht |

**Tabel 5.** Gewichtsinschatting bij kinderen ouder dan 9 jaar

| Indicator   | Interpretatie            |
|---|--------------------------|
| De BMI-waarden boven de hoge grijze zone          | obesitas                 |
| De BMI-waarden binnen de hoge grijze zone         | overgewicht              |
| De BMI-waarden tussen de hoge en lage grijze zone | normaal gewicht          |
| De BMI-waarden binnen de lage grijze zone         | Laag gewicht             |
| De BMI-waarden onder de lage grijze zone          | Zorgwekkend ondergewicht |

We moeten wel in rekening brengen dat verschillende factoren het gewicht kunnen beïnvloeden zoals botstructuur en spiermassa, zodat een relatief hogere BMI niet automatisch betekent dat men te zwaar zou zijn. En anderzijds is er de tengere lichaamsbouw door constitutie waardoor een lage BMI niet automatisch problematisch ondergewicht betekent. Het is belangrijk de gegevens te interpreteren binnen de individuele evolutie van het kind.

### 3.2.2 Overgewicht: toetsing somatische oorzaken en gevolgen

Bij het vermoeden of de vaststelling van overgewicht/obesitas moet een aantal hypothesen worden overlopen om te komen tot een exact beeld van de problematiek.

Bij *primaire* obesitas is er geen sprake van een medische oorzaak en dit is zo voor de meeste gevallen.

*Secundaire* obesitas kan het gevolg zijn van

- endocrinologische afwijkingen zoals hypothyreoïdie en hypercorticisme, die gepaard gaan met een verminderde groei; indien een obees kind groot is voor zijn leeftijd en normaal presteert op school, is er waarschijnlijk geen sprake van secundaire obesitas;
- onderliggende pathologie, zoals syndroom van Prader-Willi, Alström-syndroom, Cohen-syndroom en Bardet-Biedl-syndroom;<sup>1</sup> kenmerkend voor deze eerder zeldzame syndromen is, naast een meestal vroegtijdige en veelal ernstige obesitas, dat ze bijna alle gepaard gaan met mentale retardatie (met uitzondering van het Alström-syndroom).
- Verder is er ook heel wat **medicatie** die overgewicht kan veroorzaken:
  - antipsychotica (soms gegeven bij gedragsproblemen)
  - anti-epileptica (uitgezonderd topiramaat: gewichtsdeling)
  - antidepressiva
  - glucocorticoïden

- 
- <sup>1</sup> *Prader-Willi syndroom* wordt veroorzaakt door een afwijking aan chromosoom 15q11. Het ziektebeeld is gekarakteriseerd door spierslape (hypotonie), mentale retardatie, hypogonadisme en obesitas. De motorische ontwikkeling verloopt trager dan bij gezonde kinderen. De puberteit komt niet of nauwelijks op gang. Op jongvolwassen leeftijd kunnen zich ernstige psychiatrische aandoeningen voordoen zoals stemmingsstoornissen en psychosen.
  - *Alström syndroom* is een uiterst zeldzame autosomaal recessieve aandoening t.h.v. chromosoom 2. De eerste tekenen zijn nystagmus en lichtgevoeligheid die in de kleuterleeftijd begint en uiteindelijk tot ontsteking van het netvlies en tot blindheid (retina degeneratie) leiden. Cardiomyopathie komt vaak voor. Als zuigelingen en kleuters zijn deze kinderen meestal zwaarlijvig. Gehoorstoornissen treden meestal op vóór de leeftijd van 10 jaar.
  - *Cohen syndroom*, ook cranio-frontonasale dysplasie genoemd, is een erfelijke aandoening met als voornaamste kenmerken een brede schedel, veruit elkaar staande oogkassen, kleine en brede neus, onderontwikkelde bovenkaak, syndactylie, obesitas.
  - *Bardet-Biedl syndroom* is een zeldzame autosomaal recessieve aandoening met als voornaamste kenmerken obesitas, mentale retardatie, polydactylie, hypogonadisme, retinopathie en renale malformaties. De variaties in het ziektebeeld zijn groot.

**Tabel 6.** Toetsen van lichamelijke gevolgen van overgewicht en obesitas

**Cardiovasculair**

Hypertensie  
Atherosclerose  
Linker ventrikel hypertrofie  
Veneuze insufficiëntie en veneuze trombose

**Metabool**

Insulineresistentie  
Dyslipidemie  
Metabool syndroom\*  
Diabetes mellitus type2

**Pulmonair**

Astma (door o.a. gastro-oesofagale reflux)  
Obstructieve slaapapneu

**Gastro-intestinaal**

Niet-alcoholische leversteatose  
Gastro-oesofagale reflux  
Pancreatitis  
Galstenen

**Skelet**

Blount disease (tibia vara)  
Epifysiolyse van de femurkop  
Axiale artritis  
Discuslijden en spondylolistesis  
Jicht  
Klachten als rugpijn en pijn in de benen  
Verminderde mobiliteit

**Reproductief systeem**

Polycystisch ovariumsyndroom  
(infertiliteit, menstruatieproblemen)

**Zenuwstelsel**

Pseudotumor cerebri (verhoogde intracranieële druk)

**Huid**

Striae, slechtere wondheling en maceratie in de huidplooien

**Neoplastische comorbiditeit**

Endometrium-, borst-, ovarium- en prostaatkanker  
Non-Hodgkin lymfoom  
Colorectaal en oesofagaal adenocarcinoom

\* Het risico op metabool syndroom is merkbaar gestegen wanneer de obesitas op kinderleeftijd zich verder zet op volwassen leeftijd. Obesitas veroorzaakt niet alleen een globale verkorting van de levensverwachting maar ook een daling van de kwaliteit van leven.

### 3.2.3 Ondergewicht: toetsing somatische oorzaken en risicofactoren

Het klinisch onderzoek is van belang om lichamelijke oorzaken van ondergewicht (of significant gewichtsverlies, of uitblijven van verwachte gewichtstoename ivf groei) uit te sluiten.

**Tabel 7.** Toetsen van somatische oorzaken van verstoorde eetlust en gewichtsverlies

| Oorzaak  | Opmerkingen  |
|--|--|
| <i>Infecties</i><br><i>AIDS</i>                | Gaan vaak gepaard met een gebrek aan eetlust; verder is er een katabole toestand, koorts en BSE is verhoogd  |
| <i>Tumoren, leukemie</i>                       | Hierbij kan cachexie optreden door verminderde eetlust, verhoogde basale stofwisseling en verlies van voedingsstoffen via stoelgang en urine   |
| <i>Diabetes mellitus</i>                       | Geeft vaak gewichtsverlies door glucoseverlies via de urine; kenmerkend zijn verder polydipsie en polyurie   |
| <i>Ziekte van Crohn</i>                        | Geeft aspecifieke symptomen zoals gewichtsverlies, gebrek aan eetlust, vermoeidheid, koorts, diarree, steatorroe, hypoalbuminurie  |
| <i>Coeliakie</i>                               | Symptomen zijn diarree, buikklachten, vermoeidheid, vermagering en steatorroe bij goede eetlust  |
| <i>Ziekte van Addison</i>                      | Bijnierschorsinsufficiëntie gaat samen met gebrek aan eetlust, hypoglykemie, hypotensie, extreme zwakte en vermoeidheid; serum-ACTH is hoog  |
| <i>Hyperthyreoïdie</i>                         | Hypermetabole toestand met gejaagdheid, nervositeit, hyperactiviteit, klamme warme extremiteiten, snelle ademhaling, hypertensie en hoge, snelle pols  |
| <i>Maag- of duodenumulcus, spastisch colon</i> | Kan leiden tot gewichtsverlies   |
| <i>Medicijngebruik</i>                         | Thyroxine verhoogt de stofwisseling; cafeïne, fenfluramine en amfetaminen verminderen de eetlust ( bij kinderen denken aan Rilatine voor ADHD)   |
| <i>Metabole ziekten</i>                        | Alle metabole ziekten kunnen aanleiding geven tot voedselweigerig, al dan niet veralgemeend of specifiek; bijv. spontane vermijding van eiwitten bij mildere vormen van ureumcyclusdefecten of van fructose bij fructosemie of fructose-intolerantie |

**Tabel 8.** Toetsen van fysieke signalen van eetproblemen met ondergewicht

| Zichtbaar  | Onzichtbaar   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• gewichtsveranderingen</li> <li>• koude en blauwe handen</li> <li>• bleke gelaatskleur</li> <li>• verslapping/uitdroging van huid</li> <li>• haaruitval</li> <li>• donsbeharing (lanugo)</li> <li>• opgezwollen speekselklieren</li> <li>• schorre, hese stem</li> <li>• slecht gebit</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• onregelmatige of afwezige menstruatie (bij oudere kinderen, indien reeds menstruatie optrad)</li> <li>• lage bloeddruk</li> <li>• trage hartslag, hartritmestoornissen</li> <li>• obstipatie, maag-darmstoornissen</li> <li>• osteopenie, osteoporose</li> </ul> |

**Tabel 9.** Toetsen van lichamelijke gevolgen van ondervoeding/ondergewicht

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij jonge kinderen is het grootste risico <i>groeivertraging</i> of zelfs het <i>uitblijven van lengtegroei</i> door een te lage calorie-inname en een tekort aan bepaalde mineralen en vitamines.</li> <li>• Bij prepubertaire kinderen kan menarche uitgesteld worden of treden <i>menstruatiestoornissen</i> op: de menstruatie is erg onregelmatig of blijft uit.</li> <li>• <i>Daling van basaal metabolisme</i>: de ademhaling en de hartslag worden trager (een polsslag van minder dan 60 per minuut) en de bloeddruk daalt. Dit komt doordat het lichaam bij dalend gewicht en verminderde voedselinname zoveel mogelijk overschakelt op besparing in de stofwisseling. Als gevolg hiervan voelen de patiënten zich dikwijls erg moe, duizelig, lusteloos. Doordat de stofwisseling vermindert, daalt de lichaamstemperatuur. Hierdoor gaan de handen en de voeten gemakkelijk blauw kleuren en koud aanvoelen.</li> <li>• Bij slechte voedingstoestand ziet men <i>uitdroging van de huid en verstoring van de haargroei</i>: het hoofdhaar valt gemakkelijk uit, terwijl elders sprake is van een donsachtige beharing (gezicht, armen, borst en rug).</li> <li>• In combinatie met de hormonale stoornissen is er bij aanhoudende vermagering risico op <i>botverweking</i> (osteopenie, osteoporose) met groter gevaar op botbreuken.</li> <li>• Door de eenzijdige of beperkte voedselinname kan <i>obstipatie</i> optreden. Hieruit kan een vraag naar laxeermiddelen voortkomen, met mogelijk misbruik hiervan, wat de obstipatie nog verslechtert.</li> <li>• Bij extreme vermagering ontstaat vaak een <i>oedeem</i> in de onderbenen.</li> </ul> |
|--|

**Tabel 10.** Toetsen van lichamelijke gevolgen van braken en laxeren

- Door braken en laxeren ontstaan stoornissen in de elektrolytenhuishouding, in het bijzonder een tekort aan *kalium*. Dit kan leiden tot nier- en leverbeschadiging, spierkrampen en hartritmestoornissen.
- Bij veelvuldig braken komen de slokdarm en de mondholte voortdurend in contact met maagzuur. Hierdoor wordt het *tandglazuur* aangetast en ook *keelpijn* en *heesheid* kunnen voorkomen. Ook een *zwellling van de speekselklieren* kan optreden (bij veel braken na frequente eetbuien).
- Veelvuldig laxeren leidt tot *constipatie* en zo tot de vicieuze cirkel van steeds meer laxeren.
- Gebruik van diuretica leidt tot uitdroging en tot oedeem en zo tot de vicieuze cirkel van steeds meer plasmiddelen innemen.

