



Diëtistendraaiboek

Overgewicht en obesitas bij
kinderen en adolescenten

© Eetexpert vzw, 2022

Auteur: Nena Van Hemelryck (vzw Eetexpert.be)

Projectcoördinatie: An Vandeputte en Ilse Ulens (vzw Eetexpert.be)

Werkgroep: Lien Joossens, Tessa Bosmans, An De Meyer, Els Engels, Nele De Mulder, Annelies Malengier, Veerle Vandermarliere, Sofie Joossens, Sofie Van De Steene, Yane Verhulst, Dana Cools, Ellen Nuyens, Busra Caylar, Laura Celis, Nathalie Vets, Sandra Renders, Kris Gillis, Stefanie Dereeper, Peggy Verduyck

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

Eetexpert (2022). Overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten. Draaiboek voor diëtisten. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw).

Versie: november 2022

Link naar het draaiboek: <https://www.draaiboeken.eetexpert.be/dietisten-overgewicht-kinderen>

Inhoud

1. Inleiding	5	Inleiding
1.1. Handleiding	5	Expertkennis en -vaardigheden
1.2. Werkwijze en opbouw	5	
2. Nodige expertkennis en -vaardigheden	9	
2.1. Aanbevolen basiskennis en -vaardigheden	9	Diëtistisch onderzoek en diagnose
2.2. Gevorderde skills	10	
3. Diëtistisch onderzoek en diagnose	12	
3.1. Screening en kennismaking	12	
3.2. Diëtistisch onderzoek - voedingsanamnese	16	
3.3. Diëtistisch onderzoek - antropometrie	24	
3.4. Diëtistisch onderzoek - diëtistische anamnese	29	Behandelplan en -doelen
3.5. Diëtistische diagnose	43	
4. Diëtistisch behandelplan en -doelen	45	
4.1. Ernstinschatting	45	
4.2. Behandelplan	48	Behandeling
4.3. Behandeldoelen	49	
5. Behandeling	52	
5.1. Motivationale werk	52	
5.2. Werken aan evenwichtig eetgedrag	55	
5.3. Werken aan een gezonde leefstijl	67	
5.4. Behandelen van verstoord eetgedrag	73	Opvolging
6. Opvolging	78	
6.1. Monitoring en evaluatie	78	
6.2. Terugval en terugvalpreventie	79	
6.3. Informatieoverdracht	81	
7. Samenwerking	83	
7.1. Interdisciplinair samenwerken	83	Samenwerking
7.2. Samenwerking met residentiële zorg	89	
7.3. Samenwerking met naasten	91	
8. Terugbetaling diëtisten	95	
9. Verwijzingen	97	Terugbetaling
		Verwijzingen

1. Inleiding

1. Inleiding

De diëtist kan als hulpverlener nauw betrokken zijn bij de behandeling van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas. Om diëtisten die werkzaam zijn in een ambulante setting en zich specialiseren in dit thema de nodige wetenschappelijk onderbouwde ondersteuning te bieden, ontwikkelde Eetexpert dit 'diëtis-tendraaiboek voor kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas'.

1.1. Handleiding

Het draaiboek voorziet een praktijkgericht stappenplan, gebaseerd op het verloop van een diëtistisch consult, dat elektronisch raadpleegbaar is, met daarnaast ondersteunende fiches die gebruikt kunnen worden tijdens de consultatie.

Doorheen het draaiboek wordt voor de eenvoud soms de term 'jongere' of 'jonge cliënt' gebruikt, deze term omvat zowel de leeftijdsgroep van de kinderen als de adolescenten.

Uw opmerkingen of feedback over het draaiboek horen we graag.

U kan deze steeds mailen naar secretariaat@eetexpert.be.

1.2. Werkwijze en opbouw

1.2.1. Doel en opbouw

Dit digitale draaiboek heeft tot doel diëtisten uit de ambulante setting te ondersteunen bij de behandeling van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas. Het draaiboek vormt een evidence-based praktijkgericht stappenplan, opgebouwd vanuit het consultatiemodel voor diëtisten (zie methodisch handelen en ICF-diëte-tiek), dat naadloos aansluit op bestaande draaiboeken voor artsen, **CLB**, **Eerstelijnsprofessionals**, en **Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)**, zodat een interdisciplinaire samenwerking gefaciliteerd wordt.

1.2.2. Evidence-based

De algemene werkwijze van Eetexpert voor wetenschappelijke onderbouw wordt gehanteerd. Het draaiboek wordt opgesteld volgens de principes van evidence-based diëtetiek, waarin wetenschappelijke literatuur gecombineerd wordt met expertkennis en de specifieke eigenheden van de doelgroep om tot eensluidende aanbevelingen en adviezen te komen [1]. De certificatiecriteria van het Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM) worden hierbij als leidraad gebruikt.

Meer informatie rond de vertaalslag van de geraadpleegde literatuur naar dit draaiboek?

Mail naar nena.vanhemelryck@eetexpert.be

1.2.3. Methodisch handelen en ICF-diëtetiek

Bij de diëtistische zorgverlening wordt het gebruik van een gestandaardiseerd zorgproces aanbevolen. In Vlaanderen (en Nederland) wordt hiertoe gebruik gemaakt van 'Methodisch handelen'. Methodisch handelen betekent dat de diëtist doelgericht, bewust, systematisch en procesmatig werkt [2]. De opeenvolgende stappen van het methodisch handelen zijn 'aanmelding', 'diëtistisch onderzoek', 'diëtistische diagnose' (zie verder), 'behandelplan en behandeling', 'evaluatie' en 'afsluiting'. Binnen het draaiboek zal waar mogelijk dit stappenplan geïntegreerd worden.

Vanuit de Europese (EFAD) en ook Vlaamse Beroepsvereniging (VBVD) van diëtisten wordt naast de implementatie van deze gestandaardiseerde methode ook geopteerd voor gestandaardiseerd taalgebruik onder de vorm van ICF-diëtetiek [3]. Termen uit de ICF-diëtetiek kunnen gebruikt worden voor het vastleggen van:

- de hulpvraag van de cliënt (diëtistisch onderzoek);
- bevindingen van de diëtist (antropometrie, klachten, voedingsanamnese) (diëtistisch onderzoek);
- de diëtistische diagnose;
- de behandeldoelen (behandelplan en behandeling);
- de resultaten van de behandeling (afsluiting).

Waar mogelijk worden deze termen geïntegreerd in het draaiboek.

1.2.4. Populatie

Het draaiboek beoogt de diëtistische behandeling van volgende doelgroep:

- kinderen en adolescenten tussen 1 en 18 jaar;
- met overgewicht en obesitas;
- in de Vlaamse zorgsetting.

Farmacotherapeutische of chirurgische interventies bij kinderen met obesitas behoren niet tot de scope van dit draaiboek.

Meer informatie rond **farmacotherapie** is terug te vinden in het hoofdstuk diëtistisch onderzoek, onder het luik: '**gewichtsreducerende medicatie**'.

Meer informatie omtrent **bariatrische chirurgie** bij adolescenten is terug te vinden in de **BASO-consensus 2020** of de **e-learning** van de European Childhood Obesity Group (ECOG).

Voor de diëtistische behandeling van kinderen en adolescenten met eetstoornissen, verwijzen we graag naar het **diëtistendraaiboek voor eetstoornissen**.

Algemene basisprincipes rond eet- en gewichtsproblemen bij kinderen en adolescenten worden besproken in het **basisdraaiboek voor kinderen**.

Voor de leeftijdsgroep van 0 tot 1 jaar verwijzen we graag naar de voedingsadviezen op de **website** van Kind en Gezin.

1.2.5. Klinische vragen

Het uitgangspunt van het draaiboek is een antwoord bieden op de klinische vragen waarmee de diëtist dagdagelijks geconfronteerd wordt. Deze klinische vragen sluiten aan bij de doelstelling van het draaiboek.

Praktijkgericht stappenplan

- Welke expertkennis en competenties heeft een diëtist nodig die werkzaam is in de gespecialiseerde ambulante zorg voor kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas?

Opbouw vanuit het consultatiemodel voor diëtisten

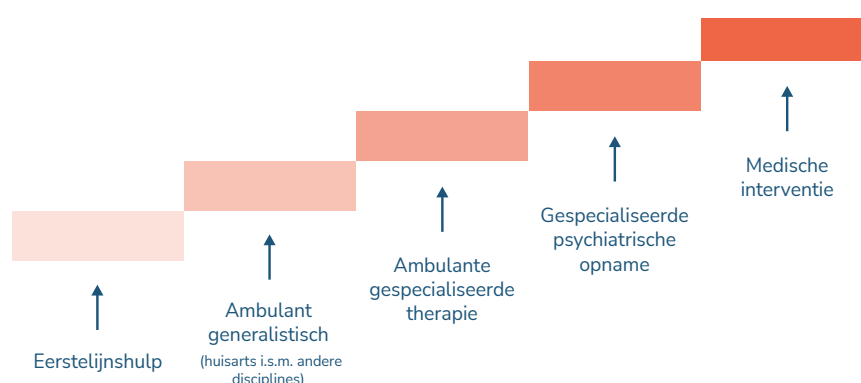
- Welke informatie dient te worden bevraagd in het diëtistisch onderzoek bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas?
- Hoe wordt de diëtistische diagnose gesteld bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas?
- Hoe wordt het individueel behandelplan opgesteld bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas?
- Hoe gebeurt de opvolging en evaluatie van het behandelplan en behandeling bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas?
 - Welke parameters moeten bij opvolging bepaald worden en hoe frequent?
 - Hoe kan de diëtist aan terugvalpreventie doen?
- Hoe en vanaf wanneer worden de ouders, het gezin, de partner of andere steunfiguren best betrokken in de diëtistische behandeling bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas?

Faciliteren van interdisciplinaire samenwerking

- Wat is de rol van de diëtist binnen het interdisciplinaire team dat instaat voor de gespecialiseerde ambulante zorg van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas?
- Welke andere disciplines moeten worden betrokken bij de behandeling van het gewichtsprobleem en welke rol hebben ze?
- Wanneer en naar wie moet de diëtist die werkzaam is in de ambulante zorg voor kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas doorverwijzen?
- Hoe verloopt de samenwerking met de residentiële setting wanneer een doorverwijzing vanuit de ambulante setting aan de orde is of wanneer een cliënt na opname verder ambulant behandeld wordt?

1.2.6. Zorgorganisatie voor kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas

Het zorgaanbod bij eet- en gewichtsproblemen verloopt volgens het model van 'stepped care': het zorgaanbod wordt afgestemd op de ernst van de problematiek. Zo wordt de intensiteit van het zorgaanbod verhoogd, wanneer de problematiek ernstiger is, maar wordt er ook niet méér hulp aangeboden dan nodig. Voor duurzame resultaten is continuïteit van zorg noodzakelijk. De aanpak van de problemen gebeurt op lange termijn, en de cliënt wordt van opvolging voorzien. Een overzicht van het stepped care zorgpad bij eet- en gewichtsproblemen is weergegeven in onderstaande figuur.



Figuur 1: Stepped care basisaanbod bij eet- en gewichtsproblemen [4]

2. Nodige expertkennis en -vaardigheden

2. Nodige expertkennis en -vaardigheden

Diëtisten hebben een cruciale rol in de behandeling van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas. De behandeling van overgewicht en obesitas is complex. Om goede diëtistische zorg te kunnen leveren aan deze specifieke populatie, is de nodige basiskennis noodzakelijk, evenals het beheersen van een aantal basisvaardigheden [9]. Voor de diëtist die werkzaam is in de gespecialiseerde ambulante setting worden enkele bijkomende aanbevelingen gedaan (gevorderde skills).

2.1. Aanbevolen basiskennis en -vaardigheden

- Kennis van de nutritionele behoeften die eigen zijn aan de leeftijd van de jongere;
- Inzicht in 'normale' groei, zuigelingenvoeding (borstvoeding, flesvoeding), kennis van de belangrijkste voedselallergieën, eetpatronen, voedingsaanbevelingen en ontwikkelingsmijlpalen...; https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/groeiwijzer-pdf_samengevoegd.pdf
- Kennis rond de biopsychosociale stadia die eigen zijn aan de leeftijd van de jongere;
- Kennis en vaardigheden m.b.t. technieken om gewichts- en lengtemetingen uit te voeren bij kinderen en adolescenten ;
- Uitzetten en interpreteren van de Vlaamse groeicurven en BMI-curven: <https://eetexpert.be/info/ontwikkeling-eetgedrag/gewichtsoopvolging/>;
- Kennis over de normale ontwikkeling van eetgedrag: <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek/normale-ontwikkeling-van-eetgedrag>;
- Kennis over de verschillende eetproblemen, eetstoornissen en gewichtsproblemen bij kinderen en adolescenten, inclusief DSM-5-criteria: <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek/kenmerken-van-eet-en-gewichtsproblemen>;
- Kennis over het risicoprofiel en de psychodynamiek bij eet- en gewichtsproblemen: <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/risicoprofiel/inleiding>;
- Kennis van interventies op het gebied van een gezonde leefstijl; http://www.draaiboeken.eetexpert.be/eerstelingsdraaiboek/eerstelingsbegeleiding#gezonde_leefstijl
- Kennis van nutritionele behandelingsstrategieën bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas;
- Kennis en vaardigheden rond terugvalpreventie;
- Kennis over de verschillende motivatiekaders en bijbehorende technieken; <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek/motivatiekaders> of <http://eetexpert.be/motiveren/>
- Vaardigheden m.b.t. interdisciplinair samenwerken, alsook samenwerken met ondersteunende figuren (zoals familieleden, ouders, partner, ...);
- Vaardigheden m.b.t. communiceren met kinderen en adolescenten en hun ouders, waaronder actief luisteren, aangepaste communicatie volgens de leeftijd van de jongere, ...;
- Vaardigheden m.b.t. groepsvoorlichting geven;
- Kennis over modaliteiten rond informatie-uitwisseling, GDPR en vertrouwelijkheid;
- Kennis van de sociale kaart (lokale hulpverleningsnetwerk) met betrekking tot de behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten.

2.2. Gevorderde skills

- Gevorderde kennis en vaardigheden m.b.t. gedragsverandering, motivatiekaders en bijbehorende technieken;
- Behandeling van complexe casuïstiek (medisch en sociaal);
- Vaardigheden en kennis m.b.t. opvoeding en opvoedingsstijlen;
- Vaardigheden m.b.t. communicatie met kinderen en adolescenten met leerproblemen; of met kinderen en adolescenten uit kwetsbare gezinnen;
- Kennis van voeding bij andere culturen;
- Over voldoende vaardigheden en kennis beschikken om een bron van informatie en opleiding te zijn voor derden, over obesitas bij kinderen.

3. Diëtistisch onderzoek en diagnose

3. Diëtistisch onderzoek en diagnose

De diëtistische behandeling wordt gebaseerd op de **individuele noden** van het kind of de adolescent en is maatwerk. Met behulp van het diëtistisch onderzoek worden deze individuele noden in kaart gebracht. De diëtist, en afhankelijk van de leeftijd, de jongere en de ouder, proberen te begrijpen wat heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van het overgewicht van de jonge cliënt. Een langdurige verstoring van de energiebalans, waarbij minder energie verbruikt wordt dan er wordt opgenomen, leidt tot overgewicht. Dit betekent niet dat de oorzaken van overgewicht kunnen gereduceerd worden tot 'te veel eten en te weinig bewegen'. Er zijn namelijk heel wat factoren die de energiebalans beïnvloeden. Diverse genetische, biologische, psychologische en omgevingsfactoren kunnen een rol spelen in deze verstoorde energiebalans.

Ook inzichten in hoe het overgewicht het leven van het kind of de adolescent beïnvloedt, het eetgedrag, de fysieke activiteiten en het sedentair gedrag, ... zijn belangrijk om de diëtistische behandeling optimaal af te stemmen op de behoeften van de jonge cliënt en zijn zorgfiguren.

Volgens het diëtistisch consult (methodisch handelen) omvat het diëtistisch onderzoek drie grote luiken: een voedingsanamnese, antropometrie en een uitgebreide diëtistische anamnese [2]. Op basis van de gegevens uit het onderzoek kan een diëtistische diagnose en een behandelplan op maat geformuleerd worden.

3.1. Screening en kennismaking

Een uitgebreid diëtistisch onderzoek vindt meestal (volledig of gedeeltelijk) plaats tijdens een volgende consultatie. Tijdens de eerste consultatie wordt vooral kennisgemaakt, ingevoegd, worden algemene gegevens verzameld, de hulpvraag besproken en wordt veel uitleg gegeven. De nadruk ligt enerzijds op een eerste triage of de jongere (en de ouder) met zijn/haar hulpvraag bij de diëtist terecht kan, en anderzijds op het opbouwen van een goede therapeutische relatie, waarin er sprake is van wederzijds vertrouwen en respect. Rekening houdend met de nood aan autonomie van kinderen en adolescenten is het belangrijk om tijdens de screeningsfase tijd te maken voor uitleg en afstemming rond wat gaat gebeuren in dit en volgende gesprekken.

Soms gebeurt deze screening en kennismaking al (gedeeltelijk) telefonisch, waardoor in het eerste gesprek al sneller wordt overgegaan naar het uitgebreid diëtistisch onderzoek.

3.1.1. Kennismaking en invoegen

In het eerste gesprek worden de jongere en de ouders verwelkomd en wordt ingevoegd. De diëtist onthaalt de jonge cliënt op een warme en open manier, als persoon in volle groei. Er wordt ingevoegd bij de beleving van het kind of de adolescent (en de ouder) en contact gemaakt met de jongere zelf, niet met het probleem.

“Ook al zou een kind door zijn context benoemd worden als ‘gewichtsprobleem’, hij of zij is geen gewichtsprobleem.”

Als onderdeel van de kennismaking, licht de diëtist toe wat een diëtistische begeleiding kan omvatten, welke visie wordt gehanteerd en hoe dit concreet in zijn werk gaat. Een suggestie om zich voor te stellen als diëtist:

“Ik stel me aan de het kind of de jongere voor als een persoon die veel weet over een gezonde leefstijl, om goed te kunnen groeien en fit te zijn, en waarbij er niets verboden is.”

Enkele tips:

- Verwelkom de jonge cliënt bij de (voor)naam en spreek hem/haar aan als expert in zijn/haar eigen leven.
- Maak, indien mogelijk, contact met waar het kind of de adolescent mee bezig is:
 - Hoe ziet een doorsnee dag eruit?
 - Bij wie leeft de jongere?
 - Wat doet de jongere overdag? In de vrije tijd 's avonds? In het weekend?
- Tracht in te zoomen op de groei op vele terreinen (Hoe gaat het groeiproces op fysiek, psychologisch, en sociaal vlak?).
- Kijk breder dan het probleem en maak contact met facetten die goed gaan (versterkend werken). De moeilijkheden van het kind kunnen gezien worden als leerkansen, voor een kind dat voorheen ook al heel wat zelf kon oplossen.

Tegelijk verzamelt de diëtist in het eerste gesprek enkele algemene administratieve gegevens:

- algemene persoonsgegevens (naam, contactgegevens, leeftijd);
- verwijsggegevens:
 - door wie is het kind of de adolescent doorverwezen? (eigen initiatief, CLB, Kind & Gezin, arts, ...);
 - de reden van verwijzing;
- contactgegevens huisarts, andere betrokken hulpverleners;
- gewicht(sevolutie) en lengte.

Samen met het kind of de adolescent en de ouders wordt het zorgnetwerk (hulpverleners, CLB, ...) in kaart gebracht en wordt expliciete toestemming gevraagd voor gegevensuitwisseling met de betrokken partners. Deze toestemming kan best vastgelegd worden via een standaardformulier, dat ondertekend wordt door de ouders (of andere relevante naasten). Bij het gebruik van softwarepakketten die gekoppeld zijn aan **eHealth**, kan de cliënt in één keer geïnformeerde toestemming geven voor het gebruik en uitwisseling van gegevens door alle betrokken zorgverleners. Meer informatie hieromtrent is terug te vinden op de **[website van de Vlaamse overheid](#)**.

3.1.2. Exploratie hulpvraag

Klachten van het kind of de adolescent kunnen heel divers zijn, en hebben mogelijk niets te maken met eten of gewicht. Neem ook deze klachten serieus, vermijd om bepaalde klachten terug te brengen tot problemen op vlak van eten en gewicht.

In de praktijk blijkt ook dat de hulpvraag die de jonge cliënt zelf formuleert, kan verschillen van de hulpvraag van de omgeving (bv. de ouders).

“Wanneer de jonge cliënt/ouders zich bij jou aanmelden, verken dan samen met hen hun hulpvraag. Bepaal een gezamenlijke agenda: “Waar willen we het vandaag over hebben?”. Vertrek van hoe opgroei gaat: Focus eerst rond het functioneren in het algemeen, en kom dan bij deelthema's: “Zijn er ook vragen rond voeding of eetgedrag?”