### 3.2.4 Technische onderzoeken in de huisartspraktijk

**Tabel 11.** Welke technische onderzoeken?

|  |  |
|--|--|
| LABO   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• elektrolytenbalans (Na, K, Cl, bicarbonaat, fosfaat), magnesium, calcium, alkalische fosfatase, bloedgassen</li> <li>• lever- en nierfunctie</li> <li>• glycemie</li> <li>• lipiden</li> <li>• proteïnen en elektroforese</li> <li>• volledig bloedbeeld</li> <li>• groeihormoon</li> <li>• cortisol</li> <li>• schildklierfunctie</li> </ul> |  |
| ANDERE   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG &amp; echo-cardio</li> <li>• RX thorax</li> </ul>   |  |

**Tabel 12.** Interpretatie van laboresultaten

|  |   |
|--|---|
| leukocyten, Hb   | lichte leukopenie en anemie bij ondervoeding, maar ook bij organische acidemie                                  |
| Na, K, Cl, bicarbonaat   | gestoord bij purgeren maar ook bij endocriene, metabole en/of renale pathologie                                 |
| ureum, creatinine  | kunnen verhoogd zijn bij ondervoeding en/of dehydratie, maar ook bij nierinsufficiëntie                         |
| ASAT, ALAT   | kunnen stijgen tot 2 maal normale waarde bij ondervoeding; kan ook duiden op infectieuze of metabole pathologie |
| albumine<br>[betere parameter voor katabole toestanden is IGF-1] | maat voor voedingstoestand  |
| glucose  | hypoglycemie, secundair of primair; hyperglycemie bij (beginnende) diabetes mellitus                            |



## Hoofdstuk 4. Evaluatie: diagnose en indicatiestelling

Uit voorgaande moet duidelijk zijn met welk probleem we te maken hebben en wat de ernst ervan is. Op basis van de evaluatie zal bepaald worden welke verdere stappen moeten worden ondernomen. Omdat de aandacht (aanmeldingsklacht, hulpvraag, reden van verwijzing) betrekking had op ofwel een gewichtsafwijking ofwel een afwijkend eetgedrag, is het steeds belangrijk te kijken naar mogelijke combinaties van beide.

## Hoofdstuk 5. Planning: behandelplan

### 5.1 Basisregels voor behandelplanning

De belangrijkste ingrediënten van de aanpak zijn:

- Voorlichting over: gezonde voeding, 'normaal' eetgedrag, lichaamsgewicht en gewichtsregulatie, lichamelijke gevolgen van eet- en gewichtsproblemen.
- Begeleiding naar een gezonde leefstijl en een 'gezond' gewicht, in de zin van een gewicht dat bereikt wordt via een gezonde leefstijl, waarbij er gezondheidswinst is op fysieke parameters zoals cardiovasculaire en metabole risico's, gekoppeld aan meer welbevinden en een positief lichaamsbeeld.
- Vermijd te gericht te zijn op gewicht/eten alleen (gevaar voor ziekmakend effect van fixatie op eten/gewicht).
- Samenwerking met andere disciplines ivm ernst en aard van het probleem:
  - Voedingsadvies en opvolging door diëtist
  - Bewegingsadvies door kinesitherapeut of bewegingsdeskundige
  - Psycholoog (orthopedagoog, psychiater) bij negatief zelfbeeld en psychosociale problemen
- Afhankelijk van de leeftijd en maturiteit van het kind zal via de ouder gewerkt worden of (ook) met het kind.

### 5.2 Behandeling van overgewicht en obesitas

- In hoofdstuk 2 werd uiteengezet hoe het gewicht geïnterpreteerd wordt in functie van lengte en leeftijd (Vlaamse groeicurven). Naast de BMI (omgezet in percentielen) speelt ook de ontwikkeling een belangrijke rol. Daarom wordt bij de beoordeling bij voorkeur gebruik gemaakt van vroegere gegevens over de ontwikkeling (groei) die via de CLB-arts of Kind & Gezin verkregen kunnen worden. Hierdoor krijgen we een beter beeld van het *gewichtsverloop tijdens de ontwikkeling*.
- Naarmate een bepaald overgewicht langer is vastgesteld of ernstiger wordt, dringt zich sterker een deskundige behandeling op. Bij de indicatie houdt men ook rekening met de *risicofactoren* (zie tabel 2 en 3) omdat deze een aanwijzing zijn dat het probleem vermoedelijk niet spontaan zal verdwijnen en zelfs mettertijd ernstiger kan worden. Tijdig ingrijpen is dan ook de boodschap, wat niet betekent dat men zondermeer een behandeling moet starten als er een eerste keer 'overgewicht' vastgesteld wordt bij een overigens fysiek en psychosociaal gezond kind!
- Het hoofddoel is het bevorderen van de gezondheid van het kind (in brede zin: fysiek

en psychosociaal). Via een gezonde leefstijl kan gewerkt worden aan een verbetering in de lichaamssamenstelling (bv. verhouding tussen vetmassa en vetvrije massa). Aangezien kinderen nog groeien, zal een stabilisatie in gewicht of vertraging in gewichtstoename, zich vertalen in een afname van het overgewicht.

De behandeling berust op drie pijlers: (1) voedingsadvies, (2) beweging & sport, (3) motivatie & zelfvertrouwen.

### *Voedingsadvies*

Vertrek van de inspanningen die het kind reeds doet. Specifieke aandacht gaat naar (het opbouwen van) een regelmatig eetpatroon (drie hoofdmaaltijden en maximum drie gezonde tussendoortjes) en het (verder) ontwikkelen van een gezonde leefstijl, met aandacht voor regelmatig inname van fruit en groenten, volle granen, en zo weinig mogelijk ultrabewerkte voeding (voor tips, zie [www.gezondleven.be](http://www.gezondleven.be)). De focus ligt niet op minder eten maar op anders gaan eten (afgestemd op de inspanningen die het kind en zijn gezin reeds doen). Er is geen 'verboden' voedsel (bv. snoep, frisdrank), deze kunnen occasioneel en met mate, net zoals bij kinderen zonder overgewicht. De gezonde leefstijl geldt voor het hele gezin, en ouders hebben hierbij een belangrijke voorbeeldfunctie. Voor de concrete uitvoering, zeker bij ernstiger problemen, wordt de diëtist ingeschakeld.

### *Beweging en sport*

Ga na (bijv. met een bewegingsdagboek) hoeveel het kind elke dag aan beweging en sport doet. Ook het bewegings- en sportgedrag van de ouders kan geïnventariseerd worden, waarbij mogelijkheden verkend worden om het kind (de kinderen) te betrekken. Aan de hand hiervan wordt stapsgewijs meer beweging ingebouwd (van lichte, matige en sterke intensiteit). Bij peuters en kleuters wordt aangeraden om minstens 3 uur per dag fysiek actief te zijn, bij kinderen (en jongeren) is het uitgangspunt doorheen de hele dag licht intensief te bewegen, en minimaal 60 minuten per dag matig tot intens fysiek actief te zijn. Heel wat activiteiten kunnen ingebouwd worden in het dagelijks leefpatroon, bijv. te voet of met fiets naar school, trap in plaats van lift nemen, dagelijkse wandeling met hond doen. Bij gewichtsgerelateerde fysieke risico's kan het aangewezen zijn een kinesist of bewegingstherapeut in te schakelen.

### *Motivatie en zelfvertrouwen*

Zet in op het verhogen van de motivatie tot gedragsverandering (aanpassingen in leefstijl) en het versterken van het zelfvertrouwen (zeker als het kind een negatief zelfbeeld heeft of psychosociale problemen stelt). De ouders worden betrokken als steun en aanmoediging voor het kind. Zo nodig wordt hiervoor samengewerkt met een psycholoog (orthopedagoog, kinderpsychiater). Wees waakzaam dat de inspanning/gedragsverandering beloond wordt, niet het getal op de weegschaal.

## **5.3 Behandeling van ondergewicht**

- In hoofdstuk 1 werd uiteengezet hoe het gewicht geïnterpreteerd wordt in functie van lengte en leeftijd (Vlaamse groeicurven). Naast de BMI (omgezet in percentielen) speelt ook de ontwikkeling een belangrijke rol. Daarom wordt bij de beoordeling bij voorkeur gebruik gemaakt van vroegere gegevens over de ontwikkeling (groei) die via de CLB-arts of Kind & Gezin verkregen kunnen worden. Hierdoor krijgen we een beter beeld van het gewichtsverloop *tijdens de ontwikkeling*.

- Naarmate een bepaald ondergewicht langer is vastgesteld of ernstiger wordt, dringt zich sterker een deskundige behandeling op. Bij de indicatie houdt men ook rekening met de *mogelijke gevolgen voor de gezondheid* (zie tabel 8 & 9). Tijdig ingrijpen is dan de boodschap, wat niet betekent dat men zondermeer een behandeling moet starten als er een eerste keer 'ondergewicht' vastgesteld wordt bij een overigens fysiek en psychosociaal gezond kind!
- Het hoofddoel is het verbeteren van de algemene gezondheid en het *normaliseren van het gewicht* via een evenwichtige voeding. Individueel aangepaste voedingsschema's worden samen met de ouders en het kind opgemaakt.
- In geval van een selectief eetpatroon houdt men wel rekening met de voor- en afkeuren van het kind, maar wordt er stapsgewijze geoefend met nieuwe voedingsmiddelen. Voor de concrete uitvoering, zeker bij ernstiger problemen, wordt de diëtist ingeschakeld.
- Bij overdreven bewegingsgedrag (bijv. onverantwoord sporten) wordt dit tijdelijk afgeremd of gestopt tot een afgesproken gewichtsstijging tot stand is gekomen.
- Bij vermoeden van een eetstoornis wordt psychologische begeleiding ingeschakeld.

## **5.4 Behandeling van verstoord eetgedrag/eetstoornis**

### **5.4.1 Algemeen**

- Op elk gewicht, dus ook bij een normale BMI, kunnen kinderen verstoord eetgedrag vertonen (bijv. kieskeurig eten, te veel eten, te frequent eten, te snel of te traag eten, te veel snoepen). Vaak wordt pas ingegrepen als het eetgedrag ook het gewicht beïnvloedt (ondergewicht of overgewicht). Schakel een diëtist in voor verkenning van het voedingspatroon.
- Anderzijds moet men overwegen dat vreemde eetgewoonten bij kinderen wel vaker voorkomen maar veelal spontaan verdwijnen. Men moet dus nagaan in hoeverre het 'rare' of eenzijdige eetgedrag gevaren inhoudt voor de gezonde ontwikkeling van het kind.
- Sommige eetproblemen vormen een onderdeel van een complexere psychologische problematiek of een kinderpsychiatrische stoornis. Overleg en samenwerking met een psycholoog (orthopedagoog) of kinderpsychiater is dan noodzakelijk.
- Eetproblemen ten gevolge van (mond)motorische problemen vereisen een logopedische begeleiding.

### **5.4.2 Handvatten bij psychologische modellen van verstoord eetgedrag**

- Bij aanwezigheid van eetbuien is het belangrijk om controle te krijgen over de eetbuien.
- Bij lijngericht eten is bewustwording van dieethypes en het belang van een gezonde leefstijl belangrijk.
- Bij emotioneel eten staat het leren omgaan met emoties centraal.
- Bij extern eten zijn nee leren zeggen tegen verleiding en het leren uitstellen van behoeftebevrediging doelstellingen.
- Wanneer obesitas een uitdrukking is van een familiale pathologie of een comorbide psychopathologie, is verdere screening en uitdieping van het zorgtraject aangewezen.

## **Verdiepend kader – handvatten bij verstoord eetgedrag**

### **1. Omgaan met verleiding bij een externe eetstijl**

De basisstappen in zelfcontrole zijn

1. Zelfmonitoring en observatie
2. Doelen bepalen en opvolgen in actieplan
3. Zelfevalueren en bijsturen
4. Zelfbekrachtiging

**Zelfmonitoring en observatie.** Het bijhouden van het eetgedrag via een dagboek geeft inzicht in positieve punten en werkpunten. Het helpt om moeilijke momenten te inventariseren. Het eetdagboek bijhouden laat je best niet te snel los, want het geeft veel informatie en helpt de cliënt zelf ook om meer inzicht te krijgen. Samen noteren en concretisering zorgt voor minder mentale belasting.

**Doelen bepalen en opvolgen.** Bepaal doelen volgens het SMART-principe en formuleer ze positief ("wat zal je wél doen"). Formuleer kleine voedings-, bewegings- en gedragsdoelen. Denk aan self-efficacy en de goede match tussen omgeving en persoon.

Uitstellen van behoeftebevrediging doet beroep op de executieve functies, zoals cognitieve controle en werkgeheugencapaciteit. Hou rekening met de invloed van stress en bied het kind (en zijn gezin) mentale ontlasting (cognitieve sturing van het gedrag), via dagelijkse opvolging, concretisering van de doelen en vooraf bespreken van hindernissen en oplossingen.

### **2. Leren omgaan met emoties bij emotioneel eetgedrag**

Bij een verhoogde score op emotioneel eten is het belangrijk om eerst verder samen te exploreren en na te gaan wat de functie van het eetgedrag is en wat er aan de basis ligt van de emotionele problemen. Zo kan het aanleren van emotieregulatievaardigheden onvoldoende zijn wanneer iemand bv. ook kampt met een onverwerkte rouw of een majeure depressie.

### **3. Controle verwerven over eetbuien**

Als er eetbuien aanwezig zijn is het belangrijk om te exploreren wat de triggers van de eetbuien zijn, om de functie ervan te achterhalen. Bij de ene cliënt is het een manier om met verdriet om te gaan, bij de ander is het gewoontegedrag en bij nog iemand anders kan het een reactie op extreem lijngedrag zijn. De behandeling zal er voor deze drie personen heel anders uit zien.

### **4. Opvoedingsproblemen**

Bij opvoedingsproblemen kunnen we beroep doen op een protocol dat inzet op ouderlijke voedingsstrategieën. Facetten die hierin aan bod komen zijn het zoeken naar een balans tussen ouderlijke betrokkenheid en ouderlijke controle, en een cognitief luik.

Ook het belang van een onveilige gehechtheidsrelatie in het ontstaan van emotioneel eten mag niet vergeten worden. Bij algemene opvoedingsproblemen (socialisatieproblemen, gedragsproblemen) is samenwerking met andere hulpverleningsinstanties en/of doorverwijzing aangewezen.

### **5. Internaliserende of externaliserende problemen**

Een verdere screening is dan noodzakelijk via een klinisch interview, om te bepalen of doorverwijzing of een twee-sporenbeleid nodig is.

Meer info: Braet C, O'Malley G, Weghuber D, Vania A, Erhardt E, Nowicka P, Mazur A, Frelut ML, Ardelt-Gattinger E. (2014). The assessment of eating behavior in children who are obese: a psychological approach. A position paper from the European childhood obesity group. *Obesity Facts*, 7, 153-164.

## 5.5 Samenwerking met andere hulpverleners

### *Informatie-uitwisseling*

- Voor goede opvolging van kinderen maakt men bij voorkeur gebruik van de groeicurven die in het CLB zijn bijgehouden.
- Bij verwijzing naar de diëtist, andere medische specialisten of kliniek worden doel en planning afgesproken, via een voorschrift, verwijsbrief of telefonisch gesprek. De huisarts blijft in een coördinerende rol het medisch dossier opvolgen.
- In gevallen van (vermoeden van) psychische problematiek bij het kind of ernstige opvoedkundige problemen bij de ouders is samenwerking aangewezen met een psycholoog, kinderpsychiater of orthopedagoog.
- Afhankelijk van de duur en complexiteit van de behandeling is het raadzaam met diëtist en psycholoog afspraken te maken over somatische controles bij de huisarts voor zover nodig.
- In geval van drop-out (de patiënt stopt de behandeling bij huisarts of diëtist) is het aan te bevelen de CLB-arts op de hoogte te brengen als het een ernstige problematiek betreft. Deze kan nagaan waarom de patiënt gestopt is en mogelijk motiveren om de begeleiding te hervatten.

### *Behandeling in een multidisciplinair team*

- Behandeling in een multidisciplinair team is de 'gouden standaard' in geval van (ernstige) eet- en gewichtsproblemen bij kinderen en jongeren. De meerwaarde van een dergelijk team zit in een combinatie van kennis, vakmanschap, onderlinge ondersteuning en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid.
- Voor eet- en gewichtsproblemen moet de aanpak rekening houden met drie invalshoeken: medisch-somatisch, voedingskundig en psychosociaal. Een goed team moet deskundigheid in elk van deze domeinen combineren. Vandaar dat het vaak gaat om een samenwerking tussen een medicus (huisarts, kinderarts), een diëtist en een psycholoog (psychiater, orthopedagoog). Voor specifieke opdrachten kunnen tot het team ook behoren: een logopedist, een kinesitherapeut en verpleegkundigen.
- Bij de samenstelling van het team is het belangrijk dat de leden ervaring hebben in de behandeling van eet- en gewichtsproblemen bij kinderen en jongeren. Voor het goed functioneren van het team moeten de leden elkaars taken, bevoegdheden en werkzaamheden kennen en respecteren. Er moet een goede afstemming zijn van de behandeldoelen en het behandelplan. De teamleden moeten ook bereid zijn tot het uitwisselen van informatie en moeten voorkomen in onenigheid verwickeld te raken.
- Binnen de huisartsgeneeskunde zijn verschillende vormen van multidisciplinair samenwerken uitgewerkt en operationeel:
  - Vanuit een solohuisartspraktijk met diëtist en psycholoog/orthopedagoog; elk werkt in eigen praktijklocatie, maar er is geregeld overleg (via mail, en telefonisch)
  - Vanuit een solopraktijk met vaste diëtist en vaste psycholoog/orthopedagoog die raadpleging houdt in de locatie van de huisartspraktijk met geregeld overleg.
  - Vanuit een groepspraktijk met vaste diëtist en vaste psycholoog/orthopedagoog die raadpleging houdt in de locatie van de groepspraktijk met geregeld overleg
  - Vanuit een geïntegreerde interdisciplinaire eerstelijnspraktijk binnen één locatie met doorgedreven samenwerking.
- Omdat overleg cruciaal wordt hier als voorbeeld een stappenplan voor samenwerking met diëtist of psycholoog voorgesteld:

- Start: goed medisch rapport van huisarts met lengte, gewicht, bloedwaarden, klinische indruk, en werkhypothese.
- Na eerste consultatie door diëtist of psycholoog: kort verslag met bevindingen aan huisarts (voedingsanamnese/psychosociaal functioneren) en werkhypothese.
- Na drie consultaties door diëtist of psycholoog: uitgebreid vervolgrapport aan huisarts met metingen (gewicht, taille, lengte) of eventuele testresultaten, bevindingen uit anamnese, behandelplan, andere opmerkingen, voorstel tot verdere medische opvolging en afspraak verder overleg.
- Tussendoor: kort schriftelijk overleg (om elkaar op de hoogte te houden).
- Extra overleg: indien patiënt stopt, op een evaluatiemoment (bv. na 3 maanden begeleiding), bij belangrijke wendingen in de begeleiding.