Probeer zicht te krijgen op de ideeën (Ideas), bezorgdheden (Concerns) en verwachtingen van de jonge cliënt (Expectancies) (vaak afgekort met het acroniem ICE) [24]. Als leidraad hierbij kan de diëtist trachten om een antwoord te bekomen op volgende vragen [25]:

- Welke **ideeën** heeft de jongere:
 - Waar heeft de jongere last van ?
 - Waarvoor wenst de jongere hulp?

- Hoe moet deze hulp eruit zien?
- Welke **bezorgdheden** heeft de jongere over zijn probleem of over de aanpak van zijn probleem? Waarom?
- Zijn er **verwachtingen** (wat de jongere wil) aanwezig voor wat betreft behandeling?

“De jongere en de ouders wensen vaak in korte tijd veel gewicht te verliezen, terwijl meestal gestreefd wordt naar gewichtsbehoud.”

3.1.3. Niet stigmatiseren

Kies voor een neutrale en niet stigmatiserende taal en bejegening

Het maatschappelijk beeld over hoe we er ‘uit’ zien heeft een sterke invloed op de gezondheid en het welzijn van ons allemaal. Zorgfiguren (ouders, leerkrachten) en hulpverleners hebben vaak zelf een (voor)oordeel over lichte of zwaardere mensen: er wordt bijvoorbeeld vanuit gegaan dat iemand met een afwijkend lichaamsgewicht per definitie een ongezonde leefstijl heeft, niet gemotiveerd is tot een gezonde leefstijl, en zelf de volle verantwoordelijkheid draagt voor het afwijkend gewicht. Dergelijke stigma’s rond lichaamsgewicht zijn niet alleen fout, ze hebben ook een enorme impact op de gezondheid van mensen, en vormen een barrière voor de behandeling. Stigmatisering zorgt ervoor dat velen van ons zich heel snel ‘te dik’ voelen, en dat kinderen, adolescenten en volwassenen met overgewicht en obesitas zich schamen en van het ene dieet naar het andere springen. Zo ontstaat een vicieuze cirkel, want dit lijngedrag brengt hen net verder van een gezond gewicht.

Bewustwording van eigen vooroordelen als hulpverlener is de sleutel. Meestal zit stigmatisering in kleine onbewuste dingen. Bijvoorbeeld, hebben de stoelen in de wachtkamer zijleuningen waardoor niet elke persoon erin kan plaatsnemen? Doen de magazines in de wachtkamer geloven dat we moeten afvallen via dieetadviezen en gefotoshopte beelden van ‘perfecte’ modellen? Stigmatisering sluipt ook in hoe we communiceren. Ontdek meer over het subtiele stigma en hoe je hiermee kan omgaan als hulpverlener in [deze fiche](#).

Enkele tips:

- vertrek vanuit het groeiverhaal van de jonge cliënt, niet vanuit lichaamsgewicht of uiterlijk;
- benadruk de complexiteit van invloeden op de ontwikkeling van obesitas;
- kijk kritisch naar het slankheidsideaal en dieethypes;
- stimuleer een positief lichaamsbeeld en goed welbevinden;
- focus op een gezonde leefstijl;
- stimuleer via je taal goede zelfzorg: “Wat heeft je lichaam nodig?”;
- gebruik person-first taal: ‘een kind met overgewicht’ i.p.v. ‘het dikke of obese kind’;
- geef positieve boodschappen rond rolmodellen die ‘een maatje meer’ hebben;
- gebruik geen taal die schuldgevoelens kan geven;
- vermijd taal die focust op het uiterlijk, zoals de termen ‘dun’ en ‘dik’.

Het is niet evident om de juiste woorden te vinden om overgewicht en leefstijlveranderingen ter sprake te brengen, maar dit blijkt wel de sleutel naar duurzame gezondheidswinst.

Tips voor ouders vind je in de fiche ‘[Communiceren rond eten en gewicht met je kind](#)’
[Hier](#) kan je meer informatie terugvinden rond stigmatisering bij kinderen en adolescenten.

3.1.4. Therapeutische relatie

Voor motivatie-experten is de therapeutische relatie de essentie om te komen tot gedragsverandering:

- Miller & Rollnick pleiten voor het expliciteren van **gelijkwaardigheid in de relatie** (de hulpverlener als thema-expert en de cliënt als expert in zijn eigen leven). Werken aan gedragsverandering vraagt een stevige relatieopbouw als basis (engagement), met nadien overleg rond behandeldoelen. Weerstand voelen is volgens Miller een signaal van 'wrijving' tussen beiden en roept op tot teruggaan in het proces. Dit kan betekenen dat er moet heroverlegd worden rond behandeldoelen of dat er zelfs nog verder wordt teruggaan en terug geïnvesteerd wordt in relatieopbouw [26].
- Voor Ryan en Deci staan in een goede therapeutische relatie het **versterken van autonomie, verbondenheid en competentie** bij de cliënt voorop. Het ondersteunen van maximale zelfbepaling van de cliënt i.v.m. zijn behandelproces, het onvoorwaardelijk blijven supporteren voor de cliënt, en het concretiseren van tussenstappen zijn belangrijke ingrediënten [12, 23].
- Prochaska en DiClemente concretiseren hoe de therapeutische bejegening mee kan evolueren met de **verschillende motivatiestadia** [27]:
 - Voor cliënten in de **precontemplatiefase** reageert de therapeut als een 'zorgende ouder'.
 - Voor cliënten in de **contemplatiefase** is hij/zij een 'Socratische leraar' die de cliënt aanmoedigt om inzicht te krijgen in zijn eigen situatie.
 - In de **preparatiefase** treedt de therapeut op als een ervaren coach die de cliënt coacht bij zijn eigen plan en ook zelf een actieplan kan voorleggen.
 - Zodra de cliënt de transitie naar de **actie- en onderhoudsfase** maakt, wordt de therapeut een consultant die beschikbaar is voor advies en steun wanneer er zich problemen voordoen.

Ook de Amerikaanse diëtiste Ellyn Satter, auteur van het eetcompetentiemodel (zie **Wat zijn eetcompetenties?**) benadrukt het belang van een goede therapeutische relatie bij het geven van voedingseducatie [28]. Satter stelt het volgende [28]:

"Iemands eetgewoonten zijn zeer persoonlijk en privé. Als een cliënt met jou als diëtist de intieme details van zijn voedingsgewoonten deelt, loopt die het risico op kritiek en schaamte - maar ook op steun en bewondering. Accepteer en steun je cliënten; bekritiseer of ondermijn ze niet. Je waardering zal je waarde verhogen, je in een positie brengen waarin je behulpzaam kunt zijn, en de kans vergroten dat je cliënten jouw hulp bij het voedingsgebeuren zullen accepteren."

Hou daarnaast ook rekening met de ontwikkelingsfase van de jonge cliënt. De betrokkenheid van de ouders of steunfiguren bij het behandelproces is essentieel. De diëtist zorgt voor het ontstaan van een duurzame therapeutische relatie met de jongere én met de ouders én, indien nodig, met andere steunfiguren. Meer informatie over het betrekken van ouders en steunfiguren: zie hoofdstuk **Samenwerking met naasten**.

3.1.5. Eerste hulpaanbod formuleren

Formuleer een eerste hulpaanbod, rekening houdend met de verwijzing, de hulpvraag en de eigen mogelijkheden. De diëtist beslist in deze fase of hij/zij de begeleiding zelf kan voortzetten of behandeling in een andere zorgsetting (bv. residentiële setting) of doorverwijzing naar andere hulpverleners aangewezen is (zie **Wanneer doorverwijzen naar de residentiële setting?**).

3.2. Diëtistisch onderzoek - voedingsanamnese

De voedingsanamnese onderzoekt naast de voedings samenstelling, de voedingsgewoonten, de voedingsbehoefte, en aan voeding gerelateerde klachten, ook het eetgedrag van het kind of de adolescent [9, 29, 30]. De eetcompetenties kunnen hierbij als handvat gebruikt worden.

3.2.1. Voedings samenstelling- en gewoonten

Een gedetailleerd beeld van de voedingsinname en voedingsgewoonten kan bekomen worden met behulp van **verschillende technieken**: dietary history, 24h-recall, voedsel frequentie vragenlijst (FFQ), eetdagboek, ... Een recente systematische review trachtte te achterhalen wat de meest accurate methode is om de voedingsinname na te gaan bij kinderen en adolescenten met obesitas [31]. De onderzoekers concluderen dat het huidige bewijsmateriaal niet overtuigend is. Uit de zes geraadpleegde studies blijkt dat de 24-uurs 'dietary recall' en het 'diet history interview' de meest accurate methoden zijn om de voeding van kinderen en adolescenten met obesitas tussen de leeftijd van 4-14 jaar te beoordelen, waarbij de ouders (of de combinatie van kinderen en ouders) de verslaggevers zijn. Het eetdagboek kwam als minst betrouwbare methode uit het onderzoek. Opvallend daarbij was dat de accuraatheid niet beïnvloed werd door het aantal dagen dat het eetdagboek werd bijgehouden. De onderzoekers stellen dat de resultaten met voorzichtigheid dienen geïnterpreteerd te worden, door het gebrek aan studies en de vaak mindere kwaliteit ervan.

Een gouden standaard om de voedingsinname te bevragen bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas is er dus heden niet. Er gaat een lichte voorkeur uit naar de 24-uurs dietary recall of een interview waarbij de voedingsinname over een welbepaalde periode mondeling bevestigd wordt. De diëtist hanteert idealiter de methode die het best lijkt afgestemd op de mogelijkheden en vaardigheden van de individuele jonge cliënt.

Diëtisten die het gebruik van een (eet)dagboek verkiezen, kunnen via [deze link](#) een voorbeeld van een dagboek terugvinden (gericht op lagere schoolleeftijd).

Instructies voor het invullen van het eetdagboek vind je hier.

Volgende **onderdelen** kunnen bevestigd worden tijdens de voedingsanamnese [30, 29]:

- dagelijks eetpatroon [29, 30]:
 - maaltijdstructuur:
 - gebruik (hoofd)maaltijden (ontbijt!) en tussendoortjes;
 - overslaan maaltijden;
 - grazen (hele dag door eten).
 - tempo van het eten;
 - context/omgeving van maaltijden [29];
- eten in weekends, bij bijzondere gelegenheden, uit eten gaan, op school of in de sportclub: veranderingen in vet- en energie-inname, alcoholgebruik, overslaan maaltijden, uit eten gaan [30];
- voedings samenstelling:
 - kwaliteit van voeding [29]; aandachtspunten kunnen zijn: verbruik van zoete dranken (vruchtensappen, frisdrank, energiedrank, gezoete melkdranken ...), zoete lekkernijen (snoepjes, koekjes, ijs, ...), hartige snacks (bv. chips) en fast food;
 - kwantiteit van voeding [29];
 - aandachtspunten kunnen zijn: groenten, fruit, vezelrijke graanproducten, melkproducten of met calcium verrijkte plantaardige alternatieven, water;
 - alcoholgebruik bij adolescenten;
- eetgewoontes in gezin/ouders [29];
 - permissief/restrictief, druk om te eten, gebruik van voeding als beloning (zie **(op)voedingsstijl zorgfiguren**);
- dieetgeschiedenis, dieetgedrag [29];

- luisteren naar lichaamssignalen (honger/verzadiging) [29];
- plaats waar gegeten wordt: aan tafel, op kamer, in de auto, voor televisie, ...

De gemiddelde inname aan energie, macro- en micronutriënten kan desgewenst berekend en vergeleken worden met de voedingsbehoeften van de jongere (zie Voedingsbehoefte), maar is niet standaard noodzakelijk [30]. Een vergelijking van de huidige inname met de **basisrichtlijnen voor een gezonde voeding** kan volstaan.

Een **berekening** van macro- en micronutriënten kan overwogen worden indien [30]:

- een vermoeden bestaat van nutriëntdeficiënties;
- de diëtist de exacte voedingsinname wil berekenen;
- de jonge cliënt, de ouders of de arts dit wensen;
- het kind en ouders meer inzicht of motivatie nodig hebben (verschil tussen huidige voedingsinname ten opzichte van gezonde voeding).

“Indien de vraag komt van de ouders of de jongere, is het wenselijk om hierover in gesprek te gaan. Een onnodige focus op kilocalorieën kan best vermeden worden. In het gesprek kan de behoefte van de jongere of ouders duidelijk worden gesteld en kan de diëtist zijn/haar visie hieromtrent duiden.”

3.2.2. Voedingsbehoefte

Om na te gaan of de voedingsinname van het kind of de adolescent voldoet aan de aanbevelingen voor zijn of haar leeftijd, zijn er twee opties mogelijk [30]:

- een voedingsanamnese afnemen en de geconsumeerde hoeveelheden vergelijken met de **voedingsaanbevelingen voor de leeftijd van de jongere**;
- de energie- en voedingsstoffenbehoefte berekenen en vergelijken met de berekende voedingsinname. Zoals eerder in het draaiboek aangehaald, wordt deze methode niet standaard aanbevolen (zie **Voedingsamenstelling- en gewoonten**).

De energie- en voedingsstoffenbehoefte berekenen

Het **energieverbruik in rust** of rustmetabolisme (REE, afkorting voor het Engelstalige ‘Resting Energy Expenditure’) kan gemeten worden met behulp van indirecte calorimetrie. In de ambulante diëtistenpraktijk is indirecte calorimetrie praktisch meestal niet haalbaar. Een andere, minder accurate, mogelijkheid is het inschatten van het rustmetabolisme aan de hand van voorspellende formules. De Hoge Gezondheidsraad gebruikt voor de berekening van de REE bij kinderen de formule van Henry [32]. Uit een recente systematische review, waarin verschillende bestaande formules vergeleken werden qua precisie en accuraatheid bij gezonde kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas, blijkt dat géén van de bestaande formules een accurate en precieze voorspelling geeft van de REE bij deze populatie [33]. Voor jongeren van 11-18 jaar kan overwogen worden om de Mifflin-formule te hanteren, doch mits inachtneming van de nodige foutenmarge. Voor de overige leeftijdscategorieën worden geen aanbevelingen gedaan.

De Mifflin-formule [34]:

- Jongens: REE (kcal) = $10 \times \text{gewicht (kg)} + 6.25 \times \text{lengte (cm)} - 5 \times \text{leeftijd (jaar)} + 5$
- Meisjes: REE (kcal) = $10 \times \text{gewicht (kg)} + 6.25 \times \text{lengte (cm)} - 5 \times \text{leeftijd (jaar)} - 161$

Henry-formule [35]:

- Jongens: REE (kcal) =
 - 0-3 jaar: $61.0 \times \text{gewicht (kg)} - 33.7$
 - 3-10 jaar: $23.3 \times \text{gewicht (kg)} + 514$
 - 10-18 jaar: $18.4 \times \text{gewicht (kg)} + 581$

- Meisjes: REE (kcal) =
 - 0-3 jaar: $58.9 \times \text{gewicht (kg)} - 23.1$
 - 3-10 jaar: $20.1 \times \text{gewicht (kg)} + 507$
 - 10-18 jaar: $11.1 \times \text{gewicht (kg)} + 761$

Andere vaak gehanteerde formules bij kinderen zijn de WHO-formule en de Schofield-formule.

Via [deze link](#) kan je de REE online berekenen m.b.v. van deze formules.

De besproken formules berekenen de energiebehoefte in rust (REE). Om de **totale energiebehoefte** (TEE) in te schatten, wordt de uitkomst van de formule vermenigvuldigd met een 'Physical Activity Index' of PAL. De PAL kan theoretisch gezien variëren van 1,0 (geen activiteit) tot een maximale waarde van 2,4 (zeer actieve leefstijl) [36]. De Hoge Gezondheidsraad hanteert bij kinderen en adolescenten de richtwaarden die worden voorgesteld door EFSA (European Food Safety Authority) [37].

Leeftijd (jaren)	PAL (gezonde kinderen)
1-3	1.4
3-10	1.4 (weinig actief) 1.6 (matig actief) 1.8 (zeer actief)
10-18	1.6 (weinig actief) 1.8 (matig actief) 2.0 (zeer actief)

Tabel 1: Physical Activity Leven (PAL) voor gezonde kinderen, volgens leeftijd [37]

In de praktijk kan het nuttig zijn om aan de hand van bovenstaande formules als diëtist een inschatting te maken van de energiebehoefte van de cliënt, doch met een kritische blik en de mogelijke beperkingen van deze formules in het achterhoofd.

De individuele **behoefte aan macro- en micronutriënten** kan bepaald worden aan de hand van de voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad [32]. Deze kan je [hier](#) raadplegen.

3.2.3. Eetgedrag

Naast voedingsinname blijkt ook het eetgedrag van kinderen en adolescenten van invloed op het al dan niet ontwikkelen van overgewicht of obesitas [38]. Tijdens het diëtistisch onderzoek kan dan ook best gepeild worden naar het eetgedrag en de beleving van eten. In welke eetcompetenties is de jongere al vaardig, waar is er nog ruimte voor groei? Is er sprake van een bepaald type eetgedrag of verstoord eetgedrag (bv. emotioneel, extern, lijngericht)? Ook wordt het ook aanbevolen om na te gaan of er signalen zijn van een eetprobleem (bv. eetbuien) of een eetstoornis [29, 30].

Het eetgedrag van kinderen en adolescenten wordt gestuurd door verschillende factoren, die ook onderling met elkaar in verband staan. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste factoren die het eetgedrag van kinderen en adolescenten beïnvloeden [39].

Smaakperceptie	Biologische factoren	Psychologische factoren	Omgevings- en interpersoonlijke factoren
Smaak	Homeostatische regulatie	Neofobie	Sociale omgeving
Andere sensorische kenmerken	Hedonische eetlust	Leermechanismen	Fysieke omgeving
Variatie		Conceptualisatie en attitudes	Sociaal-economische status
		Temperament	

Tabel 2: Factoren die eetgedrag van kinderen beïnvloeden [39]

Afhankelijk van de leeftijd van het kind, varieert het belang van deze factorengroepen. Meer toelichting bij de factoren die eetgedrag beïnvloeden is terug te vinden in de **Eetexpert Groeiwijzer** of in de **Groeiwijzer samenvattingsfiche**.

Eetcompetenties in kaart

Een handig kader dat gebruikt kan worden om het eetgedrag in kaart te brengen, is het kader van de 4 eetcompetenties. **Eetcompetenties** werden voor het eerst voorgesteld door de Amerikaanse diëtiste Ellyn Satter. Volgens Satter houdt evenwichtig eten in dat iemand voldoende vaardig is op het vlak van 4 competenties: structuur, attitude, variatie en regulatie [40].

Als diëtist is het aanbevolen om niet enkel de voedingsinname in kaart te brengen, maar alle vaardigheden die bijdragen aan evenwichtig eetgedrag. Eetexpert vat deze vaardigheden samen via de 4G's of eetcompetenties:

- **Geregeld:** heeft te maken met alles rond het plannen en organiseren van maaltijden.
 - “Hoe typeert de jonge cliënt het eigen eetgedrag; bv. regelmatig/onregelmatig/chaotisch?”
 - “Eet de jongere op regelmatige tijdstippen?”
 - “Hoe ziet de maaltijdstructuur eruit?”
 - “Zijn er maaltijden die worden overgeslagen?”
- **Genieten:** heeft te maken met alles rond het plezier dat eten en voeding mag geven.
 - “Wat betekent voeding voor de jonge cliënt, hoe is de houding ten opzichte van voeding?”
 - “Hoe verloopt eten in gezelschap van anderen?”
 - “Worden er dieetregels gehanteerd?”
 - “Zijn er verboden voedingsmiddelen?”
- **Gevarieerd:** heeft te maken met de mate van variatie in het voedingspatroon.
 - “Is er variatie in de keuze van voedingsmiddelen?”
 - “Wordt er regelmatig iets nieuws geproefd?”
- **Genoeg:** heeft te maken met het luisteren naar interne honger- en verzadigingssignalen van het lichaam.
 - “Eet het kind of de adolescent eerder veel of eerder weinig in functie van zijn groei-behoefte?”
 - “Luistert de jongere naar zijn lichaam als hij/zij eet?”

De eetcompetenties worden uitgebreid besproken in het hoofdstuk rond behandeling, zie **Wat zijn eetcompetenties?**

Is het eetgedrag verstoord?

Idealiter heeft het kind of de adolescent een neutrale houding t.o.v. van eten: het denkt aan eten op de momenten dat het nodig is, en de vraag naar wat en hoe te eten neemt niet te veel tijd en energie in beslag. Evenwichtig of **competent eetgedrag** kenmerkt zich door een regelmatige eetstructuur, kunnen genieten van eten (zonder dat genieten per se moet), gevarieerd eten en een goede afstemming tussen voedselinname en honger en verzadiging.