## 5.6 Doorverwijzing

**Tabel 13.** Criteria voor verwijzing naar gespecialiseerde arts of kliniek

- Groeicurve: extreme of snel verslechterende afwijking van BMI-curve
- Afwijkende vitale parameters: bloeddruk, pols, temperatuur...
- Cardiovasculaire: capillaire refill, harttonen...
- Dermatologische veranderingen: lanugobeharing, haaruitval
- Tonus, spier-irritabiliteit of spasmen (hypocalcemie?); teken van Chovstek en Trousseau
- Oedemen
- Abnormale bottoestand (osteopenie, osteoporose)

**Tabel 14.** Verwijzing naar psycholoog of (kinder)psychiater

- Geen verbetering
- Tekenen van depressie of ernstige stemmingswisselingen
- Negatief zelfbeeld
- Angsten en vermijdingsgedrag
- Sterke stigmatisering of sociaal isolement (pestslachtoffer)

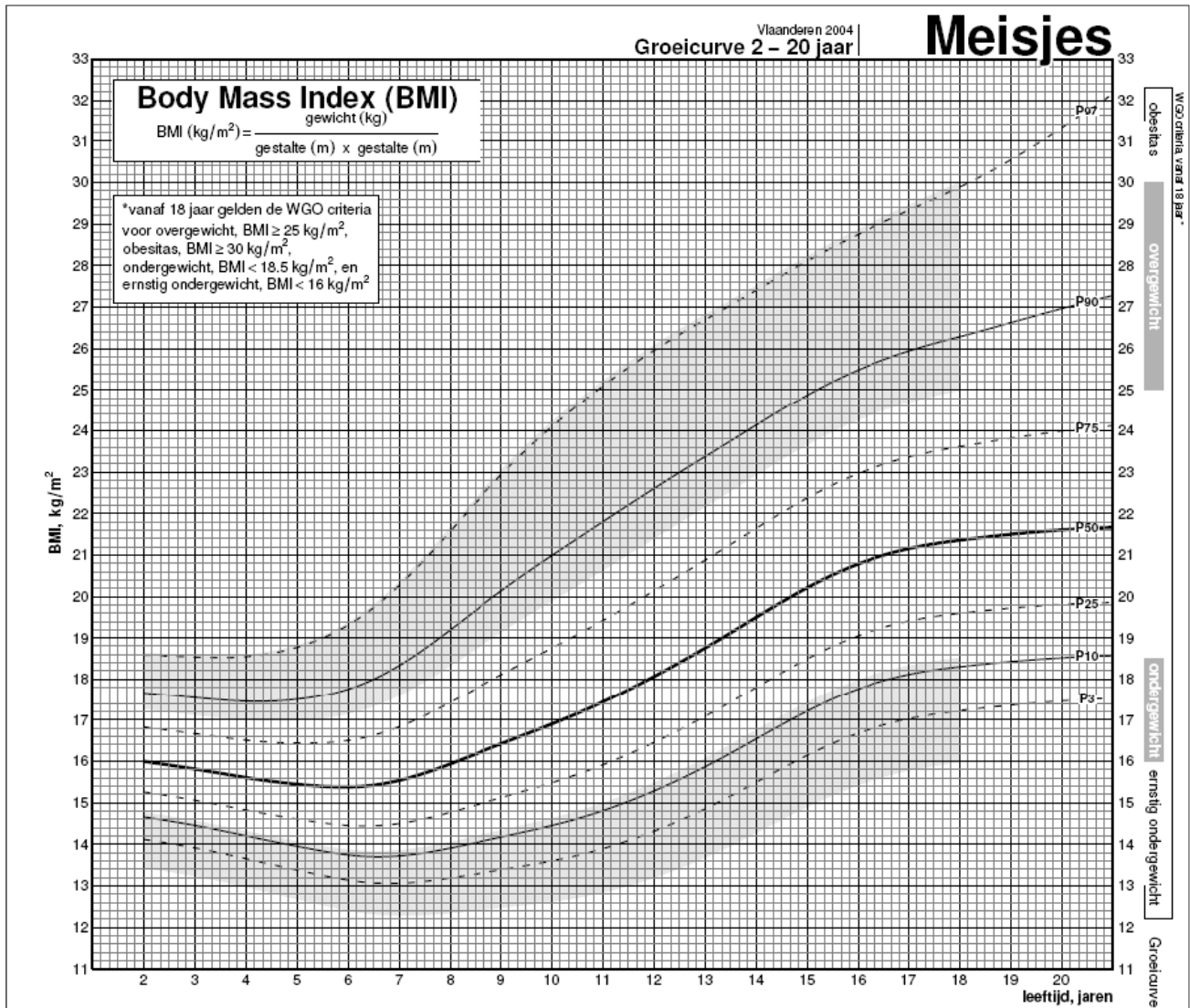
**Tabel 15.** Verwijzing naar diëtist

- Geen verbetering
- Ernstig ondergewicht
- Problematisch overgewicht of obesitas

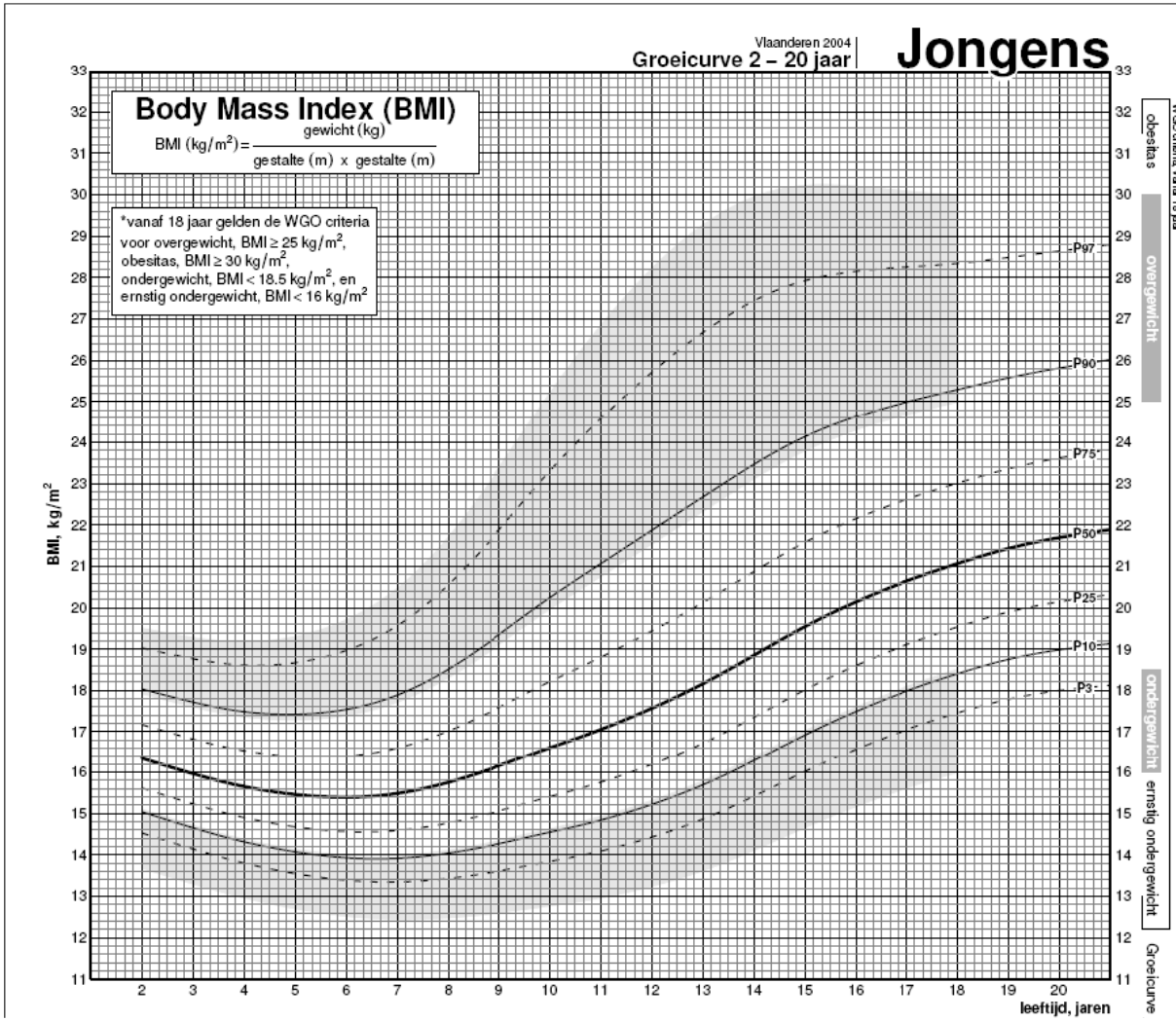
## **BIJLAGEN**

1. Vlaamse groeicurven
2. BMI-tabellen: grenswaarden voor jongens en meisjes
3. Specifieke voedings- en eetstoornissen: diagnostische criteria
4. Normale ontwikkeling van eetgedrag
5. Praktische tips voor ouders
6. Algemene informatie rond onder- en overgewicht
  - 6.1 Overgewicht
  - 6.2 Ondergewicht
7. EOSS-P
8. Documentatie
  - 8.1 Literatuur
  - 8.2 Websites

## 1. Vlaamse groeicurven







**2. BMI-tabellen: grenswaarden voor jongens en meisjes**

|                | Ernstig<br>ondergewic<br>ht | Ondergewic<br>ht | Normaal<br>Gewicht | Overgewic<br>ht | Ernstig<br>overgewic<br>ht |
|----------------|-----------------------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------------------|
| <b>Jongens</b> |                             |                  |                    |                 |                            |
| 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                       |
| <b>meisjes</b> |                             |                  |                    |                 |                            |
| 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                       |

Bron: *Vlaamse Groeicurven 2004*. Laboratorium Antropogenetica, Vrije Universiteit Brussel, en dienst Jeugdgezondheidszorg, Katholieke Universiteit Leuven.

### 3. Specifieke voedings- en eetstoornissen: diagnostische criteria

Hieronder volgende de DSM-5 criteria (APA, 2013) voor voedings- en eetstoornissen.

#### Vermijdende/restrictieve voedselintnamestoornis

Deze stoornis was voordien de 'voedingsstoornis tijdens de zuigelingenleeftijd of vroege kindertijd'. De criteria werden uitgebreid, en ook volwassenen kunnen deze diagnose krijgen, maar de diagnose wordt vaker gesteld bij kinderen. De criteria zijn:

- Een eet- of voedingsstoornis gekenmerkt door een aanhoudend falen om tegemoet te komen aan de gepaste nutritionele en/of energetische noden, geassocieerd met één (of meer) van de volgende:
- Significant gewichtsverlies (of het niet bereiken van de verwachte gewichtstoename of verstoorde groei bij kinderen)
- Significante nutritionele tekorten
- Afhankelijkheid van sondevoeding of orale voedingssupplementen
- Duidelijke interferentie met psychosociaal functioneren
- Het gedrag wordt niet verklaard door een gebrek aan beschikbare voeding of door een culturele strafprocedure.
- Het gedrag vindt niet exclusief plaats binnen het verloop van Anorexia Nervosa of Boulimia Nervosa, en er is geen aanwijzing van een verstoorde beleving van het eigen lichaamsgewicht of de lichaamsvormen.
- De eetstoornis is niet te wijten aan een medische aandoening, of kan beter verklaard worden door een ander mentaal gezondheidsprobleem. Wanneer deze samen voorkomt met een andere aandoening/stoornis, is het gedrag ernstiger dan verwacht, en vereist het afzonderlijke klinische aandacht.