Eten is een leerproces en brengt dus een aantal leertaken met zich mee, die vlot of minder vlot kunnen verlopen. Denk aan de overgang naar vaste voeding, zelfstandig leren eten, nieuwe smaken leren aanvaarden, zelfcontrole verwerven in het omgaan met alle verleidelijke voedselprikkels in de omgeving... Als bepaalde leertaken minder vlot verlopen, wordt gesproken van 'haperend eetgedrag'. Dit gaat gepaard met heel wat vragen en bezorgdheden van ouders, zonder dat er daarom al sprake is van een (eet)probleem. Een goede kennis van de normale ontwikkeling van eetgedrag helpt om gerust te stellen, advies te geven om de normale ontwikkeling (verder) te ondersteunen, extra ondersteuning in te schakelen waar nodig (om bv. een tafelstrijd te ontmijnen) en problemen tijdig te detecteren waar er wel meer aan de hand is.

Een **eetprobleem of verstoord eetgedrag** is een verstoring in het gezonde eetgedrag, waardoor het eetgedrag niet meer ontspannen en natuurlijk verloopt. Voorbeelden zijn te veel eten, te weinig eten en eetbuien [41]. Verstoord eetgedrag dient steeds bekeken te worden in het licht van de normale ontwikkeling van eetgedrag bij kinderen en adolescenten. Fluctuaties in de voedselinname zijn eigen aan de ontwikkeling van het jonge kind. In de meeste gevallen worden de groei en de gewichtstoename van het kind of de adolescenten hierdoor niet verstoord. Pas wanneer dit wel het geval is, wordt gesproken van een 'probleem' of 'verstoring' [41].

Eet- en voedingsstoornissen zijn syndromen en bevatten dus verschillende componenten. Zo is er bij een eetstoornis niet alleen sprake van een aanhoudende verstoring in het eetgedrag die leidt tot gewijzigde voedselopname (een eetprobleem), maar ook van een verstoord lichaamsbeeld (bv. overevaluatie van lichaamsgewicht en -vormen), psychosociale problemen (bv. laag zelfwaardegevoel, sociale isolatie) en fysieke problemen (zoals een te laag of te hoog lichaamsgewicht, spijsverteringsproblemen, osteoporose...) [41].

Een eetprobleem kan zich uiten in de ontwikkeling van **over- of ondergewicht**, maar dat is niet noodzakelijk zo. Sommige eetproblemen en eetstoornissen hebben geen zichtbaar effect op het gewicht.

“Een normaal lichaamsgewicht wil dus niet per definitie zeggen dat er geen eetprobleem is, noch wijst over- of ondergewicht per definitie op een probleem. Het blijft essentieel om het groeitraject van het kind in rekening te brengen.”

Verstoord eetgedrag lijkt vaker voor te komen bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas dan bij jongeren met een normaal lichaamsgewicht [42] [43]. Dit maakt dat deze kinderen en adolescenten een hoger risico lopen op het ontwikkelen van een eetstoornis dan leeftijdgenoten met een normaal gewicht.

Verstoord eetgedrag detecteren bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas is echter niet zo eenvoudig. Het eetgedrag van deze kinderen is complexer dan oorspronkelijk gedacht. Kinderen met obesitas kunnen verschillende gedragingen vertonen die kunnen wijzen op verstoord eetgedrag, zoals: snoepen na de maaltijd (dus zonder honger), eten als troost wanneer men zich depressief voelt, 's nachts eten, te veel eten gevolgd door braken, te weinig eten of overslaan van maaltijden [44]. Bij kinderen is het zeer belangrijk om deze verstoringen in eetgedrag op tijd te ontdekken en in te schatten. O.b.v. kritische thema's zijn door een Europese experten groep (ECOG) 5 vragen afgeleid die als vertrekpunt kunnen worden gebruikt voor het opmerken van verstoord eetgedrag [18]. Volgende vijf vragen worden hierbij gebruikt als vertrekpunt:

- **Controleverlies?** Rapporteert het kind grote hoeveelheden voedsel te eten of een gevoel van controleverlies te ervaren bij het eten? (zie ook **Is er sprake van eetbuien?**)
- **Lijngedrag?** Is het kind gepreoccupeerd met restrictief eten en diëten of maakt het zich ernstig zorgen over lichaamsgewicht en -vormen?
- **Emotie-eten?** Vertoont het kind emotionele eetpatronen?
- **Extern eten?** Vertoont het kind een hogere mate van disinhibitie (ontremming), een specifieke responsiviteit ten aanzien van voedsel of geeft het kind aan verslaafd te zijn aan (over)eten?
- **Context?** Zijn er familiale problemen aanwezig in de opvoedingssituatie van het kind? Of vertoont het kind internaliserende (bv. angst, depressie) of externaliserende problemen (bv. agressie, ongehoorzaamheid)?

Als één of meerdere antwoorden op deze vragen bevestigend zijn, is er behoefte aan een uitgebreidere psychologische screening. Doorverwijzing naar een psycholoog is dan aangewezen.

Hier kan je een artikel vinden met uitgebreidere informatie over deze screeningstool.

Een andere tool die gebruikt kan worden om het eetgedrag in kaart te brengen is:

- **Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag bij kinderen (NVE-K):** De NVE-K, de kindversie van de NVE (Nederlandse vragenlijst voor eetgedrag) is bedoeld voor kinderen van 7 tot 12 jaar en brengt drie belangrijke risicofactoren van overeten en overgewicht in kaart [45]. Met behulp van de NVE-K kan worden nagegaan in hoeverre extern, emotioneel en lijngericht eten bij een kind voorkomt en hoe zich dit verhoudt met een passende normgroep. Meer informatie vind je [hier](#).
- Bij kinderen ouder dan 12 jaar kan de **Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE)** gebruikt worden. De NVE brengt drie belangrijke risicofactoren voor overeten en overgewicht in kaart: emotioneel eten (verdeeld in diffusie en duidelijke emoties), extern eten en lijngericht eten [46]. Meer informatie vind je [hier](#).

Is er sprake van eetbuien?

Niet alle episodes van overeten worden als 'eetbuien' beschouwd. Om na te gaan of er sprake is van eetbuien, dient men de aanwezigheid van twee centrale criteria te bevragen [47]:

1. Is er sprake van het eten van een objectief grote hoeveelheid voedsel? Dit is een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat men normaal eet of wat anderen zouden eten in dezelfde omstandigheden.
2. Is er sprake van controleverlies over het eten? (het gevoel dat men niet meer kan stoppen met eten eens men gestart is of niet kan controleren wat en hoeveel men eet)

In de EDE worden op basis van deze criteria vier verschillende vormen van 'overeten' beschreven, schematisch weergegeven in onderstaande tabel [48, 49]:

	Grote hoeveelheid gegeten	Geen grote hoeveelheid gegeten, maar wel zo beschouwd door de cliënt
Controleverlies over eten	Objectieve eetbui	Subjectieve eetbui
Geen controleverlies over eten	Objectief overeten	Subjectief overeten

Tabel 3: schematische weergave vier verschillende vormen van 'overeten' [48, 50]

- **Objectieve eetbui:** het eten van een objectief grote hoeveelheid voedsel, gepaard gaande met controleverlies over voedsel
- **Subjectieve eetbui:** het eten van een hoeveelheid voedsel die als grote hoeveelheid beschouwd wordt door de persoon zelf, maar niet door anderen, eveneens gepaard gaande met controleverlies over eten
- **Objectief overeten:** het eten van objectief grote hoeveelheid voedsel, zonder controleverlies over eten
- **Subjectief overeten:** er wordt een hoeveelheid voedsel gegeten die groot is volgens de persoon zelf, maar niet volgens anderen. Dit gaat niet gepaard met een gevoel van controleverlies over het eten.

Het in kaart brengen van het criterium 'controleverlies over eten' is bij kinderen niet altijd eenvoudig.

“Men kan hierbij gebruikmaken van een metafoor waarbij men het controleverlies vergelijkt met een fiets die van een berg rijdt, waarbij de remmen stuk zijn en men bijgevolg blijft rijden en niet meer kan stoppen [48].”

Naast de hoeveelheid en de aanwezigheid van controleverlies kan ook informatie rond het begin, de frequentie, de samenstelling, de intensiteit, de duur, de triggers, de omstandigheden en de gevolgen van eetbui-episoden een indicatie geven omtrent de functie van de eetbuien.

- **Frequentie:** Een gemiddelde frequentie van 1 tot 3 eetbuien per week is qua ernst licht; 14 of meer keer per week is zeer ernstig [51].
- **Samenstelling:** Eetbuien kunnen bestaan uit voedingsmiddelen die de jongere zich gedurende een lijn- of vastenperiode heeft ontzegd, vaak betreft dit zoete en/of vette producten. Evengoed kunnen gezonde voedingsmiddelen worden genuttigd [52].
- **Triggers:** Er zijn verschillende omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot een eetbui. Bevrage de voornaamste triggers van eetbuien voor de jongere, gebruik eventueel de '**BETCH**' als hulpmiddel. Vaak voorkomende triggers zijn [50, 53]:
 - te weinig eten en de daarmee gepaard gaande honger;
 - het overtreden van een dieetregel;
 - alcohol (adolescenten);
 - vermoeidheid;
 - onplezierige emoties: bv. depressiviteit, stress, spanning, wanhoop, eenzaamheid, verveling, prikkelbaarheid, boosheid en angst;
 - gebrek aan dagelijkse structuur;
 - alleen zijn;
 - zich dik voelen;
 - gewichtstoename;
 - premenstruele spanning.

Zijn er signalen van een eetstoornis?

Bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas komt verstoord eetgedrag (lijngedrag, eetbuien, ...) vaak voor [42] [43], waardoor het risico op het ontwikkelen van een eetstoornis toeneemt. Bovendien hebben eetstoornissen en obesitas enkele gemeenschappelijke risicofactoren, zoals ontevredenheid over het lichaam, ongezond gewichtscontrolegedrag/diëten, en gepest worden met het gewicht.

[Eetstoornissen volgens DSM-5](#)

De DSM-5 (DSM als afkorting van het Engelstalige Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) beschrijft binnen de categorie 'Voedings- en eetstoornissen' zes stoornissen: pica, ruminatiestoornis, vermijdend/restrictieve voedselinnamestoornis, anorexia nervosa (AN), waarbij een restrictief type (AN-R) en een eetbuien/purgerend type (AN-BP, als afkorting van het Engelstalige binge/purge) onderscheiden wordt, boulimia nervosa (BN) en de eetbuistoornis (BED). Een bijkomende categorie zijn de 'andere gespecificeerde voedings- of eetstoornissen', die gekenmerkt worden door een deel van de symptomen van AN, BN of BED, maar waarvan het klinisch beeld niet minder ernstig hoeft te zijn [47].

Pica, ruminatiestoornis en vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis zijn eetstoornissen die voornamelijk bij jonge kinderen worden gediagnosticeerd. Anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis komen vaker voor vanaf de adolescentie.

[Voedingsstoornissen bij jonge kinderen](#)

Bij kinderen jonger dan 6 jaar wordt in de literatuur eerder de term 'voedingsstoornissen' gebruikt. Naarmate kinderen ouder worden, wordt de term 'eetstoornissen' gebruikt. Dit onderscheid in terminologie verwijst vooral naar de rol van het kind in het eetproces, die geleidelijk actiever wordt [48].

Meer informatie en de DSM-5 criteria omtrent voedingsproblemen en -stoornissen bij jonge kinderen is terug te vinden in het **basisdraaiboek kinderen**.

[Eetstoornissen bij kinderen en adolescenten](#)

Anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) en eetbuistoornis (BED) komen vaker voor vanaf de adolescentie, hoewel er ook early-onset eetstoornissen of eetstoornissen met vroege aanvang gerapporteerd worden. Dit zijn eetstoornissen die vroeger starten dan de typische aanvangsleeftijd.

Meer informatie omtrent de typologie van de eetstoornissen AN, BN en BED volgens de DSM-5 is terug te vinden in het [basisdraaiboek](#).

Meer informatie omtrent early-onset-eetstoornissen kan je [hier](#) terugvinden.

Meer informatie omtrent de prevalentie van eetstoornissen is [hier](#) terug te vinden.

Screening

Een screeningsvragenlijst is nuttig bij vermoeden van een eetstoornis. Speciaal ontwikkeld voor de eerstelijnspraktijk zijn de SCOFF en de ESP. Beide korte vragenlijsten zijn geschikt om een eetstoornis uit te sluiten vanaf 12 jaar, niet om een diagnose te stellen. Bij minimum 2 bevestigende antwoorden op 1 van de vragenlijsten wordt aangeraden verder te screenen op eetstoornissen.

SCOFF (Sick, control, one stone, fat, food) [54]:

- Wekt u braken op omdat u zich met een “volle maag” niet goed voelt?
- Bent u bang dat u geen controle meer heeft over de hoeveelheid die u eet?
- Bent u meer dan 6 kg afgevallen in 3 maanden tijd?
- Denkt u dat u te dik bent, terwijl anderen vinden dat u mager bent?
- Vindt u dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in uw leven?

ESP (Eating disorder Screen for Primary care) [55]:

- Bent u tevreden over uw eetgewoonten? (hier wordt een “nee” meegeteld in de score)
- Eet u ooit wel eens in het geheim?
- Heeft uw lichaamsgewicht invloed op hoe u zich voelt?
- Hebt u nu last van een eetstoornis, of heeft u dat in het verleden ooit gehad?

De screeningsvragenlijsten zijn [hier](#) als fiche te downloaden.

3.3. Diëtistisch onderzoek - antropometrie

Bij kinderen en adolescenten met (een vermoeden van) overgewicht en obesitas wordt aanbevolen om na te gaan of het lichaamsgewicht van een kind past bij zijn/haar leeftijd, geslacht en lengte. De methode die hiervoor gebruikt wordt, verschilt naargelang de leeftijd van het kind. Naast lichaamsgewicht kan ook de taille-lengteverhouding (of middel-lichaamslengte ratio) bepaald worden, die een maat is voor abdominale vetopstapeling. Omdat lichaamsgewicht vaak een gevoelig thema is, wordt in dit hoofdstuk eveneens een paragraaf opgenomen rond het 'praten over gewicht'.

3.3.1. Lichaamsgewicht

Normale gewichtsgrenzen worden bepaald in functie van geslacht, leeftijd en lengte. Bij volwassenen gebruikt men hierbij de Body Mass Index (BMI), waarbij een normaal lichaamsgewicht zich situeert tussen BMI 18.5 en 25 [56]. Bij kinderen en adolescenten kunnen niet dezelfde grenswaarden gebruikt worden. De BMI bij kinderen en adolescenten is namelijk zeer leeftijdsafhankelijk, omdat de verhouding tussen lichaamsgewicht en lengte verandert met de leeftijd.

Voor kinderen en adolescenten worden leeftijds- en geslachtsspecifieke grenswaarden gebruikt. Op elke leeftijd geldt zowel voor jongens als voor meisjes een andere waarde als grens voor overgewicht en obesitas.

Leeftijd 0-2,(5) jaar

Kind en Gezin volgt vanuit haar preventieve opdracht de lichamelijke groei (lichaamsgewicht, lengte en hoofdomtrek) van elk kind op. Deze opvolging gebeurt aan de hand van een elektronische groeimodule o.b.v. de Vlaamse groeicurven. Deze groeimodule bevat voor ieder kind:

- Gewicht-voor-leeftijd-curve;
- Lengte-voor-leeftijd-curve;
- Hoofdomtrek-voor-leeftijd-curve;
- Gewicht-voor-lengte-curve (< 2 jaar);
- BMI-curve (vanaf 2 jaar).

Voor het opvolgen van het lichaamsgewicht wordt een onderscheid gemaakt tussen 2 curves: de **gewicht-voor-leeftijd-curve** en de **gewicht-voor-lengte-curve** (of bij kinderen vanaf 2 jaar, de **BMI-curve**).

Gewicht-voor-leeftijd-curve

De gewicht-voor-leeftijd-curve toont:

- Het **absolute gewicht** van het kind op de betreffende leeftijd;
- De **positie van het gewicht** t.o.v. kinderen met dezelfde leeftijd en van hetzelfde geslacht.
 - Deze positie wordt weergegeven als "standaarddeviatiescore", afgekort SDS, met als grenswaarden 2 standaarddeviaties van de mediaan (de mediaan is hetzelfde als percentielscore 50).
 - Deze parameter beantwoordt de vraag: "Is het lichaamsgewicht van dit kind op dit moment binnen de verwachten spreiding voor de leeftijd?"
 - Verwachte spreiding: $-2 \leq \text{SDS} \leq 2$;
 - Lichaamsgewicht lager dan verwacht voor leeftijd: $\text{SDS} < -2$;
 - Lichaamsgewicht hoger dan verwacht voor leeftijd: $\text{SDS} > 2$.

- De **evolutie van het lichaamsgewicht** t.o.v. een vorige meting (= een meting van minstens 4 weken voorheen in het 1ste levensjaar en minstens 2 maanden voorheen vanaf de leeftijd van 12 maanden).
 - Deze evolutie wordt weergegeven als “standaarddeviatiescore van de conditioneel verwachte groei”, afgekort SDS_c. De SDS_c heeft als grenswaarden 1 standaarddeviatie van de mediaan, en is een door de groeimodule berekende waarde.
 - Deze parameter beantwoordt de vraag: “Is de evolutie van het gewicht van dit kind ten opzichte van een vorige meting zoals we verwachten?”
 - Verwachte spreiding: $-1 \leq \text{SDS}_c \leq +1$;
 - Evolutie in lichaamsgewicht is lager dan verwacht: $\text{SDS}_c < -1$
 - Evolutie in lichaamsgewicht is hoger dan verwacht: $\text{SDS}_c > +1$.

De gewicht-voor-lengte curve en BMI-curve

De **gewicht-voor-lengte-curve** en (vanaf 2 jaar) de **BMI-curve** tonen of het lichaamsgewicht in evenwicht is t.o.v. de lengte (de verhouding). Een afwijking van 2 standaarddeviaties van de mediaan (p50) wordt als grenswaarde beschouwd.

- Verwachte spreiding: $-2 \leq \text{SDS} \leq +2$;
- Lichaamsgewicht lager dan verwacht voor lengte: $\text{SDS} < -2$;
- Lichaamsgewicht hoger dan verwacht voor lengte: $\text{SDS} > +2$.

Bovenstaande informatie geldt voor kinderen die à term geboren zijn.
Info over de groei van te vroeg geboren kinderen, vind je **hier**.

Ook voor kinderen met een syndromale aandoening vind je voor bepaalde syndromen aparte groeicurven. Meer info rond de opvolging van groei door Kind en Gezin vind je **hier**.

Leeftijd 2(,5)-18 jaar

Er bestaan een aantal manieren om in te schatten of het lichaamsgewicht van een kind past bij zijn/haar leeftijd, geslacht en lengte. In dit draaiboek wordt de in de praktijk meest gehanteerde methode beschreven. Meer informatie omtrent andere methoden voor gewichtsoopvolging kan je **hier** terugvinden.

Hieronder worden de criteria weergegeven voor kinderen vanaf 2 jaar, waarvan minstens 1 ouder van Vlaamse herkomst is. Criteria voor kinderen met een migratieachtergrond kan je **hier** terugvinden.

Een eerste manier om in te schatten of het lichaamsgewicht van een kind past bij zijn/haar leeftijd, geslacht en lengte, is door het gebruik van **groeicurven**. Deze vergelijken (de evolutie in) BMI (of gewicht, lengte, hoofdomtrek) met een referentiegroep. In Vlaanderen wordt doorgaans gebruik gemaakt van de **Vlaamse groeicurven 2004**, met een referentiegroep van Vlaamse jongens en meisjes.

De **Body Mass Index (BMI)** wordt ook bij kinderen berekend met behulp van de gekende formule:

$$\text{BMI} = \text{Lichaamsgewicht (kg)} / \text{Lengte}^2(\text{m}^2)$$

Meer informatie omtrent hoe de lengtemeting kan uitgevoerd worden, rekening houdend met de leeftijd van de het kind of de adolescent, vind je **hier** terug.

De curven die op 18-jarige leeftijd de BMI-grenzen van 25 en 30 bereiken, geven de respectievelijke grenswaarden voor overgewicht en obesitas aan. Deze waarden werden geëxtrapoleerd naar de jongere leeftijden. Op die manier worden de zones “overgewicht” en “obesitas” aangeduid in het grijs.