Andere voedingsstoornissen die vaker bij kinderen voorkomen dan bij volwassenen zijn **pica** (het eten van stoffen die niet eetbaar zijn) en **ruminatiestoornis** (rumineren van voedsel). Vaak zijn deze stoornissen gekoppeld aan een ontwikkelingsstoornis.

#### Pica

Is het herhaald eten van stoffen die niet eetbaar zijn en dit gedurende een periode van minstens een maand, waarbij het eten van deze stoffen niet past bij het ontwikkelingsniveau (dit komt vrij vaak voor bij kinderen tussen 18 en 36 maanden, maar wordt daarna steeds zeldzamer). Daarom wordt de leeftijd van 2 jaar als minimumleeftijd voorgesteld voor de diagnose. Het gedrag maakt geen deel uit van culturele of sociale gebruiken. Wanneer het gedrag samen voorkomt met andere mentale stoornissen (bv. ASS) of medische condities (bv. zwangerschap), is het ernstig genoeg om aparte klinische aandacht te vereisen. Pica komt vaak voor in combinatie met mentale stoornissen die geassocieerd zijn met beperkingen in het functioneren.

#### Ruminatiestoornis

Half verteerd voedsel wordt herhaaldelijk en zonder inspanning uit de maag naar boven gewerkt, herkauwd en weer ingeslikt of uitgespuwd, in de afwezigheid van een gekende causale, organische stoornis (bv. gastro-oesofagale reflux). Het wordt dikwijls gerapporteerd bij kinderen met een ontwikkelingsachterstand, maar de diagnose kan het

hele leven worden gesteld (bijvoorbeeld bij personen met een mentale beperking). Om de diagnose te stellen, moet dit gedrag zich minstens een maand voordoen. Het gedrag past niet uitsluitend binnen het verloop van Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa, de Eetbuistoornis, of de Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis. Wanneer het gedrag samen voorkomt met een andere mentale stoornis (bv. intellectuele ontwikkelingsstoornis), is het ernstig genoeg om aparte klinische aandacht te vereisen.

De volgende eetstoornissen die typisch voorkomen in de adolescentie, kunnen ook voor de leeftijd van 12 jaar optreden al blijft dit relatief zeldzaam.

### **Anorexia nervosa**

In DSM-5 worden volgende criteria opgesomd om te zien of iemand voldoet aan de diagnose 'anorexia nervosa' (vrije vertaling van de Engelstalige criteria):

- Beperking van de energie-inname volgens behoefte die leidt tot een opmerkelijk laag lichaamsgewicht gezien de lengte, leeftijd, sekse, ontwikkelingstraject, en lichamelijke gezondheid. Een opmerkelijk laag gewicht wordt gedefinieerd als een gewicht dat lager is dan wat minimaal normaal is, of bij kinderen en adolescenten lager dan wat minimaal verwacht mag worden.
- Intense angst om aan te komen in gewicht en om dik te worden, of aanhoudend gedrag om toename van gewicht te voorkomen, zelfs bij een opmerkelijk laag gewicht.
- Verstoring van de wijze waarop het lichaamsgewicht of het figuur wordt ervaren, onevenredig grote invloed van het gewicht of het figuur op de zelfwaardering, of een aanhoudend gebrek aan inzicht in de ernst van het lage lichaamsgewicht.

Er worden 2 types onderscheiden, namelijk het eetbuien/purgerende type, waarbij er sprake is van eetbuien en purgeergedrag (bv. zelfopgewekt braken, misbruik van laxemiddelen, misbruik van diuretica) en het restrictieve type, waarbij eetbuien en purgeergedrag niet voorkwamen de voorbije 3 maanden, en het ondergewicht voornamelijk gecreëerd wordt door lijnen, vasten en overmatige lichaamsbeweging. De *ernst* van Anorexia Nervosa wordt in de DSM-5 bepaald door de BMI (BMI  $\geq$  17 betekent een lichte ernstscore en BMI  $<$  15 wordt beschouwd als zeer ernstig). Wanneer er geen extreem gewichtsverlies is, maar de andere symptomen wel aanwezig zijn, wordt gesproken van a-typische Anorexia Nervosa. Deze stoornis valt onder de categorie 'andere specifieke eetstoornissen'.

### **Boulimia nervosa**

In de DSM-5 worden volgende criteria onderscheiden (vrije vertaling)

- Terugkerende episodes van eetbuien. Een eetbui wordt gekenmerkt door de volgende twee kenmerken:

(1) Eten in een afgebakende periode (bijvoorbeeld 2 uur) van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen zouden eten gedurende dezelfde tijd onder dezelfde omstandigheden.

(2) Een gevoel van gebrek aan controle over het eten gedurende die episode (bijvoorbeeld een gevoel dat men niet kan stoppen met eten; geen controle over wat of

hoeveel men eet).

- Terugkerend ongepast compensatiegedrag om gewichtstoename te voorkomen, zoals zelf opgewekt braken, misbruik van laxeermiddelen, diuretica, of andere medicatie, vasten, of excessief bewegen.
- De eetbui en het ongepaste compensatiegedrag komen allebei gemiddeld (minstens) één keer per week voor in de laatste drie maanden.
- De zelfwaardering wordt onevenredig sterk beïnvloed door het figuur en het gewicht.
- De verstoring vindt niet alleen plaats gedurende episodes van Anorexia Nervosa.

De ernst van de Boulimia Nervosa wordt bepaald door de frequentie van het compensatiegedrag (1-3 x per week is licht; >14 x per week is extreem ernstig). Wanneer eetbuien zich minder frequent of minder langdurig voordoen, maar de andere symptomen wel aanwezig zijn, wordt gesproken van subklinische Boulimia Nervosa of Boulimia Nervosa met lage frequentie en/of van beperkte duur. Wanneer de persoon enkel purgeergedrag vertoont en geen eetbuien heeft, wordt gesproken van een Purgeerstoornis. Deze stoornissen vallen onder de categorie 'andere specifieke eetstoornissen' (zie verder).

### Eetbuistoornis

Deze groep eetstoornissen (ook bekend als „*binge eating disorder*“) vertoont enige overlap met boulimia nervosa. Patiënten met deze eetstoornis hebben alle kenmerken van boulimia nervosa wat eetbuien betreft, maar compenseren niet zodat hun gewicht onvermijdelijk gaat stijgen. Deze patiënten zouden wel slanker willen zijn, maar hebben het opgegeven of houden hun lijnpogingen niet lang vol. De eetbuistoornis gaat dan ook vaak gepaard met overgewicht/obesitas.

Sinds kort wordt de eetbuistoornis als een afgebakende eetstoornis gedefinieerd. De DSM-5 lijst naast anorexia nervosa en boulimia nervosa ook voor deze groep specifieke criteria op:

- Herhaalde episodes van eetbuien. Een eetbui wordt gekenmerkt door de volgende kenmerken:

(1) Eten in een afgebakende periode (bijvoorbeeld binnen twee uur), van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen zouden eten gedurende die periode in dezelfde omstandigheden.

(2) Een gevoel van gebrek aan controle over het eten gedurende een eetbui (bijvoorbeeld een gevoel dat men niet kan stoppen met eten of controleren hoeveel men eet).

- Een eetbui wordt gekenmerkt door de volgende drie (of meer) kenmerken:

1. veel sneller eten dan gebruikelijk

2. eten tot men zich onaangenaam vol voelt

3. eten van een grote hoeveelheid voedsel terwijl men lichamelijk geen honger heeft

4. alleen eten omdat men zich schaamt over hoeveel men eet

5. na afloop van de eetbui voelt men zich walgelijk, depressief of schuldig

- Het hebben van eetbuien gaat gepaard met sterke gevoelens van stress.
- De eetbui vindt (minstens) gemiddeld 1 keer per week plaats gedurende drie maanden.
- De eetbui wordt niet gevolgd door terugkerend ongepast compenserend gedrag

(bij voorbeeld zelf opgewerkt braken, vasten, extreem veel bewegen) en gebeurt niet exclusief gedurende de periode van Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa of een Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis.

De ernst van de Eetbuistoornis wordt bepaald door de frequentie van de eetbuien (1-3 x per week is licht; >14 x per week is zeer ernstig). Wanneer eetbuien zich minder frequent of minder langdurig voordoen, maar de andere symptomen wel aanwezig zijn, wordt gesproken van subklinische Eetbuistoornis of Eetbuistoornis met lage frequentie en/of van beperkte duur. Wanneer de eetbuien enkel plaatsvinden bij het 's nachts wakker worden, wordt gesproken van Nachtelijk eetsyndroom ('*Night Eating Syndrome*'). Deze stoornissen vallen onder de categorie 'andere specifieke eetstoornissen'.