Indicator (BMI-groecurven)	Interpretatie
BMI-waarden boven de hoge grijze zone	obesitas
BMI-waarden binnen de hoge grijze zone	overgewicht
BMI-waarden tussen de hoge en lage grijze zone	normaal gewicht
BMI-waarden binnen de lage grijze zone	ondergewicht/laag gewicht
BMI-waarden onder de lage grijze zone	ernstig/zorgwekkend ondergewicht

Tabel 4. Gewichtsinschatting bij kinderen vanaf 2 jaar

Een andere methode om overgewicht en obesitas bij kinderen te bepalen is door het berekenen van het percentage overgewicht (ook wel **gewichtsindex** genoemd). Hierbij wordt de BMI van het kind vergeleken 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 op 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 lichaamsgewicht van een kind op basis van de gewichtsindex en op basis van de groeicurven is niet dezelfde, in het bijzonder bij kinderen tot en met 9 jaar 0 maanden. Binnen de CLB-context, waar het gaat over screening van een doorgaans gezonde populatie, is de huidige consensus om tot en met 9 jaar 0 maanden het criterium voor overgewicht en obesitas te gebruiken volgens de gewichtsindex. In alle andere situaties (oudere leeftijd, ondergewicht, klinische context) worden de grenzen van de BMI-groeicurven gebruikt.

Indicator (Gewichtsindex/groeicurven)	Interpretatie
140 - hoger %	obesitas
120 - 140 %	overgewicht
120 % tot grens met onderste grijze BMI zone	normaal gewicht
BMI-waarden binnen de lage grijze zone	ondergewicht/laag gewicht
BMI-waarden onder de lage grijze zone	ernstig/zorgwekkend ondergewicht

Tabel 5. Gewichtsinschatting bij kinderen tot en met 9 jaar in de CLB-context

Naast het bepalen van een gewicht, is het goed om ook de evolutie van het overgewicht te bevragen:

- Op welke leeftijd is het overgewicht ontstaan?
- Was er een snelle of langzame toename van het overgewicht?
- Was er een afbuiging van de lengtecurve bij toename van het overgewicht?

3.3.2. Verhouding taille-lengte

De BMI dient met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, wanneer het gaat om het inschatten van het metabool gezondheidsrisico dat gepaard gaat met obesitas (bv. risico op hart- en vaatziekten, hypertensie of diabetes). Om dat gezondheidsrisico na te gaan, wordt gekeken naar de hoeveelheid vet die zich centraal heeft opgestapeld (abdominale of centrale vetopstapeling). De BMI is geen directe maat voor deze abdominale vetopstapeling. Volgens zeer recente NICE-richtlijnen kan het zinvol zijn om bij kinderen vanaf 5 jaar de verhouding tussen de taille (of buik- of middelomtrek) en de lengte van het kind (verhouding taille-lengte, middel-lichaamslengte ratio of ‘waist-to-height-ratio’) te bepalen. De verhouding tussen taille en lengte is wel een **directe maat voor abdominale vetopstapeling** en is dus een betere voorspeller van het metabool gezondheidsrisico [57].

Het bepalen van de verhouding taille-lengte wordt als volgt aanbevolen [57]:

- Meet de **middelomtrek**:
 - Bepaal het onderste punt van de ribbenkast en het bovenste punt van de heup.
 - Plaats tussen deze twee punten in een meetlint rond het middel van het kind (gewoonlijk situeert het meetlint zich net boven de navel).
 - Laat het kind uitademen en lees de middelomtrek af van het meetlint.
- Bereken de **taille/lengte verhouding**
 - Gebruik voor zowel de middelomtrek als de lengte van het kind, het resultaat in centimeters.
 - Deel de middelomtrek (cm) door de lengte (cm)
 - Het resultaat geeft de taille/lengte verhouding aan.

Definieer de **mate van abdominale vetopstapeling op basis van de taille-lengteverhouding** bij kinderen en adolescenten als volgt [57]:

- **gezonde abdominale vetopstapeling**: taille-lengteverhouding 0,4 tot 0,49, wat duidt op een gezondheidsrisico dat niet verhoogd is;
- **verhoogde abdominale vetopstapeling**: taille-lengteverhouding 0,5 tot 0,59, wat wijst op een verhoogd gezondheidsrisico;
- **hoge abdominale vetopstapeling**: taille-lengteverhouding 0,6 of meer, wat wijst op een verder verhoogd gezondheidsrisico.

Deze classificaties kunnen gebruikt worden voor kinderen en adolescenten van beide geslachten en alle etnische groepen (vanaf 5 jaar).

3.3.3. Gesprek over gewicht

Overgewicht en obesitas kunnen gevoelige thema's zijn, waardoor het gesprek hieromtrent als moeilijk kan ervaren worden. Een verkeerde aanpak kan bovendien weerstand oproepen en de relatie met de jonge cliënt en het gezin onder druk zetten.

Uit een Nederlands onderzoek blijkt dat hulpverleners uit diverse disciplines (artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten, ...) over het algemeen voldoende vertrouwen hebben in de eigen vaardigheden om lichaamsgewicht met kinderen, adolescenten en ouders te bespreken. Ongeveer 1 op 10 gaf zichzelf toch onvoldoende op dit onderdeel [58, 59]. Barrières die de hulpverleners uit dit onderzoek het meest ervaren [58]:

- het kind en/of de ouders hebben Nederlands als tweede taal;
- de ouders hebben zelf overgewicht;
- de verwachting dat het kind of de ouders negatief reageren;
- gebrek aan tijd;
- de angst dat het gezin het bespreken van het lichaamsgewicht als een negatief oordeel ervaart.

Eetexpert ontwikkelde fiches die hulpverleners kunnen ondersteunen bij het praten over lichaamsgewicht en uiterlijk, bij:

- **Kleuters**
- **Lagere schoolkinderen**
- **Adolescenten**

Tips om doordacht te communiceren over gewicht:

- Vraag toestemming aan kinderen, adolescenten en hun ouders (of andere zorgfiguren) alvorens te praten over de mate van overgewicht, obesitas en abdominale vetopstapeling, en bespreek dit op een gevoelige en aan de leeftijd aangepaste manier [57].
- Spreek en schrijf neutraal over BMI, ondergewicht, normaal gewicht, overgewicht. Vermijd termen als ongezond gewicht, dik, vet, ongezond. Gebruik 'people-first' taal (bv. Een kind met obesitas).
- Vergelijk de jongere met zichzelf, niet met de groep (leeftijdsgenoten, ...).
- Maak een onderscheid tussen een normaal lichaamsgewicht en een gezond gewicht. Gezondheid kan je niet afleiden van lichaamsgewicht alleen. Spreek daarom niet over 'ongezond' gewicht.
- Link gezondheid aan gezond gezinsgedrag.
- Durf praten over gewichtsstigmatisering en erken moeilijke ervaringen en emoties.
- Corrigeer stigma's. kinderen en adolescenten en hun omgeving kunnen stigma's opgenomen hebben in hun zelfbeeld, en zelf de vele negatieve vooroordelen geloven.
- Wees alert voor onbewuste vooroordelen bij jezelf als hulpverlener. Ze kunnen je gedrag en communicatie tegenover de jonge cliënt beïnvloeden.

Via [deze link](#) kan je de informatiebrochure 'Deze woorden over mijn gewicht vind ik goed' raadplegen, deze werd in Nederland ontwikkeld door het team van Care for Obesity (VU Amsterdam).

Hetzelfde team ontwikkelde ook een andere [folder](#) omtrent dit thema voor zorg-, wijk- en schoolprofessionals en een [e-learning](#) omtrent dit thema:

3.4. Diëtistisch onderzoek - diëtistische anamnese

Naast een voedingsanamnese is een diëtistische anamnese uitermate belangrijk om een totaalbeeld van het kind of de adolescent te verkrijgen en een **diëtistische diagnose** te kunnen stellen.

3.4.1. Algemene gegevens

Algemene gegevens worden verzameld tijdens de **screening en kennismaking**.

3.4.2. Medische gegevens

Medische voorgeschiedenis

- Obesitasgerelateerde ziektebeelden, erfelijke aandoeningen, gendefecten, ...
- Behandelvoorgeschiedenis

De lichamelijke gezondheid van het kind [8, 6]:

Risicofactoren en comorbiditeiten [14]:

- cardiovasculaire risicofactoren (hyperlipidemie, hoge bloeddruk, ...) of hart- en vaataandoeningen;
- endocriene klachten:
 - diabetes type 2 of verstoorde glucosetolerantie: bij een verhoogde nuchtere glucose ($\geq 5,6$ mmol/l) wordt door de arts nagegaan of er werkelijk sprake is van diabetes type 2 of een verhoogd risico daarop. Dit kan door middel van een OGTT (Orale Glucose Tolerantie Test) of een nuchtere glucosebepaling [60];
 - vroegtijdige puberteit [30];
- respiratoire problemen (bv. slaapapneu), astma [30];
- leversteatose, galstenen [30]
- allergieën of intoleranties;
- psychiatrische aandoeningen: depressie, angststoornis, ...
- neurologisch (pseudotumor cerebri);
- overbelasting van het bewegingsapparaat [30]:
 - rugpijn, knieklachten [30]
 - impact op de mobiliteit [6];

Medische oorzaken van overgewicht en obesitas

Overgewicht en obesitas kunnen veroorzaakt worden door medische oorzaken, zoals genetische syndromen en hormonale problemen.

Meer toelichting omtrent medische oorzaken van obesitas vind je [hier](#).

Familiale voorgeschiedenis

Relevante familiale antecedenten worden bevroagd (ouders, grootouders, broers, zussen, ...) [6]:

- obesitas, obesitaschirurgie;
- diabetes type 2;
- zwangerschapsdiabetes bij moeder;
- stoornissen in het vetmetabolisme;
- hart- en vaatziekten, hypertensie en CVA (cerebrovasculair accident).

Medicatie

[Medicatie die gewichtstoename tot gevolg kan hebben](#)

Medicatie kan de energiehomeostase beïnvloeden, hoofdzakelijk door honger te bevorderen of door het rust-metabolisme te verlagen [61]. Een overzicht van geneesmiddelen die een potentieel gewicht verhogende werking hebben, is terug te vinden onderaan deze [flowchart](#).

Niet alle in de bovenstaande flowchart aangehaalde geneesmiddelen worden reeds op jonge leeftijd voorgeschreven. Bij jongeren zijn de meest frequent gebruikte geneesmiddelen die tot gewichtstoename leiden: antipsychotica zoals aripiprazol (Abilify®) en risperidon (Risperdal®) [62].

[Medicatie voor comorbiditeiten](#)

Bv. medicatie voor diabetes, medicatie voor hypertensie

[Medicatie ter behandeling van obesitas?](#)

Farmacologische interventies (metformine, sibutramine, orlistat en fluoxetine) kunnen een kleine daling teweegbrengen van de BMI, het lichaamsgewicht en de insulineresistentie bij kinderen en adolescenten met obesitas [63, 64]. Veel van deze geneesmiddelen zijn in België echter niet toegelaten voor de behandeling van obesitas bij kinderen en adolescenten, of zijn uit de handel genomen (sibutramine). Meer en degelijk onderzoek is nodig alvorens deze geneesmiddelen kunnen ingezet worden bij kinderen en adolescenten met obesitas [63, 65].

In België is heden geen enkel geneesmiddel geregistreerd voor de behandeling van obesitas bij kinderen en adolescenten [65].

3.4.3. Laboratoriumgegevens

Volgende parameters worden door de arts bepaald ter opvolging van het kind of de adolescent met overgewicht:

- triglyceriden;
- totaal cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol;
- nuchtere bloedglucosewaarde (en HbA1c);
- vrij T4 en TSH (schildklier).

In **deze fiche** kan je meer informatie terugvinden omtrent de parameters die door de (huis)arts kunnen bepaald worden bij kinderen en adolescenten met overgewicht.

3.4.4. Activiteitenpatroon

Bij jongeren met overgewicht en obesitas wordt aanbevolen om tijdens de anamnese navraag te doen naar 2 belangrijke aspecten m.b.t. activiteitenpatroon [29]:

- lichaamsbeweging (fysieke activiteit);
- sedentair gedrag (fysieke inactiviteit), met speciale aandacht voor schermtijd.

Lichaamsbeweging

Kinderen en adolescenten die weinig fysiek actief zijn (< 1 uur lichaamsbeweging per dag), hebben een hoger risico op het ontwikkelen van overgewicht en obesitas [66, 67, 68]. Anderzijds stelt men vast dat kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas fysiek minder actief zijn dan jongeren met een normaal gewicht. Niet alleen de hoeveelheid sport- en bewegingsactiviteiten in de vrije tijd is lager, maar ook het gebruik van actieve vormen van transport (zoals wandelen, fietsen, steppen, skaten) om ergens naar toe te gaan [69, 70].

Bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas is het aanbevolen om volgende aspecten van lichaamsbeweging te bevragen [6, 8, 29, 71]:

- **hoeveelheid;**
 - De hoeveelheid lichaamsbeweging omvat niet enkel de uren die besteed worden aan sport, maar ook verplaatsing naar school, beweging tijdens de speeltijd op school of lessen Lichamelijke Opvoeding, buiten spelen na school, ... [6, 71].
 - Ook ervaringen van het kind tijdens de les Lichamelijke Opvoeding of tijdens de speeltijd op school zijn belangrijk als achtergrondinformatie. Vinden ze de lessen Lichamelijke Opvoeding op school leuk? Vinden ze van zichzelf dat ze goed zijn in sporten of bewegen?
- **type/soort;**
 - Licht intensief: de jongere ademt niet sneller, de hartslag blijft normaal en hij/zij kan gewoon praten. Bv. staand bellen, staand knutselen, traag stappen, lichte huishoudelijke taakjes (afwassen, koken, tafel dekken, ...) [72, 73].
 - Matig intensief: de jongere gaat sneller ademen (aeroob bewegen), maar is niet buiten adem, de hartslag gaat sneller en hij/zij kan gewoon praten. Bv. fietsen naar school, de trap nemen (rustig omhoog), wandelen (5km/u), ... [72, 73].
 - Hoog intensief: de jongere zweet en ademt veel sneller (aeroob bewegen), de hartslag gaat sneller en hij/zij kan moeilijk praten. Bv. stevig doorfietsen naar school, joggen, touwtje springen, ... [72, 73].
- eventuele **inspanningsintolerantie;**
- **barrières** om niet aan lichaamsbeweging te doen.

Onderstaande tabel vat de beweegaanbevelingen voor kinderen en adolescenten samen, met een indeling per leeftijdscategorie [73, 74].

Leeftijd	Beweegaanbeveling
0-1 jaar	Beweeg zo veel mogelijk
1-2 jaar	Minstens 3 uur per dag licht, matig of hoog intensief bewegen.
3-5 jaar	Minstens 3 uur per dag licht, matig of hoog intensief bewegen. Waarvan 60 minuten matig of hoog intensief bewegen.
6-17 jaar	Het grootste deel van de dag licht intensief bewegen EN verspreid over de week: gemiddeld 60 minuten matig tot hoog intensief bewegen per dag. In deze 60 minuten: min. 3 dagen per week hoog intensief bewegen en daarnaast ook krachtoefeningen

Tabel 6: Beweegaanbevelingen per leeftijdscategorie [73, 74]

Het Vlaams Instituut Gezond Leven geeft bovenstaande beweegaanbevelingen visueel weer a.d.h.v. een '**Bewegingsdriehoek**'.

Een visueel overzicht van de aanbevelingen voor baby's, peuters en kleuters vind je **hier**.

Een visueel overzicht van de aanbevelingen voor kinderen en adolescenten vind je **hier**.

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van vragen die tijdens het diëtistisch onderzoek gesteld kunnen worden, om de lichaamsbeweging van het kind of de adolescent in kaart te brengen.

Bevraging lichaamsbeweging bij kinderen en adolescenten	
Weet de ouder hoeveel lichaamsbeweging nodig is voor de gezondheid van het kind (kent de ouder de aanbevelingen)?	Ja Nee
Voldoet het kind of de adolescent aan de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid lichaamsbeweging?	Ja Nee
Hoe gaat de jongere naar school?	Auto Bus Te voet Fiets Andere
Is een vorm van actieve verplaatsing naar school mogelijk?	Ja Nee
Is het kind of de adolescent actief tijdens de speeltijd? Hoeveel minuten?	Ja Nee ...
Doet het kind of de adolescent aan lichaamsbeweging na de schooluren? Activiteit: Frequentie: Duur:	Ja Nee
Heeft de jonge cliënt... een veilige plek om te spelen? ...spel(materiaal)?	Ja Nee Trampoline Exergame Step Tuin Ballen ...
Zijn er belemmeringen/barrières om aan lichaamsbeweging te doen?	Pijn Vallen slecht weer Kortademig Veiligheid Geen tijd Geen vrienden

Tabel 7: Template bevraging lichaamsbeweging, gebaseerd op [71]

Gezond Leven ontwikkelde een **beweegdagboek** (voor volwassenen, eventueel aan te passen voor kinderen en adolescenten).

Sedentair gedrag

Sedentair gedrag wordt gedefinieerd als alle tijd die niet slapend wordt doorgebracht, gekenmerkt door een laag energieverbruik, in een zittende of liggende houding [73]. Voor kinderen onder de 5 jaar omvat dit bv. de tijd doorgebracht in een autostoeltje, kinderstoel, wandelwagen, Maxi-Cosi, draagzak/doek, ... Een toename van sedentair gedrag (die vaak gepaard gaat met een daling van de hoeveelheid lichaamsbeweging) wordt in verband gebracht met een verhoogd risico op de ontwikkeling van overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten [75].

In onderstaande tabel staan de aanbevelingen rond sedentair gedrag weergegeven per leeftijd [73, 74].

Leeftijd	Aanbeveling sedentair gedrag
0-5 jaar	Max. 1 uur stilzitten (per keer). Toch stilzitten? Kies dan voor: voorlezen en vertellen van verhaaltjes, knutselen, muziek maken, ...
6-17 jaar	Beperk en onderbreek periodes van lang stilzitten. Zittende activiteiten? Kies dan voor: lezen, puzzelen, tekenen en knutselen, muziek maken, ...

Tabel 8: aanbevelingen rond sedentair gedrag bij kinderen en adolescenten [73, 74]

Schermtijd

De hoeveelheid schermtijd wordt in verband gebracht met het risico op overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten. In een systematische review kon overmatige schermtijd bij kinderen van 0 tot 7 jaar in verband gebracht worden met een verhoogd risico op overgewicht en obesitas, abdominale vetopstapeling en een verhoogde BMI, middelomtrek en lichaamsvet (o.b.v. huidplooiemetingen). Kinderen van 0 tot 7 jaar die buitensporig veel naar tv of andere schermen keken, bleken tot twee keer meer risico op obesitas te hebben [76]. Een gelijkaardige review concludeerde dat kinderen en adolescenten (5-18 jaar) met meer dan 2 uur schermtijd per dag een groter risico op overgewicht en obesitas hadden dan kinderen en adolescenten die minder dan 2 uur per dag schermtijd hadden. Zowel voor totale schermtijd, tijd specifiek besteed aan tv-kijken en computertijd werd een positief verband gevonden met overgewicht en obesitas [77].

De hoeveelheid schermtijd werd in de eerste review ook in verband gebracht met een aantal andere gedrags-indicatoren die het risico op overgewicht en obesitas vergroten. Zo werd een negatief verband teruggevonden tussen schermtijd en slaapduur (zie Slaap), gezond eetgedrag en fysieke activiteit [76].

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelde in 2019 aanbevelingen op voor de schermtijd van kinderen van 0 tot 5 jaar, weergegeven in onderstaande tabel. De WHO gebruikt hierbij de term 'sedentaire schermtijd', die gedefinieerd wordt als:

“Tijd die passief wordt doorgebracht door het kijken naar entertainment op een scherm (tv, computer, mobiele apparaten).” Deze definitie omvat dus niet de actieve spelletjes op een scherm, waarvoor fysieke activiteit of beweging nodig is [73].

Leeftijd	Aanbevolen schermtijd
0-2 jaar	Schermtijd wordt sterk afgeraden
2-5 jaar	Schermtijd bedraagt idealiter < 1 uur per dag , hoe minder hoe beter
6-17 jaar	Schermtijd in vrije tijd: max. 2 uur per dag , minder is beter

Tabel 9: aanbevelingen rond schermtijd voor kinderen en adolescenten [73, 74]

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van vragen die tijdens het diëtistisch onderzoek gesteld kunnen worden, om het sedentair gedrag en de schermtijd van de jonge cliënt in kaart te brengen.

Bevraging sedentair gedrag en schermtijd bij kinderen en adolescenten	
Besteedt het kind of de adolescent het grootste deel van zijn vrije tijd aan zitten/niet-actieve hobby's?	Ja Nee
Heeft de jongere een smartphone of tablet?	Ja Nee
Heeft het kind of de adolescent een tv in de slaapkamer?	Ja Nee
Blijven schermen aan gedurende de nacht? (telefoon/Tablet/tv)?	Ja Nee
Op een gemiddelde schooldag, hoeveel uur spendeert de jongere dan aan het volgende:	
Huiswerk	...
Tv-kijken	...
SMS'en	...
PC/laptop/tablet	...
Gamen	...
Films kijken	...
Lezen (vrije tijd)	...
Muziek luisteren	...
Andere:
Zijn er huisregels opgesteld rond schermtijd?	Ja Nee
Staat het scherm/tv aan terwijl de jongere aan het eten is?	Ja Nee
Tijdens het TV-kijken, wordt de reclame dan doorgespoeld?	Ja Nee
Is er toezicht tijdens het gebruik van Internet?	Ja Nee

Tabel 10: Template bevraging sedentaire gedrag en schermtijd, gebaseerd op [71]

3.4.5. Slaap

Hoewel kinderen en adolescenten minder eten als ze moe zijn, zoals na een drukke dag op school, gaat langdurige vermoeidheid vaak gepaard met meer eetlust en voedselcravings. Dit wordt waargenomen bij zowel kinderen uit de lagere school die onvoldoende nachtrust krijgen, bv. door late bedtijden, als bij adolescenten met een verstoord slaap-waakritme, bv. door minder 's nachts en ook overdag te slapen [39].

Langdurige vermoeidheid en slaapttekort vormen dus een risicofactor voor overgewicht. Dit wordt bevestigd in verschillende onderzoeken die een verband konden aantonen tussen slaapduur en (het risico op) overgewicht bij kinderen en adolescenten van alle leeftijden (0-18 jaar) [78, 79, 80, 81, 82, 68].

De potentiële verklaringen voor de relatie tussen slaapduur en overgewicht bij kinderen en adolescenten zijn talrijk en worden nog verder onderzocht [81]. Zo heeft het mogelijk te maken met de verstoring van de hormonen die de eetlust regelen (leptine, ghreline), en dus een invloed uitoefenen op zowel het honger- als het verzadigingsgevoel [39, 78], alsook de ontwikkeling van insulineresistentie als gevolg van slaapttekort. Een kortere slaapduur geeft bovendien meer tijd waarin gegeten kan worden of die kan besteed worden aan sedentaire activiteiten.

Ook een invloed van slaap op de kwaliteit van de voedingsinname wordt teruggevonden [81], wat een oorzaak kan zijn van gewichtstoename. Zo ging een recente systematische review het verband na tussen slaap en voedingsinname bij 0 tot 5-jarigen. Alle geïnccludeerde studies (n=5) gaven aan dat een verminderde slaapduur geassocieerd is met een hogere energie-inname of een verminderde voedingskwaliteit bij 0 tot 5-jarigen [83]. Córdova en collega's konden een verkorte slaapduur bij kinderen in verband brengen met een hogere consumptie van snacks en frisdrank. Bovendien nam de fruit- en groenteconsumptie van kinderen toe naarmate de slaapduur toenam [84].

De aanbevolen slaapduur varieert met de leeftijd (zie tabel) [73, 85, 86].

Leeftijd	Aanbevolen slaap (uur/dag)	Meer informatie
0-3 maanden	14 tot 17	Kwaliteitsvolle slaap, inclusief dutjes
4-11 maanden	12 tot 16	Kwaliteitsvolle slaap, inclusief dutjes
1-2 jaar	11 tot 14	Kwaliteitsvolle slaap met regelmatige slaap- en wektijden, inclusief dutjes
3-5 jaar	10 tot 13	Kwaliteitsvolle slaap met regelmatige slaap- en wektijden, inclusief dutjes
6-13 jaar	9 tot 11	
14-17 jaar	8 tot 10	

Tabel 11: slaapaanbevelingen voor jongeren [85, 86]

3.4.6. Leefstijlpatroon

Studies hebben in het verleden veelal individuele gezondheidsfactoren onderzocht, zoals voedingsinname, lichaamsbeweging, sedentair gedrag en slaap, als mogelijke voorspellers van overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten. In de dagelijkse omgeving staan deze factoren echter niet los van elkaar. Om gerichte interventies te ontwikkelen die de gezondheid van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas kunnen verbeteren, is het dan ook interessant om de gecombineerde invloed van al deze gedragingen te onderzoeken [87, 88]. kinderen en adolescenten die bijvoorbeeld minder tijd besteden aan lichaamsbeweging, hebben ook de neiging om meer sedentair gedrag te vertonen. Dit samen voorkomen van gedragingen/factoren op dagelijkse basis, kan worden beschouwd als een “leefstijlpatroon”.

Het **leefstijlpatroon** kan in kaart gebracht worden door alle individuele factoren samen te brengen in één overzicht. Bv. in een 24 uren-overzicht: aantal uren lichaamsbeweging, sedentaire activiteiten (inclusief schermtijd), en slaap.

Een voorbeeld van een dagboekje dat de leefstijl in kaart brengt bij lagere schoolkinderen kan je [hier](#) terugvinden.

Uit studies die een leefstijlpatroon hanteren, blijkt (naar analogie met de bevindingen uit studies met individuele leefstijlfactoren) dat kinderen en adolescenten met een combinatie van weinig lichaamsbeweging/meer sedentair gedrag/minder slaap een hoger risico hebben op overgewicht en obesitas, dan kinderen en adolescenten die een patroon hanteren dat zich kenmerkt door veel lichaamsbeweging/minder sedentair gedrag/meer slaap [87, 88].

3.4.7. Inschatten van de motivatie

Voor het inschatten van de motivatie kunnen verschillende motivatiekaders als leidraad gebruikt worden: de zelfdeterminatietheorie van Ryan & Deci, de veranderingscirkel van Prochaska & Diclemente en de motiverende gespreksstijl volgens Miller & Rollnick.

Zelfdeterminatietheorie

Ryan & Deci roepen in hun zelfdeterminatietheorie op om bij inschatting van motivatie vooral in te zoomen op de kwaliteit van de motivatie in plaats van de hoeveelheid motivatie [12, 23].

Goede motivatie is gebaseerd op iets zelf ‘willen’ i.p.v. iets ‘moeten’: “Hoe kunnen we zorgen dat mensen verandering willen?”. Volgens de zelfdeterminatietheorie willen mensen maar werken aan verandering als hun **basisbehoeften zijn ingevuld**. Frustratie van hun basisbehoeften leidt tot onrustig zoeken naar invulling van die basisbehoeften en dan is er geen ‘leren’ of ‘veranderen’ mogelijk. Mensen hebben drie psychologische

basisbehoeften, namelijk de nood aan **autonomie**, de nood aan **verbondenheid** en de nood aan **competentie**. In overeenstemming met deze 3 basisbehoeften wordt motivatie bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas (en hun ouders) beïnvloed door [8, 23]:

- de mate waarin de jongere en ouders de vrijheid voelen om zelf te bepalen welke verandering ze wanneer en op welke wijze doorvoeren (autonomie);
- in hoeverre zowel de jonge cliënt als de ouders zich gesteund voelen door anderen (verbondenheid);
- hoe bekwaam de jongere en de ouders zich voelen om de verandering te realiseren (competentie).

Veranderingscirkel

Onderzoek de veranderwens van de jonge cliënt. De bereidheid om te veranderen kan in kaart gebracht worden met behulp van de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente (1992). Volgens dit model verloopt de verandering van gezondheidsgedrag over volgende stadia:

- **Voorbeschouwing** (precontemplatie): de jongere stelt zich weinig of geen vragen bij het huidige gedrag en overweegt geen gedragsverandering.
- **Beschouwing** (contemplatie): de jongere begint voor- en nadelen af te wegen maar op vlak van gedrag is er nog niet veel verandering.
- **Vorbereiding** (preparatie): de jongere neemt de beslissing om het gedrag te veranderen (hoe klein ook) en maakt voornemens.
- **Actie**: de jongere levert zichtbare inspanningen om te veranderen door 'vallen en opstaan'.
- **Consolidatie** (handhaving): na voldoende succeservaringen heeft de jongere zich de nieuwe gewoontes eigen gemaakt, het begint meer 'vanzelf te gaan'.

Belangrijk bij het bepalen van de motivatie is dat de hulpverlener zich focust op een gedrag. Lichaamsgewicht of gewichtsverlies is geen gedrag en dus geen goed thema om naar motivatie te peilen (de maakbaarheid van lichaamsgewicht is trouwens veel kleiner dan ooit gedacht werd). De vraag is dus niet of het kind of de adolescent bereid is om te vermageren, maar welke bestaande gewoontes hij/zij bereid is om te veranderen.

Motiverende gespreksvoering

Het kader van Miller en Rollnick pleit ervoor om bij het bevragen van motivatie een motiverende gesprekstijl te gebruiken: wat is de veranderwens, wat is de behoudswens? De vraag is niet 'of' de jongere wil veranderen maar 'wat' de jongere zelf veranderd wil zien? Voeg in op basis van gelijkwaardigheid [26].

Meer informatie over de drie motivatiekaders kan je [hier](#) terugvinden.

3.4.8. Psychosociale gegevens

Persoonsgegevens

Verzamel gegevens omtrent opleiding, werk/schoolsituatie, woonsituatie (thuiswonend, alleenwonend,...), samenlevingsvorm, broers/zussen, gezinssamenstelling, leefomgeving, ... (deze maakt vaak al deel uit van de algemene gegevensverzameling tijdens de intake).

Psychologische en sociale risicofactoren voor eet- en gewichtsproblemen

Gezien verstoord eetgedrag kan leiden tot overgewicht, is het zinvol om ook de psychologische en sociale factoren in kaart brengen die een rol spelen in verstoord eetgedrag. Deze factoren vormen dus risicofactoren voor gewichtsproblemen [89].

Psychologische en gedragsfactoren

- **Lijngedrag** (zie ook Eetgedrag): onvoldoende voedselinname en lijngericht denken kunnen leiden tot overeten. Uit een studie bij Vlaamse jongeren blijkt dat lijngedrag toeneemt met de leeftijd en het meest voorkomt bij jongeren met overgewicht of obesitas [42].
- **Negatief zelfbeeld en lichaamsontevredenheid** (zie Persoonlijke factoren)
- **Mediagebruik en sociale vergelijking**
- **Gebrekkige emotieregulatie**: maladaptieve manieren om met negatieve emoties om te gaan worden gelinkt aan verstoord eetgedrag: bv. emotioneel eten (zie ook Eetgedrag en Persoonlijke factoren)
- **Temperamentsfactoren** (temperament verwijst naar de individuele verschillen in reactiviteit en regulatie):
 - negatief affect;
 - problemen in zelfregulatie: bij gebrek aan zelfregulatievaardigheden wordt de verleiding van voedsel en beloning niet weerstaan;
 - moeite hebben met grenzen.
- **Persoonlijkheidstrekken**:
 - impulsiviteit;
 - gerichtheid op beloning en plezier.
- **Psychische en ontwikkelingsproblemen**
 - Stemmings- en angststoornissen: bv. depressie
 - Mentale beperking: bij personen met een lichte mentale beperking wordt een hogere prevalentie aan obesitas waargenomen. Dit wordt gelinkt aan onder meer een minder goede zelfcontrole rond (a) de hoeveelheid voedsel die gegeten wordt, (b) de eetsnelheid en (c) het maken van evenwichtige voedselkeuzes. Bij personen met een ernstige mentale beperking komt voedselweigeren dan weer vaker voor.
 - ADHD
 - Autismespectrumstoornissen (ASS)

Sociale factoren

De leefomgeving en context heeft een grote invloed op het eetgedrag en de eetgewoonten van kinderen en adolescenten. Een duidelijk beeld krijgen van de leefomgeving van de jongere is helpend bij het opstellen van een haalbaar behandelplan op maat. Volgende factoren kunnen bevestigd worden:

- **opvoedingsfactoren** (zie (Op)voedingsstijl zorgfiguren);
- **socio-economische status (SES)**: uit de Vlaamse prevalentiecijfers rond overgewicht bij kinderen en adolescenten blijkt dat overgewicht en obesitas vaker voorkomen bij jongeren met een lagere SES. Omgevingsfactoren zoals de woonomgeving, financiële situatie, stress en beschikbaarheid van gezonde voeding kunnen overgewicht mee in de hand werken [90];
- **eet- of psychopathologie bij de ouder**;
- **pesten en stigmatisering**;
- **misbruik en mishandeling** (link met o.a. lichaamsontevredenheid, gebrekkige emotieregulatie en impulsiviteit)

Meer informatie over risicofactoren voor eet- en gewichtsproblemen:

<https://www.draaiboeken.eetexpert.be/risicoprofiel>

<https://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek-kinderen/risicofactoren>

3.4.9. Externe factoren

(Op)voedingsstijl zorgfiguren

De voedingsinname en het eetgedrag van kinderen en adolescenten worden beïnvloed door een veelheid van op elkaar inwerkende factoren, waaronder ook de thuisomgeving. Zorgfiguren (ouders, grootouders, actoren in de opvang ...) hebben door hun gedragingen en hun interacties met het kind of de adolescent een sterke invloed op de fysieke, cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling en dus ook op het eetgedrag van de jongere. Dit kan een directe invloed zijn, door pogingen om het eetgedrag te sturen, maar ook indirect, door het voorbeeld dat zorgfiguren zelf stellen (modeling) [39]. Deze invloeden worden vaak besproken in termen van “opvoedingsstijl” en “opvoedingspraktijken” [91]:

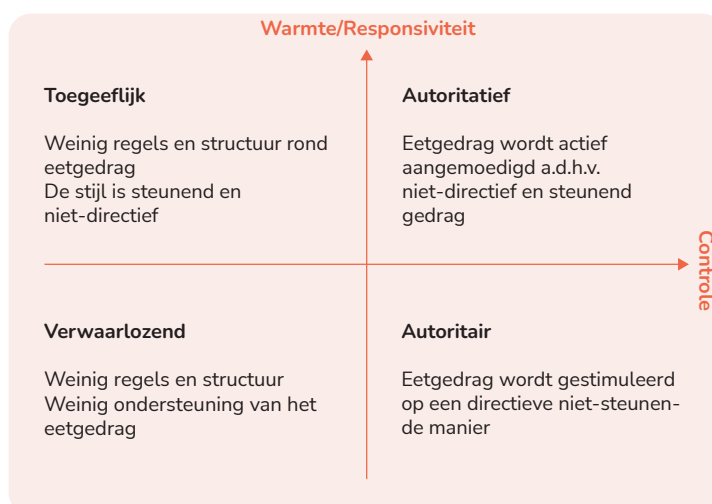
- **Opvoedingsstijl** verwijst naar het emotionele klimaat van de ouder-kind relatie. Op basis van de parameters ‘warmte’ en ‘responsiviteit’ in vergelijking met ‘controle’ en ‘veeleisendheid’, worden ouders ingedeeld in 1 van 4 opvoedingsstijlen: autoritair, autoritatief, toegeeflijk en verwaarlozend [92].
- **Opvoedingspraktijken** verwijzen naar het gedrag of de handelingen (opzettelijk of onopzettelijk) die ouders verrichten voor de opvoeding van hun kind en die de attitudes, gedragingen of overtuigingen van hun kind beïnvloeden [91].

Over de jaren heen werden deze termen ook meer specifiek toegepast op het domein voeding, resulterend in de ondertussen breed gebruikte begrippen ‘ouderlijke voedingsstijlen’ en ‘ouderlijke voedingspraktijken’.

Ouderlijke voedingsstijlen

Hughes en collega’s formuleerden 4 ouderlijke voedingsstijlen, naar analogie met de 4 opvoedingsstijlen [92, 93] (zie afbeelding):

- De **autoritaire** voedingsstijl wordt getypeerd door lage scores op warmte/responsiviteit en een hoge score op controle, en omvat strategieën zoals verbod op bepaalde (bv. ‘ongezonde’) voedingsmiddelen en druk op het kind om andere (‘gezonde’) voedingsmiddelen (zoals groenten) te eten. Door straffen en belonen wordt het kind gedwongen om het voedsel te eten dat hij afwijst. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de signalen die het kind geeft rond smaakvoorkeur en verzadiging;
- De **autoritatieve** voedingsstijl wordt getypeerd door een hoge score op warmte en een matige tot hoge score op controle. Hierbij wordt het kind aangemoedigd om gezonde voedingsmiddelen te eten, maar wordt ook een zekere mate van keuze geboden. De zorgfiguur beslist uit welke voedingsmiddelen gekozen kan worden;
- De **toegeeflijke** voedingsstijl wordt getypeerd door een hoge score op warmte en een lage score op controle. Hierbij liggen de voedingskeuzes volledig bij het kind, en wordt geen eetstructuur geboden door de ouder. De wensen van het kind worden voortdurend ingewilligd, en enkel de lievelingsmaaltijden van het kind worden bereid om conflicten te vermijden;
- De **verwaarlozende** voedingsstijl wordt getypeerd door lage scores op warmte en controle. Hier wordt weinig rekening gehouden met de noden en signalen van het kind, er is een gebrek aan eetstructuur, en de zorgfiguren zijn weinig consistent in hun regels.



Figuur 2: Typologie van (op)voedingsstijlen (gebaseerd op Hughes et al., 2005) [93] [39]

Een autoritatieve voedingsstijl wordt als het meest optimale klimaat beschouwd. Deze voedingsstijl draagt bij tot een evenwichtige voedingsinname en een normale gewichtsevolutie bij kinderen [14, 39].

Ouderlijke voedingspraktijken

Ouderlijke voedingspraktijken verwijzen naar specifieke praktijken of strategieën die ouders gebruiken om te regelen wat, wanneer en hoeveel hun kinderen eten en om het eetpatroon van hun kinderen te vormen [91].

Ouderlijke voedingspraktijken kunnen soms contraproductief werken. Door overmatige **controle** uit te oefenen op het eetgedrag van het kind, gaat het kind net het tegenovergestelde doen van wat de ouder wil bereiken. Overmatige controle kan zowel gaan over druk leggen op de keuze van voedingsmiddelen (en restrictie van bepaalde voedingsmiddelen) als over druk en beperkingen leggen op de hoeveelheid die het kind eet. Klassiek gaat het over pogingen om de consumptie van groenten en fruit te verhogen en de consumptie van suiker-, zout-, en vetrijke snacks te beperken. Het kind wordt bijvoorbeeld gedwongen om een bepaald voedingsmiddel te eten of het bord leeg te eten door middel van (materieel) belonen en straffen, en suiker-, vet- en zoutrijke snacks worden verboden [21].

Controlerende voedingspraktijken worden in verband gebracht met de gewichtstatus bij kinderen. Uit verschillende studies blijkt een positief verband tussen restrictieve praktijken en het voorkomen van overgewicht bij kinderen [94] [95] [96] [97], hoewel dit verband niet in alle studies wordt weerhouden [98]. Het uitoefenen van 'druk om te eten' wordt dan weer geassocieerd met ondergewicht bij kinderen [94] [95] [96] [97].

De bezorgdheid van ouders of zorgfiguren over het lichaamsgewicht van het kind kan een belangrijke risicofactor zijn voor controlerende voedingspraktijken [99]. Ouders kunnen restrictiever optreden wanneer ze zich zorgen maken over het lichaamsgewicht van hun kind [100, 101]. Meer onderzoek is nodig om deze bidirectionele relatie tussen ouderlijke voedingspraktijken en het gewicht/eetgedrag van een kind te bevestigen [94, 102]. Diëten of het beperken van de hoeveelheid voedselinname kan bovendien een negatief effect hebben op de competentie van het kind om de voedselbehoefte te reguleren, zelfs als het gaat over het dieetgedrag van de zorgfiguur en niet van het kind zelf [39].

Een overzicht van controlerende ouderlijke voedingspraktijken is terug te vinden in onderstaande tabel [91].

Dwangmatige controle Wordt omschreven als 'druk, opdringerigheid en dominantie van de ouders ten opzichte van de gevoelens, de gedachten en het gedrag van het kind'	
Restrictie	De ouder legt strenge beperkingen op aan de toegang van het kind tot voedsel of de mogelijkheid om dat voedsel te consumeren. Gewoonlijk worden restrictieve praktijken gebruikt om controle uit te oefenen over de inname van 'ongezond' voedsel door het kind.
Druk om te eten	De ouder dringt aan, eist of worstelt fysiek met het kind om het meer te laten eten.
Straffen en belonen	De ouder dreigt het kind iets af te nemen bij wangedrag of belooft/biedt het kind iets aan in ruil voor gewenst gedrag. Deze straffen en beloningen worden zowel gebruikt met oog op algemene gehoorzaamheid als specifiek voor eetgedrag. De straffen en beloningen kunnen betrekking hebben op voedsel (bv. wel of niet laten eten van dessert), maar evengoed ook niet.
Gebruik van voeding om negatieve emoties te controleren	De ouder gebruikt voedsel om het kind te beheersen of te kalmeren wanneer hij/zij overstuur, kribbig, boos, gekwetst of verveeld is.