## 4. Normale ontwikkeling van eetgedrag

Up-to-date informatie vind je op [www.eetexpert.be/info/ontwikkeling-eetgedrag/](http://www.eetexpert.be/info/ontwikkeling-eetgedrag/)

### 4.1 Energiebehoefte

- De veranderingen in eetpatronen bij kleuters worden grotendeels bepaald door de normale veranderingen in energiehoefte tijdens het opgroeien van de kleuter. De energiebehoefte van een kleuter wordt in grote mate bepaald door gewicht en lengtegroei. De normale jaarlijkse gewichtsstijgingen tussen het derde en zesde levensjaar (tussen 2 à 4 kg) bedragen minder dan de helft van deze gedurende de eerste twee levensjaren. In het eerste levensjaar wordt de toename vooral bepaald door de vetmassa, terwijl kleuters die normaal veel actiever worden, hun gewichtstoename verkrijgen door spiermassa. Dit verklaart waarom kleuters maar de helft van hun energiebehoeften nodig hebben in vergelijking met de eerste levensjaren.
- De eetlust bij kleuters kan sterk variëren afhankelijk van hun activiteiten. Dit is belangrijk om te weten zodat ouders niet onmiddellijk verontrust hoeven te zijn. Ook beschikt de kleuter over een zelfregulatiesysteem wat betreft het hongergevoel. Het hongergevoel van een kind neemt toe naarmate de tijd tussen twee hoofdmaaltijden groter wordt en naarmate de energiedichtheid van de laatste maaltijd kleiner wordt. Indien de ouders de hoeveelheden voedsel gaan bepalen voor het kind, bestaat het gevaar dat het zelfregulatiesysteem van het kind verloren gaat en daardoor te veel of te weinig gaat eten.
- Vanaf de leeftijd van zes jaar gaan de kinderen weer een grotere energiebehoefte hebben, daar tijdens deze periode vetreserves worden aangelegd. Deze zijn noodzakelijk voor de normale pubertaire ontwikkeling. Deze vetopstapeling zal bij meisjes (8-9 jaar) vooral aan de billen gebeuren en bij jongens (10-11 jaar) aan de buik. Genetische aanleg speelt hier een rol. Wanneer één van de ouders overgewicht heeft, is de kans groot dat het kind ook last zal hebben van overgewicht. Wanneer beiden ouders overgewicht hebben, is de kans nog groter dat het kind met overgewicht zit. De gemiddelde energiebehoefte van zuigelingen en jonge kinderen wordt beschreven in de voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (2016) (zie (<https://www.health.belgium.be/nl/advies-9285-voedingsaanbevelingen-voor-belgie-2016>; tabel 6). Bij de energiebehoefte van kinderen en adolescenten wordt rekening gehouden met het activiteitsniveau (Tabel 7 in de tekst van de HGR). Jonge kinderen hebben een hogere vetbehoefte, vanaf de leeftijd van 3 jaar mag de vetverhouding verminderd worden naar 30-35 % van de totale energiebehoefte. De voeding van jonge kinderen, tot de leeftijd van 2 jaar (24 maanden), bevat bij voorkeur slechts 8 à 12 % eiwitten in de totale energiebehoefte, gezien de relatie tussen overmatige eiwitinname in de eerste levensjaren en het risico op overgewicht op latere leeftijd. Na de eerste 2 levensjaren mag het eiwitgehalte geleidelijk toenemen. Bij volwassenen ligt de eiwitinname tussen 15% en maximaal 25% (VVK, 2019).

### 4.2 Smaakontwikkeling

- Gedurende de eerste 18 levensmaanden zal een kind de meeste voeding die wordt aangeboden, zonder problemen opeten. Dit komt doordat echte smaakvoorkeuren zich pas na de leeftijd van 18 maanden ontwikkelen. Vanaf dan zal een kind niet

zomaar meer willen experimenteren met nieuwe smaken. Er zouden wel tot zo'n tiental proefbeurten nodig zijn eer een kind een nieuwe smaak als lekker gaat ervaren. Men mag dus niet te snel besluiten dat een kind een bepaald, nieuw voedingsmiddel niet lust.

- Tussen drie en zes jaar krijgen de smaak en de voedselvoorkeur van kinderen steeds vastere vorm. Iedereen blijft echter wel z'n hele leven evolueren wat smaken en voorkeuren betreft.
- Men kan dus niet verwachten dat een kind alles lekker vindt en dus ook alles wil eten. Niettegenstaande een bescheiden assortiment aan voorkeuren, moet een kind een gevarieerd voedingsaanbod voorgeschoteld krijgen om niet in een eenzijdige voeding te vervallen. Het wordt aangeraden het kind telkens een kleine hoeveelheid van nieuwe voedingsmiddelen te laten proeven, zonder het te dwingen een grote portie op te eten.

### 4.3 Soorten voedsel

- Kleuters eten 'wat de pot schaft'. Dit wil zeggen dat er in principe geen beperking is voor een kind qua soorten voedsel vanaf de leeftijd van één jaar. Het mogen mee-eten met de rest van het gezin kan helaas een valkuil zijn voor wat betreft gezonde voeding.
- Zolang babyvoeding afzonderlijk wordt klaargemaakt letten ouders meestal nauwgezet op een voldoende groenten- en fruit aanbod, terwijl ze voor zichzelf de regels van gezonde voedingsgewoonten met de voeten treden. Bijgevolg dreigt een probleem van te weinig groente- en fruitinname (en teveel suikerinname) eens het kind mee-eet uit de 'gezinspot'.
- Een kleuter moet in staat zijn om mee te eten met de andere gezinsleden, zonder dat zijn/haar voedsel gemixt of gemalen moet worden. Uiteraard worden grotere stukken (zoals vlees) wel in hapklare stukjes gesneden zolang het kind dit zelf niet kan.

### 4.4 Eetgewoonten

- Een kleuter kan vrij zelfstandig eten, een beetje morsen is uiteraard toegestaan. Boterhammen, stukjes fruit, een koek,... eet hij uit de hand, de warme maaltijd met een vork of een lepel.
- Een kleuter kan drinken uit een glas/beker of met een rietje, hij drinkt niet meer uit een zuigfles. Het gebruik van een tuitbeker wordt afgeraden omdat zo het zuig- en slikpatroon van een baby (via borst/speen) in stand gehouden wordt.
- Logischerwijze worden de motorische vaardigheden van kinderen aan tafel steeds beter met ouder te worden. In de lagere school kan men verwachten dat een kind met mes en vork eet.
- Voor het hele gezin is het sterk aan te raden een maaltijd aan tafel te nemen (niet voor de televisie, niet rechtstaand), in een rustige omgeving, liefst allemaal samen en op vaste tijdstippen. Het wordt afgeraden een kind al spelend te laten eten of er met een lepel achteraan te lopen. Ook spelen of tekenen hoort niet tijdens de maaltijd. Praten kan uiteraard wel want de maaltijden kunnen een gezellig gezinsmoment zijn. Het is belangrijk om het goede voorbeeld te geven, Zoals bij vele andere dingen, leert een kind goede tafelmanieren door imitatie.



#### 4.5 Hulpmiddelen

Specifieke informatie rond voeding bij (jonge) kinderen vind je via deze links:

- Brochure “Gezonde voeding voor peuters en kleuters” van de VVK (2019): zie <https://vkindergeneeskunde.be/richtlijnen/2019/11/gezonde-voeding-voor-peuters-en-kleuters>
- Brochure “1 2 3 aan tafel – Gezond eten voor kinderen tussen 3 en 6 jaar van Nice (2020): zie <https://www.nice-info.be/materialen/123-aan-tafel-gezond-eten-voor-kinderen-tussen-3-en-6-jaar>

## 5. Psychologische modellen van verstoord eetgedrag

Voor goede **zorg op maat** wordt de functie van het eetgedrag bekeken. Gaat het om extern eten, waarbij de persoon verleid wordt door externe voedselprikkels zoals smaak en geur, i.t.t. het interne honger- en verzadigingsgevoel? Gaat het om emotioneel eten, waarbij voedsel als troost wordt gebruikt? Of gaat het om lijngericht eten, waardoor een cognitieve grens wordt gelegd op wat en hoeveel er gegeten wordt (zie verder)?

### **Drie vormen van onevenwichtig eetgedrag (Braet et al., 2014)**

Naast honger en verzadiging zijn er psychologische redenen om te eten.

- Wanneer **emotioneel eten** een rol speelt, is het moeilijk om een stabiel gewicht te behouden door enkel gezond eetgedrag en beweging. Het komt relatief vaak voor, 40% van de populatie eet om spanning te verminderen en negatieve gevoelens te verminderen. Het is daarom een vorm van palliatieve coping (afleiding zoeken en zich met andere dingen bezig houden om niet aan het probleem te hoeven denken; proberen zich wat prettiger te voelen door te eten).
- **Extern eten** speelt vaak een rol bij kinderen en jongeren met obesitas. Lekker eten in de omgeving trekt sneller hun aandacht en het is moeilijker om de drang om te eten te weerstaan. Wanneer het eten goed smaakt is ook de portiegrootte beperken een uitdaging.
- **Lijngericht eten** is een streng onevenwichtig dieet volgen met de focus op gewichtsverlies. Lijngedrag is niet vol te houden gedurende het hele leven omdat er vaak te weinig calorieën worden opgenomen. Vaak ontzeggen lijners zich 'verboden voedsel', wat op termijn kan leiden tot het meer aantrekkelijk worden van deze voedingsmiddelen. Langdurig lijnen kan zelfs eetbuien uitlokken door de grote honger die ontstaat. Zo is ongezond lijngedrag een risicofactor voor **eetstoornissen**. Ongeveer 9% van de obese jongeren ontwikkelt boulimia nervosa na pogingen om hun gewicht te controleren [Fairburn et al., 1997].

### **Leerprocessen**

Ook leerprocessen spelen een rol in het **aanleren van eetgedrag**. Een bekend voorbeeld is het koppelen van TV-kijken aan eten. Je gaat voor de tv zitten en krijgt al zin/honger om iets te eten door conditionering. De TV is dan een signaal dat er eten zal komen, ook al heb je in principe geen honger. Ook moeten kinderen fruit en groenten **leren eten**. Een nieuw voedingsmiddel durven proeven of lekker vinden gaat niet vanzelf. Gemiddeld duurt het 10 proefbeurten voordat het kind iets nieuws zal lusten. Ouders mogen niet te snel opgeven hun kinderen te stimuleren deze **neofobie** te overwinnen.

### **Beloningsgevoeligheid**

Kinderen die zeer beloningsgevoelig zijn, zijn ook gevoelig voor 'lekker eten'. Voor hen is het veel moeilijker om hun leefstijl aan te passen. Maar dit persoonlijkheidskenmerk kan ook op een positieve manier aangesproken worden. Deze kinderen zijn ook gevoeliger voor kleine beloningen zoals stickers, complimentjes,... wat een troef kan zijn in de opvoeding en behandeling.

## 5. Praktische tips voor ouders

Up-to-date informatie vind je op [www.eetexpert.be/info/ontwikkeling-eetgedrag/](http://www.eetexpert.be/info/ontwikkeling-eetgedrag/)

### 5.1 Algemene tips (Bron: Kinderen gezond leren eten, *Nutrinews*)

- Het goede voorbeeld doet wonderen. Dit geldt voor tafelmanieren en voor eetgewoonten.
- De televisie eet niet mee. Ook spelen of tekenen hoort niet tijdens de maaltijd. Praten moet uiteraard wel kunnen, de eetmomenten zijn een ideaal gezellig gezinsmoment.
- Een tafel om van te smullen. Laat kinderen op hun eigen, originele manier de tafel dekken. Kies eetgerei dat is aangepast aan hun motoriek.
- Zorg voor klokvaste maaltijden: een kind heeft nood aan regelmaat, ook met betrekking tot eten.
- Roep de kinderen aan tafel wanneer het eten bijna klaar is, zo kunnen ze hun spel of activiteit afronden.
- Neem rustig de tijd, maar tafel niet te lang. Verwacht niet dat kinderen zoals volwassenen rustig kunnen natafelen. Maak duidelijke afspraken.
- Begin met een beetje. Een te vol bord is vaak niet aantrekkelijk voor kinderen met weinig eetlust. Vraagt je kind bij, reageer dan positief in plaats van negatief bij het niet leegeten van het (te vol) bord).
- Een nieuwe smaak is niet meteen raak. Blijf nieuwe smaken aanbieden, eventueel in combinatie met geliefde smaken.
- Voor een keer is belonen fout. Een beloning voor een leeg bord of een straf voor een vol bord aan het einde van de maaltijd maakt van eten een machtsmiddel. Schenk niet te veel aandacht aan een niet leegegeeten bord en geef geen tussendoortje kort nadien.
- Het bord moet niet altijd leeg. Ouders beslissen wat er gegeten wordt en wanneer, maar het kind geeft aan hoeveel.

### 5.2 Eetmomenten (Bron: website Kind & Gezin)

- Kinderen tussen 1 en 6 jaar groeien snel en zijn heel actief. Geef een kind gezonde, aantrekkelijke maaltijden en tussendoortjes.
- Het ontbijt is en blijft een zeer belangrijke maaltijd: jong geleerd is oud gedaan.
- De meeste kinderen kunnen alleen kleine porties aan. Spreid de voeding over drie hoofdmaaltijden en maximum drie tussendoortjes.
- Zorg er wel voor dat je niet vervalt in een patroon waarin een kind de hele dag door eet en drinkt. Ouders laten zich hier soms toe verleiden wanneer hun kind bij de maaltijden niet of slecht eet.
- Heeft een kind altijd iets te drinken of te eten, dan houdt dat enkele gevaren in:
  - Hoe groter het aantal eetmomenten is, des te groter de kans op tandbederf.
  - Leeft een kind op tussendoortjes, dan raakt zijn voedingsevenwicht uit balans.
  - Energierijke tussendoortjes bederven zijn eetlust. Zo heeft een kind bij de volgende hoofdmaaltijd geen honger meer.
  - Hou het aantal en de hoeveelheid tussendoortjes goed in de gaten. Het gevaar bestaat namelijk dat een kind elke gemoedstoestand gaat koppelen aan een bepaalde smaak: bijv. troosten aan zoet, tv-kijken aan chips, enz.

### 5.3 Moeilijke eters (Bron: Boek *Van eetlust tot eetlast*)

- Zorg voor voldoende buitenlucht vooraleer aan tafel te gaan. Na een spelletje buiten of een wandeling zal het eten meestal veel lekkerder smaken.
- Waarschuw het kind op tijd dat het aan tafel moet komen zodat het rustig zijn spel kan afmaken.
- Zorg voor een niet te warme of te koude temperatuur binnenshuis, omdat beide extremen vaak de eetlust negatief beïnvloeden.
- Verwacht geen grote trek wanneer het kind erg moe of erg onrustig is.
- Een maaltijd moet aan tafel genomen worden (niet voor de televisie, niet rechtstaand), in een rustige omgeving, liefst met het hele gezin en op vaste tijdstippen. Het kind niet al spelend laten eten of er met een lepel achterlopen.
- Probeer van elke maaltijd een feest te maken (familieruzies moeten niet aan tafel uitgevochten worden).
- Laat het kind meehelpen met het dekken van de tafel; een leuk tafelkleed of onderleggers kunnen helpen.
- Laat het kind eens mee beslissen over wat er de volgende dag gegeten wordt.
- Pas de voeding, de hoeveelheid en de consistentie aan aan de leeftijd van het kind (een peuter/kleuter is geen kleine volwassene).
- Schep niet te veel op het bord; grote borden met weinig op zijn meestal aantrekkelijker dan volle kleine borden.
- Beter zes kleine maaltijden dan drie grote, maar om het uur eten aanbieden mag ook niet (zorg voor een gezond tien- en vieruurtje).
- Varieer zoveel mogelijk de voeding.
- Bij kinderen met ondergewicht kan men de calorieën in de voeding opdrijven door voldoende vetstoffen te gebruiken, bv. volle melk en vollemelkproducten gebruiken.
- Dien de soep liefst een tijdje voor de maaltijd op of geef ze na de maaltijd als drank.
- Laat je kind geen uren aan tafel zitten, dit helpt ook niet. Hierdoor krijg je geen plezierige associatie met tafelen. Voor kleine en beweeglijke kinderen is drie kwartier aan tafel zitten voldoende.

### 5.4 Overgewicht (Bron: Boek *Van eetlust tot eetlast*)

- Zeg nooit iets over het gewicht van je kind in de negatieve betekenis. Kinderen voelen deze opmerkingen aan alsof ze niet goed of niet geliefd zijn.
- Oefen niet te veel controle uit op het eetgedrag van het kind. Dit leidt tot stiekem eten en snoepen.
- Zorg voor een evenwichtige voeding (de voedingsdriehoek kan hierbij helpen, zie [www.gezondleven.be](http://www.gezondleven.be)).
- Geef het goede voorbeeld: eet met kleine hapjes en kauw langzaam.
- Schep niet te veel ineens op het bord, het kind kan dan nog bijvragen.
- Leg je kind geen streng dieet op, zo mist het voedingsstoffen die belangrijk zijn voor de ontwikkeling. Bovendien gaat het kind honger krijgen, waardoor het de neiging kan hebben stiekem of tussendoor te eten of te snoepen.
- Bouw sport en actief spel in bij jullie gezin (bv. met de fiets naar school gaan, met het gezin gaan wandelen of zwemmen. Zoek samen naar een sportieve hobby die je kind leuk vindt).

Meer tips rond communiceren over eten en gewicht vind je op [www.eetexpert.be/info/communicatie/](http://www.eetexpert.be/info/communicatie/)

## 6. Algemene informatie rond onder- en overgewicht

### 6.1 Overgewicht

*Hoe ontstaat overgewicht/obesitas?*

- Het gewicht neemt toe wanneer er meer energie wordt opgenomen (via voeding en drank) dan er wordt verbruikt. Het zenuwstelsel en talrijke hormonen regelen de energiehuishouding en de eetlust. Het lichaam streeft zoveel mogelijk naar evenwicht en houdt niet van gewichtsschommelingen. Indien er toch aanhoudend te veel voedsel wordt opgenomen, zal het energie-overschot onder de vorm van vet worden gestockeerd en neemt het gewicht toe.
- Omgevingsinvloeden beïnvloeden eet- en beweeggedrag. De hedendaagse maatschappelijke context bevat tal van prikkels die het gebruik van zoete en vetrijke voedingsmiddelen en dranken aanmoedigen en de spontane bewegingsactiviteiten afremmen.
- De erfelijke aanleg maakt dat sommige kinderen, blootgesteld aan dezelfde ongunstige voedingsomgeving, gemakkelijker en sneller obesitas ontwikkelen dan andere kinderen. Psychologische processen spelen een rol in hoe we met eten omgaan. Zo kunnen emotionele problemen en (emotie)regulatieproblemen een toename in eetgedrag met zich meebrengen, of controleverlies over eten uitlokken. Ook (een gevoel van) deprivatie, bv. bij streng lijngedrag, kan controleverlies uitlokken.
- In zeldzame gevallen wordt obesitas veroorzaakt door erfelijke ziekten, hormonale stoornissen of letsels van het centraal zenuwstelsel. Van enkele medicamenten is bekend dat ze overgewicht kunnen veroorzaken.

*Gevolgen van overgewicht (bron: www.gezondebasis.nl)*

- Lichamelijke gevolgen  
Overgewicht kan heel wat gevolgen hebben voor de lichamelijke gesteldheid. Kinderen die te zwaar zijn, kunnen klachten aan voeten, knieën, benen en rug krijgen: ze torsen hun lichaamsgewicht immers de hele dag met zich mee, wat zorgt voor overbelasting. Ook kortademigheid, snurken, hoofdpijn, slaapstoornissen, huidinfecties en een verhoging van het cholesterol zijn voorbeelden van klachten bij kinderen met overgewicht. Op de lange termijn brengt overgewicht bij kinderen nog veel grotere risico's met zich mee. Volwassenen die als kind overgewicht hadden, hebben een verhoogde sterftekans. Bijna één op de drie kinderen met overgewicht heeft een verhoogde bloeddruk en loopt aanzienlijk meer kans suikerziekte of een hart- of vaatziekte te krijgen.
- Psychologische en sociale gevolgen  
Naast lichamelijke gevolgen, kan overgewicht ook een behoorlijke invloed op het sociale leven van kinderen hebben. Kinderen met overgewicht worden dikwijls meer gepest dan hun leeftijdgenootjes. Ze voelen zich vaker buitengesloten of schamen zich voor hun omvang en kunnen kampen met een negatief zelfbeeld. Kinderen met overgewicht zijn bovendien vaker somber en hebben meer gedragsproblemen en emotionele problemen. Een andere mogelijke reactie is dat ze zich juist extra gaan verweren en daardoor extreem assertief gedrag gaan vertonen.