Tabel 12: definities ouderlijke voedingspraktijken binnen het construct 'dwangmatige controle' [91]

Naast controlerende voedingspraktijken worden nog twee grote categorieën onderscheiden binnen de ouderlijke voedingspraktijken: voedingspraktijken die te maken hebben met **structuur** en voedingspraktijken die **autonomie** bevorderen [91]. In onderstaande tabel wordt een overzicht weergegeven van deze voedingspraktijken. Deze tabel voorziet in een taalkader om praktijken te verwoorden, maar geeft geen evaluatie van wat goed of niet goed is.

Structuur Wordt omschreven als "de organisatie van de omgeving door ouders om de competentie van kinderen te faciliteren".	
Regels en grenzen	De ouder stelt duidelijke verwachtingen en grenzen over wat, wanneer, waar en hoeveel zijn/haar kind moet eten.
Begeleide keuzes	De ouder laat het kind kiezen wat het eet, maar de opties waaruit het kind moet kiezen, worden bepaald door de ouder.
Monitoring	De ouder houdt bij wat en hoeveel het kind eet, zodat hij/zij ervoor kan zorgen dat het kind voldoende gezonde voeding eet en niet te veel ongezonde voeding binnenkrijgt.
Routines bij maaltijden en tussendoortjes <ul style="list-style-type: none"> • Maaltijdsfeer • Afleidingen • Aanwezigheid familie • Maaltijdschema 	De ouder zorgt voor consistentie en voorspelbaarheid rond maaltijden en tussendoortjes voor wat betreft de plaats, het tijdstip, de aanwezigheid van gezinsleden, de gesprekstoon en het al dan niet aanwezig zijn van afleiding.
Model-leren	De ouder vertoont doelbewust gezonde voedingskeuzes en eetgedrag om het kind aan te moedigen hetzelfde te doen; of de ouder vertoont onbewust ongezond eetgedrag in het bijzijn van het kind.
Beschikbaarheid van voedsel	De hoeveelheid en de soort voeding die een ouder in huis haalt.
Toegankelijkheid van voedsel	Hoe gemakkelijk maakt de ouder de toegang tot gezonde en ongezonde voedingsmiddelen?
Voedselbereiding	De bereidingswijzen die een ouder gebruikt bij het bereiden van maaltijden en tussendoortjes, die van invloed kunnen zijn op de voedingswaarde van voedingsmiddelen.
Ongestructureerde praktijken <ul style="list-style-type: none"> • Verwaarlozing • Toegeeflijkheid 	De ouder geeft het kind de volledige controle over zijn eten, inclusief de timing en frequentie van maaltijden en tussendoortjes, en de hoeveelheid en het soort voedsel dat het eet.
Ondersteuning/bevordering autonomie Wordt omschreven als "het bevorderen van psychologische autonomie en het aanmoedigen van onafhankelijkheid".	
Voedingseducatie	De ouder geeft uitleg, waardoor het kind meer leert over voedingswaarde. Bv. uitleg over de voordelen van gezonde voeding of de gevolgen van ongezonde voeding.
Betrokkenheid kind	De ouder biedt het kind een specifiek voedingsmiddel aan als een aansporing om dat voedingsmiddel te eten. Ouders kunnen hun kind ook bevelen of opdragen om te eten, maar bij niet-naleving ervan, volgen er geen consequenties (geen straffen).
Aanmoediging	
Bekrachtiging	De ouder zorgt voor positieve bekrachtiging, door het kind mondeling te prijzen voor het eten van bepaald voedsel of het proberen van nieuw voedsel.
Argumentatie	Ouder gebruikt logica of verklaringen om het kind te overtuigen zijn of haar eetgedrag te veranderen
<u>Onderhandeling</u>	De ouder tracht om met het kind tot een overeenkomst te komen over wat of hoeveel het kind zal eten. Onderhandelen maakt het mogelijk om meningsverschillen tussen ouder en kind op te lossen, door het zoeken naar een aanvaardbaar compromis

Tabel 13: Ouderlijke voedingspraktijken, horende bij de constructen 'structuur' en 'bevorderen van autonomie' [91]

In onderstaand overzicht worden een aantal signalen opgesomd die kunnen aangeven dat ouders (of andere zorgfiguren) gebruik maken van controlerende voedingspraktijken. Uiteraard kunnen deze signalen ook andere oorzaken hebben [103, 39]:

- “Het kind lijkt de hele dag door te eten, en eet systematisch grote hoeveelheden.”
Ga na of er sprake is van restrictie, of het kind bv. om genetische of biologische redenen (inhaalgroei, groeisput, ...) een verhoogde energiebehoefte heeft.
- “Het kind heeft geen belangstelling voor de maaltijden, verzet zich ertegen of blijft zeer lang aan tafel.”
Ga na of er sprake is van druk tijdens de maaltijden, directe of indirecte restrictie.
- “Het kind vertoont aanhoudende weerstand om nieuwe voeding te proeven.”
Ga na of er sprake is van druk om te eten, maar denk ook aan neofobie, onaantrekkelijk (bv. vetarm, ongekruid) voedsel, negatieve ervaring in het verleden (bv. verslikking), intolerantie,
- “Het kind eet stiekem en verstopt voedsel”.
Ga na of er sprake is van restrictie, druk tijdens de maaltijden, portiecontrole, onaantrekkelijk voedsel, het strikt vermijden van “verboden voedsel”.
- “Het kind denkt vaak aan eten en vraagt er vaak naar: het kind zegt voortdurend ‘ik heb honger’, praat over eten, vraagt naar eten, ...
Ga na of er sprake is van onregelmatige tijdstippen voor maaltijden/snacks, voedselrestrictie, emotioneel eten. Het kan ook zijn dat het kind gewoon enthousiast is over eten.

Ouderlijke voedingspraktijken worden niet enkel beïnvloed door de ouderlijke (op)voedingsstijlen, maar ook door **contextfactoren** zoals cultuur, etniciteit, gezinsinkomen, opleidingsniveau, voedselzekerheid, enz.... [91]. Deze contextfactoren hebben dus ook een invloed op het eetgedrag van het kind en worden best in kaart gebracht (zie **Psychosociale gegevens**).

Voorbeelden van **andere externe factoren** die van invloed kunnen zijn op het functioneren van het kind of de adolescent met overgewicht of obesitas [30]:

- Houding van het gezin/steunfiguren t.o.v. het overgewicht? Staan ouders/steunfiguren achter de jongere? Bieden ze steun?
- Zijn er mensen in de directe omgeving van de jonge cliënt die een (energiebeperkt) dieet volgen? Zijn er mensen in de familie gekend met overgewicht of obesitas?
- Wat is de houding van het gezin/steunfiguren t.a.v. het slankheidsideaal? Dringen ze aan om af te vallen?
- Welke gewoonten heeft de vriendengroep waartoe de adolescent behoort?
- Is er sprake van pesten, emotionele verwaarlozing of mishandeling?

3.4.10. Persoonlijke factoren

Groeithema's eigen aan de leeftijd

Bij het opstellen van het behandelplan zal worden ingevoegd bij de groeithema's die eigen zijn aan de leeftijdsfase van de jonge cliënt. Niet enkel groeithema's rond de ontwikkeling van eetgedrag en smaak- en voedingsvoorkeuren zijn hiertoe relevant, ook bredere groeithema's, zoals lichaamsbeeld, emotieregulatie, zelfwaardering en identiteitsontwikkeling, zijn zinvol om mee te nemen in het behandelplan.

Meer informatie omtrent de groeithema's die eigen zijn aan normale groei en ontwikkeling van de jongere is terug te vinden in de **Groeiwijzer** of de **samenvattingsfiche**.

Groeithema's in het licht van eet- en gewichtsproblemen

Verschillende persoonlijke factoren kwamen al aan bod in de alinea rond psychosociale risicofactoren voor eet- en gewichtsproblemen. Bijkomend, kunnen factoren die een rol spelen in het ontstaan van eet- en gewichtsproblemen, gebundeld worden onder drie grote groeithema's. Binnen elk groeithema zijn er factoren die risico's kunnen vormen om de groeitaak tot een goed einde te brengen, en beschermende factoren die 'bufferen' tegen problemen. De thema's zijn:

Ontwikkelen van een positief lichaamsbeeld

Dit gaat verder dan tevreden zijn met hoe je er uitziet. Een positief lichaamsbeeld bestaat uit een waarderende, aanvaardende en respectvolle attitude tegenover het eigen lichaam, waarbij zorg wordt gedragen voor het lichaam, en men dankbaar is voor alles wat het lichaam voor zichzelf doet (functionaliteit) en wat men met het lichaam kan doen (plezier). Bij kinderen wordt bijvoorbeeld gewerkt rond kennis van de verschillende functies die het lichaam heeft, rond begrip van en waardering voor biologische diversiteit in lichaamsgewicht en lichaamsvormen (naast andere vormen van diversiteit), rond plezier beleven aan sport en spel en ook rond het verkennen van andere bronnen van zelfwaardering, naast gewicht/uiterslijken (bv. school, hobby's, vriendschappen...)

Emotieregulatie

Over een breed gamma strategieën beschikken om met (negatieve) emoties om te gaan (zoals problemen actief aanpakken, sociale steun zoeken, emoties uiten...) en deze flexibel kunnen inzetten. Bij kinderen wordt onder meer gewerkt rond vertrouwen hebben in zichzelf en in anderen (wat het zoeken van sociale steun stimuleert) en in het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden.

De regulatie van eetgedrag

Idealiter willen we dat er een goede afstemming is op de noden van het lichaam (zowel wat hoeveelheid betreft – luisteren naar honger- en verzadigingssignalen – als wat voedingsstoffen betreft – gevarieerde en evenwichtige voeding) en dat er een ontspannen houding is t.o.v. voeding en eetgedrag (geen zwart-wit denken, geen schuldgevoel). Bij kinderen wordt onder meer ingezet op gedeelde verantwoordelijkheid – de ouder beslist wat het kind eet, het kind beslist hoeveel het eet – , op het overwinnen van neofobie en uitbreiding van het smakenpallet, en op het leren omgaan met verleidelijke extraatjes zoals frisdrank, snoepgoed en chips, zonder dat deze een 'verboden vrucht' worden.

De diëtist kan deze thema's gebruiken om zicht te krijgen op factoren die het ontstaan en voortbestaan van een eet- of gewichtsprobleem bij hun patiënt hebben beïnvloed, om zo deze factoren mee te nemen in het uitwerken van zorg op maat.

Meer informatie over deze groeithema's, risicofactoren, beschermende factoren en zorg op maat is terug te vinden in deze **samenvattingsfiche**.

Overige persoonlijke factoren

Een ander belangrijk aspect na te vragen in het diëtistisch onderzoek is de houding van het kind of adolescent ten opzichte van lichaamsgewicht en figuur [104] [105, 51]:

- Is er sprake van ontevredenheid over lichaamsgewicht en -vormen?
- Maakt het kind zich overmatig zorgen over lichaamsgewicht en -vormen?
- Hoe belangrijk zijn lichaamsgewicht en -vormen voor het kind?
- Worden sociale contacten vermeden vanwege de beleving van het gewicht?

Andere voorbeelden van persoonlijke factoren zijn [105, 51]:

- ziekte-inzicht;
- kennis rond overgewicht en invloed op gezondheid/functioneren;
- cognities ten aanzien van eten en lichaamsgewicht;
- mentaal welbevinden: eigenwaarde/zelfrespect, zelfbeeld, veerkracht, mentale belastbaarheid, ...;
- therapietrouwheid;
- vrijetijdsbesteding en sociale contacten;
- gebruik van sociale media;
- roken, alcohol, drugs, ...;
- culturele en religieuze achtergrond;
- kwaliteit van leven.

3.5. Diëtistische diagnose

De diëtistische diagnose is het **beroepsspecifieke oordeel van de diëtist** over het gezondheidsprofiel van de jonge cliënt, als basis voor het op te stellen behandelplan [30].

De diëtist analyseert en interpreteert de tijdens het diëtistisch onderzoek verzamelde gegevens. (Problemen in) functioneren worden beschreven, waarbij de problemen op voedingsgebied centraal staan. Medische, externe en persoonlijke factoren die hierop van invloed zijn worden benoemd [106]. De verzamelde gegevens kunnen worden ondergebracht in een ICF-schema, dat als hulpmiddel kan gebruikt worden om de diëtistische diagnose te stellen.

Een voorbeeld van een ICF-schema vind je [hier](#).

Bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas kan de diëtistische diagnose duidelijkheid brengen over volgende aspecten:

- (stoornissen in) **Funcities**: bv. lichaamsgewicht in relatie tot referentiegewicht, gezondheidsproblemen, comorbiditeiten, afwijkende labogegevens, ... [30];
- (beperkingen in) **Activiteiten**: zoals lichamelijke beweging, kwalitatieve en kwantitatieve analyse van de voedingsinname; maaltijdenpatroon: frequentie en eettijden; eetbuien: frequentie, objectief/subjectief, controleverlies, inhoud (voedingskeuze); beleving van voeding en omgaan met eten;
- **Participatieproblemen**: bv. problemen op school; impact van het overgewicht op het sociale leven;
- **Externe factoren**: fysieke en sociale omgeving waarin de jongere leeft (bv. ouderlijke voedingsstijl/-praktijken, houding van het gezin t.o.v. overgewicht, pesten, financiële situatie, ...), medicatie, (eerdere) behandelingen;
- **Persoonlijke factoren**: bv. ziekte-inzicht, eigenwaarde, veerkracht, therapietrouw, cognities rond eten en gewicht, gebruik van sociale media, ...

Een diëtistische diagnose geeft een verbinding tussen het probleem, de oorzaak en het gevolg weer [22].

4. Diëtistisch behandelplan en -doelen

4. Diëtistisch behandelplan en -doelen

Er bestaat consensus in internationale behandelrichtlijnen over de eerste keuze behandeling bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas. Met name een **intensieve leefstijlinterventie**, bestaande uit **verschillende componenten** (multicomponent): voeding, beweging en gedragsverandering, waarbij **het gezin/ de familie centraal** staat (ongeacht de leeftijd)(= family-based) [5, 6, 7, 8, 14, 107]. Bovendien adviseren de richtlijnen om te screenen op eventuele psychosociale problematiek en indien nodig door te verwijzen voor psychologische begeleiding (zie **Behandelplan**).

Niet alle richtlijnen geven adviezen over de ideale duur van de leefstijlinterventie. De richtlijnen die wel een aanbeveling doen adviseren een duur van **minstens 6 maanden** (of 26 weken) [107, 7, 8].

De intensieve leefstijlinterventies worden voorgesteld als eerste keuze interventies, alvorens opties als **gewichtsreducerende medicatie** of bariatrische chirurgie te overwegen, gezien de beperkte informatie over het effect op lange termijn en de kans op bijwerkingen bij deze twee behandelopties [5].

Een intensieve leefstijlinterventie is geen kant-en-klare aanpak en wordt in de praktijk afgestemd op de leefwereld en situatie van de jongere. De diëtist zal samen met het kind of de adolescent (en zorgfiguren) een **behandelplan op maat** opstellen, dat verder vertaald wordt naar concrete en haalbare **doelen** [6, 8]. Een behandelplan op maat vraagt echter ook een correcte ernstinschatting, die een indicatie geeft over de nood aan eventuele doorverwijzing naar specialistische zorg en een mogelijkheid biedt om te differentiëren in de intensiteit van de behandeling. In wat volgt worden al deze stappen systematisch doorlopen en toegelicht.

4.1. Ernstinschatting

Het **inschatten van het gezondheidsrisico** van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas is een uitdaging. Hoewel de BMI op grote schaal gebruikt wordt, blijkt deze parameter belangrijke tekortkomingen te tonen, zowel bij het gebruik als diagnostische parameter, bij het inschatten van het gezondheidsrisico als bij het meten van de effectiviteit van een behandeling [57, 108, 109]. De classificatie van obesitas volgens BMI, BMI z-score, BMI-percentiel geeft bovendien geen informatie over hoe het overgewicht de gezondheid en het welzijn van een kind of adolescent beïnvloedt [110].

Recentelijk werd het gebruik van de taille-lengteverhouding aanbevolen als maat voor abdominale vetopstapeling, die zou een betere voorspeller zijn van het metabole gezondheidsrisico dat met obesitas gepaard gaat [57]. Echter deze maat geeft nog steeds geen zicht op de bredere gezondheidsimpact van het kind (bv. psychosociaal welbevinden). Bij de behandeling van obesitas bij volwassenen wordt gebruik gemaakt van een aanvullend **klinisch stadiëringssysteem**, het Edmonton Obesity Staging System (EOSS) [111], dat het bredere gezondheidsrisico inschat. De EOSS houdt rekening met de aanwezigheid van obesitasgerelateerde complicaties en eventuele barrières voor een succesvolle behandeling, om het type en de intensiteit van de obesitasbehandeling te bepalen.

Recent werd ook een aangepast classificatiesysteem ontwikkeld voor gebruik bij kinderen en adolescenten, het **Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P)** [112], gebaseerd op het goed gedocumenteerde EOSS voor volwassenen [111, 113, 114] en van daaruit "evidence-informed". De EOSS-P werd ontwikkeld door hulpverleners en onderzoekers binnen gespecialiseerde zorg voor kinderen en adolescenten met obesitas, met medewerking van de ontwikkelaar van de EOSS voor volwassenen. De EOSS vervangt de informatie rond BMI-percentiel of -standaarddeviatie en taille-lengteverhouding niet, maar vult deze aan door de risicostratificatie te verbeteren [115].

Onderzoek van Kakon et al. (2019) bij 299 adolescenten tussen 14 en 18 jaar met overgewicht of obesitas (93% had obesitas) toonde aan dat BMI-percentiel niet gerelateerd was aan levenskwaliteit, maar EOSS-stadium wel: een hoger EOSS-stadium ging gepaard met een lagere levenskwaliteit [115]. De EOSS-P lijkt beloftevol, maar dient nog gevalideerd te worden [112].

Gezien het huidige gebrek aan internationale aanbevelingen rond ernstinschatting bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas, werd, in consensus met de projectwerkgroep, geopteerd om de EOSS-P te hanteren in dit draaiboek. Dit sluit eveneens aan bij de aanbevelingen hieromtrent in de **BASO-consensus**.

4.1.1. EOSS-P

Net zoals bij de EOSS, is het uitgangspunt van de EOSS-P dat de ernst van obesitas niet alleen moet worden gedefinieerd aan de hand van de mate van vetopstapeling of overgewicht, maar ook op basis van een meer gedetailleerde beoordeling van de **impact van het overgewicht** en de prognose [112]. De EOSS-P is specifiek gericht op kinderen en adolescenten met obesitas en dus niet met overgewicht. Echter, is het aanbevolen om ook bij kinderen met overgewicht te kijken naar het gezondheidsrisico.

Volgens de EOSS-P worden kinderen en adolescenten ingedeeld in verschillende ernststadia van obesitas, niet op basis van BMI, maar op basis van gezondheidsinformatie op 4 domeinen (de 4 M's):

- **Metabool:** bv. diabetes, hart- en vaatziekten
- **Mechanisch:** bv. slaapapneu, gewrichtspijn
- **Mentaal:** bv. depressie, eetstoornis, ontwikkelingsstoornis
- **Milieu:** het sociale en familiale milieu van de jongere wordt in rekening gebracht, bv. ouderlijke steun, sociaaleconomische stressoren.

Het domein “sociaal en familiaal milieu” is nieuw ten opzichte van de EOSS bij volwassenen. Het weerspiegelt het belang van ouderlijke steun, en van de sociaaleconomische situatie waarin de jongere opgroeit. Een belangrijke meerwaarde voor de praktijk is dat de EOSS-P ook barrières in behandeling meeneemt in de stadiëring. Een kind of adolescent die nog relatief weinig hinder ondervindt van zijn gewicht, maar gezien zijn gezinssituatie of door een mentale beperking een negatieve prognose heeft, zal vanuit dit systeem een intensievere zorg toegekend krijgen [112].

Deze 4 M's dragen bij tot een **classificatie in 1 van 4 stadia** (zie tabel 14), die een indicatie geven van zowel de ernst van de comorbiditeiten als van de barrières t.a.v. behandeling. Dit is één stadium minder dan bij volwassenen, omdat het meest ernstige stadium, dat grenst aan palliatieve behandeling, niet weerhouden wordt bij kinderen en adolescenten [112].

Het behandelplan wordt afgestemd op het domein dat de hoogste risico-inschatting geeft (dus als er op mechanisch vlak geen problemen zijn (stadium 0), maar er wel metabole complicaties zijn of psychische problemen (stadium 2), dan past het behandelplan best bij stadium 2). Bij onvoldoende behandelresultaat wordt de behandeling geïntensifieerd.