## 6.2 Ondergewicht

*Gevolgen van ondergewicht* (bron: [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl))

Bij mensen met ondergewicht heeft het lichaam moeite om goed te functioneren. De conditie gaat achteruit (lichamelijk, maar ook geestelijk), men kan snel duizelig worden en het haar valt meer uit dan normaal. Het lichaam maakt allereerst de vetreserves op, met vermagering als gevolg. Wanneer iemand geen vetreserves meer heeft, kunnen ook andere weefsels worden aangetast zoals spieren, lever, nieren, hart en zenuwweefsel. Hierdoor ontstaan diverse lichamelijke klachten (zie de volgende alinea). Klachten bij ernstig ondergewicht zijn vergelijkbaar met de lichamelijke klachten van iemand die ondervoed is geraakt door anorexia nervosa:

- algehele uitputting en lage lichaamstemperatuur
- verlaagde bloeddruk, vertraagde hartslag en hartritmestoornissen
- botontkalking (osteoporose)
- maag- en darmklachten
- hormoonafwijkingen (o.a. wegblijven van menstruaties)

## 7. EOSS-P

|           | Inschatting gezondheidsrisico  | Behandelplan*  |
|-----------|--|--|
| Stadium 0 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Metabool:</b> Geen metabole abnormaliteiten</li> <li>• <b>Mechanisch:</b> Geen functionele beperkingen</li> <li>• <b>Mentaal:</b> geen psychopathologie</li> <li>• <b>Milieu:</b> geen bezorgdheden in de ouderlijke, gezins- of sociale context</li> </ul>  | Monitoring van obesitasgerelateerde risicofactoren en leefstijladvies door de huisarts op regelmatige tijdstippen  |
|           | <p><b>Casusvoorbeeld</b></p> <p>Amid is een 15-jarige jongen met een BMI van 35 kg/m<sup>2</sup> (p99, z-score van 2.40). Hij heeft geen metabole of mechanische complicaties van zijn overgewicht. Hij is fysiek actief en heeft geen functionele beperkingen. Hij heeft een positief lichaamsbeeld. Hij groeit op in een hecht gezin en heeft een goede relatie met zijn ouders.</p>   |  |
| Stadium 1 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Metabool:</b> Milde metabole abnormaliteiten (bv. verminderde glucosetolerantie, prehypertensie, milde abnormaliteiten in lipiden, milde vet-infiltratie van de lever/verhoging in transaminasen)</li> <li>• <b>Mechanisch:</b> Milde bio-mechanische complicaties (bv. obstructieve slaapapneu zonder positieve drukbeademing/<i>Positive Airway Pressure</i>, milde musculoskeletale pijn die niet interfereert met dagdagelijkse activiteiten)</li> <li>• <b>Mentaal:</b> Milde psychopathologie, ADHD, leerstoornis, milde preoccupatie met lichaamsbeeld, occasioneel emotioneel of occasionele eetbuien, pesten, milde ontwikkelingsvertraging</li> <li>• <b>Milieu:</b> Lichte relatieproblemen, lichte beperkingen in de mogelijkheden van zorgfiguren om de noden van het kind te ondersteunen</li> </ul> | Monitoring van obesitasgerelateerde risicofactoren en leefstijladvies door de huisarts in samenwerking met een diëtist of psycholoog afhankelijk van de noden van het individu |
|           | <p><b>Casusvoorbeeld</b></p> <p>Ben is een 10-jarige jongen met een BMI van 34 (p99, z-score 2.57). Hij vertoont acanthosis nigricans bij het medisch onderzoek (stadium 1, metabool). Hij heeft geen biomechanische complicaties van obesitas (stadium 0, mechanisch). Hij kampt met ADHD en heeft het hierdoor moeilijk op school (stadium 1, mentaal). Hij wordt soms gepest omwille van zijn gewicht (stadium 1, milieu).</p>  |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>Stadium<br/>2</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Metabool:</b> Matige metabole complicaties die medicamenteuze behandeling vereisen (bv. diabetes type 2, hypertensie, verstoorde lipiden, polycysteus ovariumsyndroom, matige tot ernstige vetinfiltratie van de lever)</li> <li>• <b>Mechanisch:</b> Matige bio-mechanische complicaties (bv. obstructieve slaapapneu die ademhalingsondersteuning/PAP vereist, gastro-oesofagale refluxziekte, musculoskeletale pijn die het activiteitsniveau belemmert, matige beperkingen in dagdagelijkse activiteiten)</li> <li>• <b>Mentaal:</b> Matige mentale problemen (bv. majeure depressie, angststoornis, frequente eetbuien, significante verstoring in het lichaamsbeeld, matige ontwikkelingsvertraging)</li> <li>• <b>Milieu:</b> Matige relatieproblemen, opvallend pestgedrag thuis of op school, duidelijke beperkingen in de mogelijkheden van zorgfiguren om de noden van het kind te ondersteunen</li> </ul> | <p>Doorverwijzing naar multidisciplinaire kinderobesitaswerking voor uitgebreide diagnostiek; meer intensieve en gezinsgeoriënteerde begeleiding en leefstijlbehandeling; regelmatige follow-up afspraken rond comorbiditeiten</p>   |
| <p><b>Casusvoorbeeld</b></p> <p>Lianne is een 13-jarig meisje met een BMI van 32 (p98, z-score 2.19). Ze heeft diabetes type 2 en heeft last van hoge bloeddruk (stadium 2, metabool). Ze heeft geen functionele beperkingen (stadium 0, mechanisch) of problemen met haar zelfbeeld (stadium 0, mentaal). Haar ouders zijn gescheiden en er zijn ernstige conflicten tussen haar ouders (stadium 2, milieu).</p> |   |  |
| <p>Stadium<br/>3</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Metabool:</b> Ongecontroleerde metabole complicaties (bv. diabetes type 2 met complicaties of met het niet halen van de glycemische streefwaarden)</li> <li>• <b>Mechanisch:</b> obstructieve slaapapneu die PAP en extra zuurstof vereist, beperkte mobiliteit, kortademighied bij zitten/slapen</li> <li>• <b>Mentaal:</b> Ongecontroleerde psychopathologie, schoolverzuim, dagelijkse eetbuien, ernstige verstoring in het lichaamsbeeld</li> <li>• <b>Milieu:</b> Ernstige relatieproblemen, zorgfiguren zijn niet in staat om de noden van het kind te ondersteunen (kan blootstelling aan familiaal geweld omvatten), gevaarlijke omgeving (thuis, buurt of school)</li> </ul>   | <p>Doorverwijzing naar een derdelijns multidisciplinaire kinderobesitaswerking voor uitgebreide diagnostiek, met mogelijke inclusie van deelspecialismen in de zorg voor comorbiditeiten; meer intensieve en gezinsgeoriënteerde begeleiding en leefstijlbehandeling; overweging van aanvullende, intensieve therapiemethoden (bv. bariatrische chirurgie); regelmatige follow-up afspraken rond comorbiditeiten</p> |



**Casusvoorbeeld**

Dimitri is een 16-jarige jongen met een BMI van 54 (p99, z-score 3.16). Hij kampt met insulineresistentie (stadium 1, metabool), en slaapapneu die PAP en extra zuurstof vereist (stadium 3, mechanisch). Hij vindt het lastig om deze systematisch te gebruiken. Hij heeft regelmatig eetbuien (mentaal, stadium 2). Hij woont bij zijn moeder en twee zussen. Mama heeft het niet altijd gemakkelijk om de eindjes aan elkaar te knopen (stadium 1, milieu).

Bron: Hadjiyannakis, S., Buchholz, A., Chanoine, J.-P., Jetha, M. M., Gaboury, L., Hamilton, J., . . . Ball, G. (2016). The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: A proposed clinical staging system for paediatric obesity. *Paediatrics and Child Health*, 21, 21-26.

## 8. Documentatie

### 8.1 Literatuur

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.

Braet C., Joossens L., Moens E., Mels S. & Tanghe A. (2007). *Kinderen en jongeren met overgewicht*. (Handboek voor begeleiders; Werkboek voor ouders; Werkboek voor kinderen; Werkboek voor adolescenten). Antwerpen: Garant.

Braet C. & Van Winckel M. (red.) (2001). *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Dewitte I. & Benoot J. (2008). Hoe onderscheiden we eet- en voedingsproblemen van eet- en voedingsstoornissen bij kinderen? *Psychopraxis*, 10, 16-22.

Eetexpert.be (2008) *Zorg voor kinderen met eet- en gewichtsproblemen: Draaiboek voor het CLB*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn (verkrijgbaar via Eetexpert.be)

Hoge Gezondheidsraad (2016). Voedingsaanbevelingen voor België. Verkrijgbaar via <https://www.health.belgium.be/nl/advies-9285-voedingsaanbevelingen-voor-belgie-2016>

Moyson N. & Roofthoofd E. (red) (2002). *Van eetlast naar eetlust: eetproblemen van babyleeftijd tot volwassenheid*. Leuven/Leusden: Acco.

Niesten L. & Bruwier G. (2008). Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: Obesitas bij kinderen. *Huisarts Nu*, 37(4), 189-204.

Seys D.M., Rensen J.H.M. & Obbinck M.H.J., (red) (2000). *Behandelingsstrategieën bij jonge kinderen met voedings- en eetproblemen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Snoeck C. & Van Rijnsingen C. (2005). *Kinderen en ... eetgedrag en eetstoornissen*. Amersfoort: Kwintessens.

Vandereycken W. & Noordenbos G. (red.) (2008). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

van Elburg A.A. & Rijken M.E. (2004). *Jongeren met eetstoornissen*. Assen: Van Gorcum.

Veereman-Wauters G., Rommel N., Hoffman I., van Elsacker E., Demeter K. & Mariën P. (2000). Pentalfa: Multidisciplinaire aanpak van voedingsproblemen bij kinderen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 56(5), 315-319.

Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde (2019). *Gezonde voeding voor peuters en kleuters*.

## 8.2 Websites

[www.eetexpert.be](http://www.eetexpert.be)

Informatie door onafhankelijk kenniscentrum voor publiek en professionelen over preventie en behandeling van eet- en gewichtsproblemen

[www.kindengezin.be](http://www.kindengezin.be)

Informatie door Kind & Gezin voor ouders over voeding, gezondheid, opvoeding enz.

[www.nice-info.be](http://www.nice-info.be)

Voedingsinformatiecentrum (privé-organisatie) voor professionelen en publiek

<https://belgium.easo.org/> Website van de Belgian Association for the Study of Obesity (BASO)

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

Informatie over voeding door Nederlands Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

[www.gezondleven.be](http://www.gezondleven.be)

Vlaams Instituut Gezond Leven: expertisecentrum voor professionelen in gezondheidspromotie

[www.vub.ac.be/groeicurven](http://www.vub.ac.be/groeicurven)

Project Vlaamse groeicurven (Vrije Universiteit Brussel)

## DANKWOORD

Het draaiboek kwam tot stand in het kader van het vormingsproject rond vroegdetectie van eet- en gewichtsproblemen bij kinderen, in opdracht van de Vlaamse Regering, Ministerie van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking.

Redactiewerk: Dr. Diane Abel (Domus Medica) & Prof Walter Vandereycken (KULeuven)

Coördinatie : An Vandeputte

Wetenschappelijk advies: Prof. W. Vandereycken & Prof. C. Braet

Vorbereidend werk door de stuurgroep: Dr. Gies, Dr. Govaerts, Dr. Grouwels, Dr. Pil, Dr. Steenackers, Prof. Vanwinckel

Met dank aan de huisartsen die feedback gaven bij proefversies van dit draaiboek.



BERGESTRAAT 60 • 3220 • HOLSBEEK  
INFO@EETEXPERT.BE • HTTP://WWW.EETEXPERT.BE  
TEL.: 016 446854

copyright vzw Eetexpert.be