Download [hier](#) een vrije Nederlandstalige vertaling van de EOSS-P

Download [hier](#) de originele Engelstalige versie

4.1.2. Doorverwijzing overwegen

De diëtist beslist in deze fase of hij/zij de begeleiding zelf kan voortzetten of behandeling in een andere zorgsetting of doorverwijzing naar andere hulpverleners aangewezen is. Deze vraagstelling kwam al een eerste keer aan bod tijdens de screeningsfase (zie **Eerste hulpaanbod formulieren**), echter na het diëtistisch onderzoek en de ernstinschatting is er nog meer informatie beschikbaar om deze beslissing te verfijnen.

Stadium	Inschatting gezondheidsrisico	Behandelplan
Stadium 0	<p>Metabool: geen metabole abnormaliteiten</p> <p>Mechanisch: geen functionele beperkingen</p> <p>Mentaal: geen psychopathologie</p> <p>Milieu: geen bezorgdheden in de ouderlijke, gezins- of sociale context</p>	Monitoring van obesitasgerelateerde risicofactoren en leefstijladvies door de huisarts op regelmatige tijdstippen
Stadium 1	<p>Metabool: milde cardiometabole abnormaliteiten (bv. verminderde glucosetolerantie, prehypertensie, milde abnormaliteiten in lipiden (tegen de grenswaarden), milde vetinfiltratie van de lever/ verhoging in transaminasen (ALT: 1,5-2x normaal))</p> <p>Mechanisch: milde biomechanische complicaties (bv. obstructieve slaapapneu zonder positieve drukbeademing/ Positive Airway Pressure (PAP), milde musculoskeletale pijn of kortademigheid bij fysieke activiteit (die niet interfereren met dagdagelijkse activiteiten)</p> <p>Mentaal: milde psychopathologie, ADHD, leerstoornis, milde preoccupatie met lichaamsbeeld, occasioneel emotioneel eten of occasionele eetbuien, pesten, milde ontwikkelingsvertraging</p> <p>Milieu: lichte relatieproblemen, lichte beperkingen in de mogelijkheden van zorgfiguren om de noden van het kind te ondersteunen</p>	Monitoring van obesitasgerelateerde risicofactoren en leefstijladvies door de huisarts in samenwerking met een diëtist of psycholoog, afhankelijk van de noden van het individu
Stadium 2	<p>Metabool: matige cardiometabole complicaties die (medicamenteuze) behandeling vereisen (bv. diabetes type 2 zonder complicaties, hypertensie, matig verstoorde lipiden, polycysteus ovariumsyndroom, matige tot ernstige vetinfiltratie van de lever (ALT: 2-3x normaal))</p> <p>Mechanisch: matige biomechanische complicaties (bv. obstructieve slaapapneu die ademhalingsondersteuning/ PAP vereist, gastro-oesofagale refluxziekte, musculoskeletale pijn/complicatie of kortademigheid die het activiteitsniveau belemmeren, matige beperkingen in dagdagelijkse activiteiten)</p> <p>Mentaal: matige mentale problemen (bv. majeure depressie, angststoornis, frequente eetbuien, significante verstoring in het lichaamsbeeld, matige ontwikkelingsvertraging)</p> <p>Milieu: matige relatieproblemen, opvallend pestgedrag thuis of op school, duidelijke beperkingen in de mogelijkheden van zorgfiguren om de noden van het kind te ondersteunen</p>	Doorverwijzing naar multidisciplinaire kinderoberitaswerking voor uitgebreide diagnostiek; meer intensieve en gezinsgeoriënteerde begeleiding en leefstijlbehandeling; regelmatige follow-up afspraken rond comorbiditeiten
Stadium 3	<p>Metabool: ongecontroleerde cardiometabole complicaties (bv. diabetes type 2 met complicaties of met het niet halen van de glycemische streefwaarden), verhoogde lipiden die medicatie vereisen, ernstig verstoorde leverfunctie (ALT: >3x normaal), cardiomegalie</p> <p>Mechanisch: obstructieve slaapapneu die PAP en extra zuurstof vereist, pulmonaire hypertensie, beperkte mobiliteit, ziekte van Blount, afschuiven van de heupkop, osteoartritis, kortademigheid bij zitten/slappen, perifeer oedeem</p> <p>Mentaal: ongecontroleerde psychopathologie, schoolverzuim, dagelijkse eetbuien, ernstige verstoring in het lichaamsbeeld</p> <p>Milieu: 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)</p>	Doorverwijzing naar een derdelijns multidisciplinaire kinderoberitaswerking voor uitgebreide diagnostiek, met mogelijke inclusie van deelspecialisten in de zorg voor comorbiditeiten; meer intensieve en gezinsgeoriënteerde begeleiding en leefstijlbehandeling; overweging van aanvullende, intensieve therapie-methoden (bv. bariatrische chirurgie); regelmatige follow-up afspraken rond comorbiditeiten

Tabel 14: Edmonton Obesity Staging System Pediatrics (EOSS-P) [110], vertaald naar het Nederlands

*Persistentie in stadium 1,2, of 3 na een beduidende zorgperiode (bv. 12 maanden) dient te resulteren in een intensifiëring van de behandelstrategieën na uitsluiting van onveranderbare risicofactoren.

4.2. Behandelplan

Na de ernstinschatting wordt een behandelplan opgemaakt, dat verder vertaald wordt naar concrete en haalbare doelen. Het behandelplan en de behandeldoelen verschillen van cliënt tot cliënt en worden in samenspraak met het kind of de adolescent (en zorgfiguren) bepaald [7] op basis van de gegevens uit het diëtistisch onderzoek, de diëtistische diagnose [22] en de ernstinschatting o.b.v. EOSS-P. Bij voorkeur worden het behandelplan en de behandeldoelen ook interdisciplinair afgestemd [22].

4.2.1. Haalbaar behandelplan

Met de jonge cliënt wordt een haalbaar plan opgesteld. Dit plan is het resultaat van een overleg tussen de diëtist, de jonge cliënt en zijn zorgfiguren (afhankelijk van de leeftijd en het ontwikkelingsniveau, kunnen dit ook enkel de diëtist en de zorgfiguren zijn, zie **Samenwerking met naasten**), waarbij consensus wordt gezocht tussen wat wenselijk is voor de jongere enerzijds en wat wenselijk is vanuit diëtistisch oogpunt anderzijds. Het plan kan uitgaan van volgende vragen:

Wat wil de jongere/ouder/zorgfiguur zelf?

Een onmisbare voorwaarde voor een succesvolle behandeling is een consensus met het kind of de adolescent (en zorgfiguren) over de behandeldoelen, waarvoor een gezamenlijk ontwikkeld behandelplan noodzakelijk is. De jongere en/of zorgfiguren (afhankelijk van de leeftijd en het ontwikkelingsniveau) kunnen zelf mee belangrijke therapeutische beslissingen nemen en houden dus de regie over de behandeling ('shared decision-making'). Dit impliceert dat de diëtist het kind of de adolescent en de zorgfiguren informeert over de behandeling, o.a. wat de voor- en nadelen en de wetenschappelijke onderbouwing voor een bepaalde behandeling zijn [7]. De diëtist vraagt na wat er al geprobeerd is en bouwt daarop verder.

“Als diëtist kan je navragen waar de jongere zelf van droomt. Dit bevragen is erg belangrijk in het motivatieversterkend werken. Het geeft de richting aan. Vervolgens kan je helpen om te concretiseren in kleine tussenstapjes.”

Wat is een haalbare verandering?

Het behandelplan sluit aan bij de fase van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt (**Fiche motivatie**). Om de kinderen en adolescenten te ondersteunen om op te schuiven in de veranderingscirkel (zie **Veranderingscirkel van Prochaska en Diclemente**), kan motivatieversterkend gewerkt worden (zie **Motivatieel werk**).

“Vaak gaan kinderen en gezinnen veel te grote stappen ambiëren. Hier is het belangrijk te concretiseren via: wie-wat-waar-wanneer-hoe.”

Wat is een wenselijk behandelplan vanuit diëtistisch oogpunt?

Bepaal op basis van de gegevens uit het diëtistisch onderzoek, de diëtistische diagnose en de EOSS-P welke zorg nodig is voor de jonge cliënt.

- Met het behandelplan wordt ingevoegd bij de **groeithema's** die eigen zijn aan de leeftijdsfase van het kind. Niet enkel groeithema's rond de ontwikkeling van eetgedrag en smaak- en voedingsvoorkeuren zijn hiertoe relevant, ook bredere groeithema's, zoals lichaamsbeeld, emotieregulatie, zelfwaardering en identiteitsontwikkeling, zijn zinvol om mee te nemen in het behandelplan.
- Obesitas vraagt een aanpak in functie van de **gezondheidsimpact** die ermee gepaard gaat en de prognose. De **EOSS-P-score** kan als leidraad voor het behandelplan gebruikt worden. Ook bij kinderen en adolescenten met overgewicht is het zinvol om de EOSS-P als leidraad te gebruiken.

- **Leefstijlpatroon:**
 - Hoe wordt het versterken van evenwichtig eetgedrag, alsook de andere componenten van een gezonde leefstijl (beweging, slaap, emotieregulatie, lichaamsbeeld), opgenomen in het behandelplan?
 - Is (door)verwijzing naar een andere hulpverlener aangewezen?
- **Verstoord eetgedrag** vraagt indien nodig om verwijzing naar een gespecialiseerde hulpverlener voor uitwerking van gepaste zorg op maat:
 - Bij **eetbuien** is een aanpak gericht op controle herwinnen over de eetbuien nodig.
 - **Lijngericht eten** vraagt om bewustwording van de dieethypes en opbouw van een gezonde leefstijl zonder zwart-wit denken.
 - **Emotioneel eten** vraagt om leren omgaan met emoties.
 - Bij **extern eten** is het nodig om de vaardigheden rond het weerstaan aan verleiding en uitstellen van behoeftebevrediging te versterken.
 - **Familiale problematiek** heeft een aangepast zorgplan op maat.
- Bij **signalen van een eetstoornis** is het noodzakelijk om gerichte verkenning door een gespecialiseerd multidisciplinair team te laten uitvoeren.

4.3. Behandeldoelen

Bij het opstellen van een behandelplan worden concrete behandeldoelen geformuleerd. Mogelijke diëtistische behandeldoelen bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas zijn:

- **motiveren** voor behandeling;
- werken aan **evenwichtig eetgedrag** (eetcompetenties);
- werken aan een **gezonde leefstijl**;
- **gewichtsbewoud/gewichtsdeling** (afhankelijk van de leeftijd en ernst van het overgewicht);
- behandelen van **verstoord eetgedrag**.

Deze hoofddoelen worden op maat van het individu vertaald naar subdoelen. Bij voorkeur worden de subdoelen geformuleerd volgens het **SMART-principe** (Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar/Actiegericht, Realistisch, Tijdgebonden) [22].

Plan eventuele gedragsverandering in kleine stappen. Werken aan leefstijlverandering vraagt tijd. Kies daarom in samenspraak met de jongere (en zorgfiguren) één of twee veranderingen die haalbaar lijken voor het kind of de adolescent (tegen de volgende consultatie). Focus op realistische doelstellingen die op lange termijn kunnen worden volgehouden. Bekijk het als een marathon, geen sprint.

“Het is belangrijk om helder te krijgen waar de jongere naartoe wil, waar de jongere over wil spreken en waar de diëtist over wil spreken. Zo kunnen de jongere en de diëtist samen tot concrete behandeldoelen komen.”

Laat de jongere eventueel zelf doelen formuleren en bewaak hierbij het SMART-principe.

Focus op gezondheid vs gewicht?

Het primaire behandeldoel bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas is gezondheidswinst via een gezonde leefstijl, en gewichtscontrole op basis van deze leefstijl. Leefstijlinterventies die werken naar evenwichtig eetgedrag, een actieve leefstijl, voldoende slaap, goede emotieregulatie en een positief lichaamsbeeld dragen bij tot een algemene gezondheidswinst op langere termijn.

Gewichtsbeheersing of eventueel -daling bij volgroeide adolescenten of ernstige obesitas, is dus geen doel dat bereikt wordt op eender welke manier, bijvoorbeeld via een streng dieet. Het loopt steeds via, en is een mogelijk gevolg van, een gezonde leefstijl. Op deze manier wordt gewerkt aan gezondheidswinst zonder het risico op verstoord eetgedrag te verhogen. Het lichaamsgewicht wordt als parameter op regelmatige basis opgevolgd en geregistreerd om de voortgang in kaart te brengen, naast andere indicatoren van fysieke en mentale gezondheid.

Vraag aan de jongere en ouders om de eigen verwachtingen die ze hieromtrent hebben te benoemen. Bekijk met hen wat realistisch en haalbaar is.

Meer info en tips rond praten over lichaamsgewicht met jongeren of ouders kan je terugvinden in de paragraaf **Gesprek over gewicht**, in het hoofdstuk diëtistisch onderzoek.

5. Diëtistische behandeling

5. Behandeling

Op basis van het **behandelplan** en de **behandeldoelen** wordt een behandeling uitgevoerd. Een behandeling is dan ook maatwerk, en vraagt een continue opvolging en bijsturing op geleide van de eigenheden en de evoluties van het kind of de adolescent.

Het hoofdstuk rond behandeling is ingedeeld in 4 onderdelen:

- **motivatieversterkend werken;**
- **werken aan evenwichtig eetgedrag** (eetcompetenties);
- **werken aan een gezonde leefstijl;**
- **behandelen van verstoord eetgedrag.**

Psycho-educatie vormt een rode draad doorheen de behandeling. Bij elk van de 4 onderdelen heeft psycho-educatie een rol. Zo kan psycho-educatie over de complexiteit en de oorzaken van overgewicht kinderen en adolescenten (en hun ouders) ontschuldigen, wat naast een positief effect op het zelfbeeld ook motivatieversterkend kan werken. Psycho-educatie rond gezonde leefstijl kan kinderen en adolescenten dan weer beter doen begrijpen waarom het goed is om leefstijlaanpassingen door te voeren, wat eveneens motivatieversterkend kan zijn. Maar ook kan bv. psycho-educatie rond de nadelige effecten van diëten kan bijdragen aan het verminderen van lijngedrag. Uiteraard dient de inhoud en de manier van educeren afgestemd te worden op de leeftijd en de belevingswereld van het kind [13, 30].

5.1. Motivationaleel werk

5.1.1. Zelfdeterminatietheorie van Ryan & Deci

Bij het werken met kinderen en adolescenten wordt vaak de vraag gesteld 'hoe motiveren we deze jongere om gedrag of gewoontes te veranderen?'. Maar eigenlijk gaat het vaak om eerst te **verkennen waarvoor iemand al gemotiveerd is**, om vervolgens motivatieversterkend in te voegen. De zelfdeterminatietheorie kan hierbij houvast bieden [12].

Volgens deze zelfdeterminatietheorie hebben kinderen en adolescenten drie psychologische basisbehoeften, namelijk de nood aan autonomie, de nood aan verbondenheid en de nood aan competentie. In overeenstemming met deze 3 basisbehoeften wordt motivatie bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas (en hun ouders) beïnvloed door [8, 23]:

- de mate waarin de jongere en ouders de vrijheid voelen om zelf te bepalen welke verandering ze wanneer en op welke wijze doorvoeren (**autonomie**);
- in hoeverre zowel de jongere als de ouders zich gesteund voelen door anderen (**verbondenheid**);
- hoe bekwaam de jongere en de ouders zich voelen om de verandering te realiseren (**competentie**).

“Geef kinderen en adolescenten het gevoel dat ze zichzelf kunnen zijn (AUTONOMIE), dat ze ondertussen een band aan het opbouwen zijn (VERBONDENHEID) en een succeservaring (COMPETENTIE) kunnen opdoen = MOTIVATIE als resultaat [116].”

Door als diëtist in te spelen op deze noden (autonomie, verbondenheid en competentie) wordt de kwaliteit van de eigen autonome motivatie van de jongere vergroot. Frustratie van deze basisnoden leidt meestal naar nog meer symptoomgedrag. Dit gebeurt wanneer de jongere het gevoel heeft onder druk te staan, te falen of geïsoleerd te zijn in het doorvoeren van de aanbevolen leefstijlveranderingen.

*“Vermijd dus het gevoel van verplichtingen (geen autonomie),
het gevoel van eenzaam of geïsoleerd te zijn (geen verbondenheid),
te falen of iets niet te kunnen (geen competentie)
= WEERSTAND als resultaat [116]”*

Hoe kan de diëtist inspelen op de drie basisnoden volgens de zelfdeterminatietheorie van Ryan & Deci?

Autonomie

Voorbeelden van interventies die inspelen op de autonomie van de jongere [116]:

- eigen recepten verzamelen (boekje, Pinterest, ...);
- samen winkelen (boodschappenlijstje, keuzes, ...);
- samen koken;
- eigen doelen kiezen (hoe wil jij dit bereiken?);
- zelf maaltijd laten opscheppen;
- twee opties geven qua groenten bij de maaltijd;
- zelf laten bepalen hoeveel er gegeten wordt (binnen een gamma van evenwichtige voedingsmiddelen).

Verbondenheid

Voorbeelden van interventies die inspelen op verbondenheid [116]:

- broers en zussen mee op consult;
- supporters in kaart brengen (wie helpt op welke manier?);
- afspraken voor hele gezin (belang gezonde voeding, los van gewicht);
- op zoek gaan naar rolmodellen die mee gezonde voeding promoten en waar de jongere naar opkijkt;
- vragen wie het kind na de sessie wil vertellen over die stapjes vooruit.

Competentie

Voorbeelden van interventies die inspelen op de competentie van de jongere [116]:

- ga van start met een doel dat een grote slaagkans heeft;
- help tussenstappen vastleggen om te komen waar het kind wil komen
- kindvriendelijk keukengerei;
- zoek sterktes in lijn van de jongere..

5.1.2. Motivationale gespreksvoering

Naast de zelfdeterminatietheorie kan ook motivationale gespreksvoering volgens het model van Miller en Rollnick een belangrijke tool vormen bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas. In motivationale gespreksvoering gaat men ervan uit dat verandering maar kan als een proces gevolgd wordt, beginnend bij relatieopbouw en engageren, dan overgaand in het bespreken van het veranderdoel, om vervolgens over te gaan in het ontlocken van verandertaal, om daarna veranderacties te plannen. Weerstand voelen is signalen krijgen dat het proces te snel gaat. Dan moet er teruggeschakeld worden.

Ook interessant voor de diëtistenpraktijk: In motivationele gespreksvoering gebruikt men een specifieke techniek voor het geven van psycho-educatie, die zich ontvouwt als een drietrapsraket [117]:

1. In eerste instantie vraag je aan de jonge cliënt wat hij al weet of wat hij graag zou weten over het onderwerp en of het goed is als je hem hier wat meer over vertelt;
2. Vervolgens bied je deze informatie op een neutrale wijze aan. Hierbij vermijd je termen als 'Ik' of 'Jij' en spreek je eerder over 'Onderzoek suggereert...', 'Studies hebben aangewezen dat...', 'Anderen hebben ondervonden...', 'Wat wij weten is dat...';
3. Als derde stap vraag je tot slot naar de jongere zijn interpretatie hiervan: 'Wat betekent dit voor jou?', 'Wat vind je daarvan?'.

5.1.3. Veranderingscirkel van Prochaska en Diclemente

Om de patiënt tot verandering te motiveren, is het van belang de aanpak aan te passen aan het motivationele stadium waarin de patiënt zich bevindt. Het komt erop neer de patiënt mee te helpen evolueren naar een meer actieve fase van gedragsverandering. Dit motivationeel proces kan verschillende consultaties vergen.

De patiënt kan terugvallen naar elk stadium in de veranderingscirkel. Afhankelijk van het stadium waarin de patiënt zich bevindt, zijn andere informatie en interventies nodig. Interventies op maat ("tailored interventions") op basis van het motivatiestadium (zie tabel) zijn efficiënter en effectiever dan algemene interventies.

Fase	Kenmerken	Aanpak hulpverlener
Voorbeschouwende fase	<ul style="list-style-type: none"> • weinig probleembesef • onderschatting ernst • geringe belangstelling voor behandeling • nog niet over nagedacht 	<ul style="list-style-type: none"> • val opvattingen niet aan maar onderzoek ze vragenderwijs en mobiliseer patiënt om eigen overtuigingen te bestuderen • vermijd discussie • geef informatie en duiding
Beschouwende fase	<ul style="list-style-type: none"> • enig probleembesef • ambivalente houding • nog niet bereid tot actie over te gaan 	<ul style="list-style-type: none"> • exploreer ambivalentie • exploreer voor- en nadelen, drempels en succesformules, opportuniteiten en hinderpalen
Preparatiefase	bereid tot actie	<ul style="list-style-type: none"> • geef uitleg • bepaal samen realistische doelen • moedig aan, benadruk eerdere successen patiënt
Actiefase	bereid tot gedragsverandering	<ul style="list-style-type: none"> • bepaal samen realistische doelen • werk in kleine stapjes • ga na en evalueer hoe patiënt bereikte veranderingen beleeft
Handhavingsfase	<ul style="list-style-type: none"> • behoud van bereikte resultaat • voorkoming van terugval 	<ul style="list-style-type: none"> • voorlichting over de kans op terugval met duiding ervan • terugvalpreventie

Tabel 15: interventies op maat o.b.v. het motivatiestadium volgens Prochaska & Diclemente [27]

Meer informatie rond de verschillende motivatiekaders is [hier](#) terug te vinden.

Een handige fiche met een overzicht van de verschillende motivatiekaders vind je [hier](#).

Een fiche met motivatietips voor ouders vind je [hier](#).

[Hier](#) kan je een artikel lezen over motiveren van kinderen en adolescenten.

Ook ontwikkelde Eetexpert een [e-learning](#) gericht op motivering met praktijkvoorbeelden en verschillende motivatiekaders.

5.2. Werken aan evenwichtig eetgedrag

Het primaire behandeldoel bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas is gezondheidswinst door het **bevorderen van een gezonde leefstijl**, waarvan het **werken naar evenwichtig eetgedrag** een belangrijk onderdeel uitmaakt. Voor het opzet van dit diëtistendraaiboek wordt eerst uitgebreid ingegaan op het versterken van evenwichtig eetgedrag, nadien wordt het **werken aan de andere pijlers van een gezonde leefstijl** besproken.

Bij het werken aan evenwichtig eetgedrag, vormt het **eetcompetentiemodel** van Satter een handig kader [40]. Eetcompetenties worden doorheen de behandeling versterkt, totdat de jongere een competent eter is, die evenwichtig eetgedrag vertoont. Om eetcompetenties optimaal te kunnen versterken, wordt ingevoegd bij de groeithema's van de jongere, die kunnen verschillen naargelang de leeftijdsfase. Om te kunnen opgroeien tot een competente eter verwijst Satter bovendien naar het belang van de 'regel van de gedeelde verantwoordelijkheid'.

5.2.1. Wat zijn eetcompetenties?

Eetcompetenties werden voor het eerst voorgesteld door de Amerikaanse diëtiste Elyn Satter. Volgens Satter houdt evenwichtig eten in dat iemand voldoende vaardig is op het vlak van 4 competenties: structuur, attitude, variatie en regulatie [40].

- **Structuur:** eten op vaste tijdstippen, tijd maken voor rustige eetmomenten. Dit omvat onder meer het plannen van maaltijden, tussendoortjes en wat er gegeten wordt, hierbij rekening houdend met gangbare voedingsadviezen;
- **Attitude:** een ontspannen houding naar eten. Dit omvat: eten zonder spanning, eten is gezellig, voeding mag lekker zijn en genieten van eten en van de gegeten hoeveelheid mag;
- **Acceptatie:** voldoende variatie in het voedingspatroon en nieuwe smaken en voeding durven uitproberen. Dit omvat: durven experimenteren, onbekend voedsel schrikt niet af, durven proeven en iets lekker leren vinden, geen verboden voedsel;
- **Regulatie:** luisteren naar interne honger- en verzadigingssignalen van het lichaam. Bv. Voldoende gegeten of nog honger? Kleine honger, kort voor de maaltijd, tolereren tot aan het maaltijdmoment.

Satter legt met het eetcompetentiemodel de focus niet enkel op 'wat' en 'hoeveel' er gegeten wordt, ze definieert ook vaardigheden die onderliggend zijn aan evenwichtig eetgedrag. Eetexpert vat deze vaardigheden samen via de 4G's of eetcompetenties:

- **Geregeld:** heeft te maken met alles rond het plannen en organiseren van maaltijden.
- **Genieten:** heeft te maken met alles rond het plezier dat eten en voeding mag geven.
- **Gevarieerd:** heeft te maken met de mate van variatie in het voedingspatroon.
- **Genoeg:** heeft te maken met het luisteren naar interne honger- en verzadigingssignalen van het lichaam.

De vier vaardigheden kunnen niet zonder elkaar; allen zijn nodig om te kunnen spreken van evenwichtig eetgedrag. Het genieten van eten moet in combinatie staan met vaardigheden rond het luisteren naar honger en verzadigingssignalen, vaardigheden om evenwichtige maaltijden te plannen en samen te stellen en de durf om nieuwe smaken en voeding te proberen. De combinatie van de verschillende eetcompetenties zorgt voor evenwicht tussen te weinig en te veel controle. Satter geeft aan dat het fundament van eetcompetentie bestaat uit het positieve **evenwicht tussen 'toelating' en 'discipline'**. Dit omvat enerzijds "zichzelf de toelating te geven om adequate hoeveelheden van voorkeursvoedingsmiddelen te eten", maar anderzijds "met de discipline om vast te houden aan een maaltijdenstructuur en om aandachtig te blijven tijdens het eten" [28]. Door belang te hechten aan de vier vaardigheden bij het begeleiden van de jongere, zorgt de diëtist ervoor dat de balans bewaard blijft en dat het kind of de adolescent niet op één van de vaardigheden gaat doorschieten ten koste van de andere vaardigheden.

Satter benadrukt hierbij dat het belangrijk is om niet te werken met standaardschema's of -regimes, maar te vertrekken van waar de jonge cliënt staat op het vlak van eten en voeding [28].

Een leuk receptenboekje vol voedzame maaltijden aan de jongere bezorgen zal weinig zin hebben als die de voorgestelde maaltijden niet lekker vindt. Meer variatie aanbrengen in het voedingspatroon zal pas lukken als er aan de slag gegaan wordt met de persoonlijke doelen van de jongere en niet als bepaalde voedingsmiddelen worden voorgeschreven omdat ze “gezonder” zijn. Het kan daarbij handig zijn om in te voegen bij de eetcompetenties waarin het kind of de adolescent wel al voldoende vaardig is.

“Hoe kunnen de reeds aanwezige vaardigheden gebruikt worden om de jongere te versterken op de andere eetvaardigheden?”

Daarnaast is het belangrijk dat de focus blijft liggen op het groeiproces en mogelijkheden tot groei. Succes wordt niet bepaald door het wel of niet aanwezig zijn van een bepaald gedrag (bv. het proeven van een bepaald voedingsmiddel). Succes wordt bepaald door de het kind of de adolescent die zijn groeiproces in eigen handen neemt en van daaruit meer zicht krijgt op de sterktes die hij kan inzetten om doelen te bereiken.

Hier kan je een samenvattende fiche terugvinden rond de eetcompetenties.

Hier kan je een fiche terugvinden rond eetcompetenties, voor het brede publiek.

5.2.2. Invoegen bij groeithema's

Kinderen en adolescenten ondersteunen bij het versterken van eetcompetenties is geen evidente taak. Niet voor de ouder, maar ook niet voor de hulpverlener. Een belangrijke uitdaging hierbij is het **invoegen bij de groeithema's** die eigen zijn aan de leeftijdsfase van de jongere. De leeftijdsgebonden ontwikkeling van smaak, voedselvoorkeuren en eetgedrag bepalen mee de haalbaarheid van interventies die gericht zijn op het versterken van competent eetgedrag maar ook de bredere groei: hoe het kind zich in zijn veranderend lichaam voelt, met nieuwe emoties omgaat, identiteit zoekt, sociaal ontwikkelt... én hoe zijn omgeving coacht. Externe factoren, zoals vrienden en school, krijgen steeds meer invloed en ook de ruimere cultuur beïnvloedt sterk [39] [91].

Om als diëtist deze thema's te integreren in de behandeling, is het goed om zicht te hebben op wat een normaal smaak- en eetontwikkelingstraject inhoudt en welke de belangrijkste groeithema's voor kinderen en adolescenten zijn (zie “**Groeithema's eigen aan de leeftijd**”) [39].

Meer informatie over de determinanten van voedselvoorkeuren en de ontwikkeling van eetgedrag is terug te vinden in de **groeiwijzer**.

Deze **samenvattingsfiche** geeft een overzicht van de belangrijkste eigenheden per leeftijdsfase en tips voor zorgfiguren.

5.2.3. Regel van de gedeelde verantwoordelijkheid

Een goede eter is een competente eter. Om een kind te doen opgroeien tot een competente eter verwijst Satter naar het belang van de “**regel van de gedeelde verantwoordelijkheid**”. Deze regel stelt dat ouders verantwoordelijk zijn voor wat, wanneer, waar, en hoe er gegeten wordt. Kinderen zijn verantwoordelijk voor hoeveel en of er gegeten wordt [118].

De invulling van deze regel evolueert met de leeftijd, in functie van de ontwikkeling en groei van het kind [28]:

- Voor de **zuigeling** geldt het 'voeding op vraag' principe: de ouder bepaalt dus enkel het 'wat' van het voeden, de zuigeling doet al het andere: 'hoe vaak', 'hoeveel', 'op welk tempo', en 'welk niveau van vaardigheid'.
- Bij **kinderen na de zuigelingenperiode** (peuters, kleuters, lagere schoolkinderen) is de ouder verantwoordelijk voor het 'wat', 'wanneer' en 'waar' van het voeden en is het kind verantwoordelijk voor 'of' en 'hoeveel' het eet van een gamma evenwichtige voedingsmiddelen.
- **Adolescenten** leren geleidelijk het 'wat', 'wanneer' en 'waar' zelf te regelen, maar blijven afhankelijk van de ouders, die de leiding nemen bij het eten en de structuur van de gezinsmaaltijd in stand houden.

Ook de regel van de gedeelde verantwoordelijkheid impliceert een evenwicht tussen discipline (van de ouder) en toelating (autonomie geven aan het kind/adolescent), zoals in het eetcompetentiemodel. Naarmate het kind volwassen wordt, zal het zelf meer en meer leren instaan voor de discipline en opgroeien tot een competente eter [118]. Het principe van gedeelde verantwoordelijkheid sluit bovendien aan bij het autoritair opvoedingskader, dat gekenmerkt wordt door een evenwicht tussen autonomie en grenzen [93] (zie **(Op) voedingsstijl zorgfiguren**).

Hoewel het eenvoudig lijkt, vergt het toepassen van de regel van de gedeelde verantwoordelijkheid veel oefening. Bovendien is het uitermate belangrijk om rekening te houden met de **eetcompetentie** van de ouders (of zorgfiguren). Ouders die bv. moeite hebben om hun eigen eetgewoonten en lichaamsgewicht te accepteren, zullen ook moeite hebben om die van hun kind te accepteren [28].

5.2.4. Versterken van eetcompetenties bij kinderen en adolescenten

Voor het versterken van evenwichtig eetgedrag worden de eetcompetenties als leidraad gebruikt, rekening houdend met de **groei-thema's van de jongere** en de context waarin de jongere opgroeit. De **regel van de gedeelde verantwoordelijkheid** vormt een rode draad doorheen dit geheel.

In wat volgt, wordt per eetcompetentie een korte omschrijving gegeven, worden mogelijke haperingen besproken, wordt een overzicht gegeven van groei-thema's die een invloed kunnen hebben op de desbetreffende eetcompetentie en als laatste worden ook mogelijke interventies beschreven.

Structuur – Geregeld

De eetcompetentie 'geregeld' draait grotendeels rond **maaltijdplanning**. Idealiter worden elke dag drie hoofdmaaltijden gegeten, aangevuld met twee à drie tussendoortjes (of een equivalent aangepast aan de culturele gewoonten). Daarbij wordt best voor lekkere en voedzame maaltijden gekozen, die ervoor zorgen dat het kind of de adolescent verzadigd blijft tot het volgende eetmoment. Op die manier is het gemakkelijker om vast te houden aan de maaltijdstructuur en heeft de jongere minder de neiging om te snoepen tussendoor.

Gestructureerd eten omvat eveneens de **organisatie van het eetgebeuren**: aandacht hebben voor gezinsmaaltijden, samen aan tafel, zonder afleiding door bv. televisie of GSM.

Haperingen op vlak van de vaardigheid "geregeld" kunnen bestaan uit:

- maaltijden overslaan (bv. ontbijt);
- eten telkens wanneer de gelegenheid zich voordoet (buiten de structuur van 3 hoofdmaaltijden en 2 à 3 tussendoortjes);
- moeite hebben met het aanbrengen van een structuur op vlak van eten;
- geen tijd maken om te eten;
- problemen hebben bij het plannen van wat er gegeten wordt;
- ...

Groethema's die een invloed kunnen hebben op de eetcompetentie 'geregeld' worden weergegeven in onderstaande tabel.

Peuter	De eetstructuur wordt vanaf deze leeftijdsfase door de ouders of steunfiguren bepaald (en dus niet meer door het kind zelf, zoals tijdens de zuigelingfase). De peuter krijgt meerdere maaltijden per dag, op min of meer vaste tijdstippen, zodat het kind niet de hele dag door eet.
Kleuter	Voor kleuters is het eveneens belangrijk om op vaste tijdstippen te eten. Het kind leert zo dat er niet op elk moment van de dag gegeten wordt, en leert de sequens honger-eten-verzadiging kennen. De maaltijd wordt bij voorkeur aan tafel genuttigd, zonder afleiding van spel of televisie.
Lagere schoolkind	Kinderen eten wanneer ze de gelegenheid krijgen, dus een min of meer vaste structuur aanbieden is belangrijk en bestaat uit 3 hoofdmaaltijden en 2 à 3 tussendoortjes. Op de lagere schoolleeftijd worden kinderen gevoeliger aan externe voedselprikkels zoals geur en uitzicht en ook de beschikbaarheid van voeding beïnvloedt de voedingsinname.
Adolescent	<ul style="list-style-type: none"> Adolescenten streven naar autonomie, ook op vlak van voeding. Voedingskeuzes maken deel uit van de identiteit van de adolescent en hebben vaak een centrale rol in sociale contacten en in de verbondenheid met vrienden. Dit kan zorgen voor uitdagingen op het vlak van maaltijdstructuur: bv. experimenteren door het overslaan van het ontbijt, regelmatig snacken en snoepen, ... Uit een studie bij Vlaamse adolescenten blijkt dat op 11- tot 12-jarige leeftijd nog 80,5% van de jongens en 78,5% van de meisjes dagelijks ontbijt. In de leeftijdsgroep van 17- tot 18-jarigen is dit nog slechts 57,6% en 59,8% [42]. Tijdens de groeispurt zal de adolescent in het algemeen meer honger ervaren en meer eten. Hierbij is het van belang dat de jongere niet de hele dag door aan het snacken is om aan die verhoogde behoefte tegemoet te komen. Bezorgdheden rond lichaamsvormen en lijngedrag kunnen toenemen, wat zich eveneens kan uiten in de maaltijdstructuur: bv. maaltijden overslaan.

Tabel 16: Eetcompetentie 'geregeld' vs leeftijdsfase [39]

Mogelijke **interventies** om de vaardigheid 'geregeld' te ondersteunen zijn:

- Hanteer op alle leeftijden een **vaste maaltijdstructuur** met 3 hoofdmaaltijden en 2 à 3 tussendoortjes. Of een equivalent aangepast aan de culturele gewoonten (bv. in sommige culturen worden 4 hoofdmaaltijden of soms slechts 2 hoofdmaaltijden per dag gegeten).
- De maaltijdmomenten worden bij voorkeur **samen met het hele gezin aan tafel** georganiseerd, in een rustige omgeving **zonder afleiding** door TV, smartphone, ...
- Om een **rustige overgang** te creëren naar het tafelmoment, is het goed om ouders te adviseren kinderen tijdig te verwittigen dat het eten bijna klaar is. Zo kunnen ze het spel of de activiteit tijdig afronden.
- Hanteer de **regel van de gedeelde verantwoordelijkheid**: ouders bepalen wat, wanneer en waar er gegeten wordt, het kind bepaalt hoeveel en of er gegeten wordt. Ouders staan volgens deze regel dus in voor het aanbrenen van maaltijdstructuur. Ondersteun ouders bij het implementeren hiervan:
 - Sta samen met de jongere en de ouders stil bij hoe structuur kan worden aangebracht. Wat zou de jongere of ouders helpen om de structuur vast te houden? Bv. een weekmenu/planning? Gezond Leven stelde een **infografiek** samen met tips om een gezonde weekmenu op te stellen.
 - Ga op zoek gaan naar een snelle, maar voedzame, maaltijd voor wanneer het kind of de adolescent op bepaalde momenten te weinig tijd heeft om te eten (bv. in kader van hobby's).
 - Coach de ouders bij het voorbereiden van maaltijden voor een later moment ('meal prepping'), zodat op dagen dat er weinig tijd is voor maaltijdbereiding, toch voedzame maaltijden kunnen voorzien worden.
 - Oefen samen met de ouders en de jongere op het maken van **boodschappenlijstjes** en op het zelf (al dan niet onder begeleiding) inkopen doen.
 - Gezond Leven ontwikkelde een **interactief actieplan** rond het gebruik van tussendoortjes op school bij kinderen.
- Het behoud van een goede eetstructuur helpt ook de puber in de groeispurt: las niet méér eetmomenten (en snoepmomenten) in, maar bouw mogelijkheden in voor meer aanbod (grotere porties) tijdens eetmomenten.

Attitude – Genieten

Competente eters zijn **ontspannen over eten**; ze genieten van voedsel en eten en voelen zich comfortabel bij dat genot. Deze kinderen en adolescenten vinden het oké om voedsel te eten dat ze lekker vinden in hoeveelheden die ze verzadigend vinden. In tegenstelling tot deze wenselijke attitudes rond eten, zijn er ook veel jongeren die zich eerder angstig voelen ten aanzien van eten en die twijfelen aan hun vermogen om goed met eten om te gaan. Ze hanteren een soort van standaard over wat en hoeveel ze moeten eten en schamen zich wanneer ze voedsel eten dat ze lekker vinden, vooral wanneer dat niet aan hun zelfopgelegde standaarden voldoet (bv. dieetregels) [118]. Vaak spelen bezorgdheden rond lichaamsvormen hierin een rol.

Haperingen op vlak van de vaardigheid “genieten” kunnen bestaan uit:

- zwart-wit denken tussen “gezonde” en “ongezonde” voeding;
- angst om bepaalde (“ongezonde”) voedingsmiddelen te eten;
- het zich niet kunnen toestaan van verboden voedsel;
- niet kunnen/durven genieten van eten dat ze als “ongezond” beschouwen;
- schuldgevoelens ervaren bij eten;
- ...

Groeithema's die een invloed kunnen hebben op de eetcompetentie ‘genieten’ worden weergegeven in onderstaande tabel.

Lagere schoolkind	Zorgen over het lichaamsgewicht en de lichaamsvormen kunnen al optreden in de lagere school.
Adolescent	<ul style="list-style-type: none">• Bezorgdheden rond lichaamsvormen en lijngedrag nemen toe met de leeftijd [42], mede door (sociale) media-invloeden. De druk van het schoonheidsideaal neemt toe. Dit kan zich uiten in lijn- of dieetgedrag: calorieën tellen, maaltijden overslaan, zichzelf voedingsmiddelen verbieden, ...• Door ontwikkelingsprocessen reageren adolescenten impulsiever en emotioneler en hebben ze een kortetermijnfocus. Emotioneel eten neemt toe in de adolescentie.

Tabel 17: Eetcompetentie ‘genieten’ vs leeftijdsfase [39]

Mogelijke **interventies** om de vaardigheid ‘genieten’ te ondersteunen zijn:

- **Gezelligheid** stimuleren:
 - Help de ouders en het kind zoeken naar gezelligheid aan tafel, om van eten iets leuks maken: hoe een gezellig moment creëren aan tafel? Bv. samen rond de tafel, kaarsje, mooi servies, ...
 - Maak de jongere ervan bewust dat eten gezellig moet blijven en dat men mag genieten van wat er op het bord ligt.
- **Genot** terugbrengen:
 - Help de jongere tijd te nemen om bewust te eten en ervan te genieten; zo kan het o.a. helpen om een rustig eettempo hanteren, goed te kauwen, ... ;
- Educatie rond **lijngedrag** of dieetdenken:
 - Psycho-educatie rond de gevolgen van diëten, deprivatie van voedingsmiddelen, enz. Ter ondersteuning kan de fiche ‘**De mythe van het lijnen**’ gebruikt worden.
 - Uitbouwen van een gezonde houding ten opzichte van eten:
 - Leren loslaten van het labelen van voedsel als slecht of goed. Alles is oké maar het ene heeft het lichaam meer nodig dan het andere.
 - Werk rond bewustwording dat een regelmatig eetpatroon belangrijker is dan portiegrootte of calorieën
 - Probeer de focus te verleggen naar eten als een manier om lief te zijn voor je lichaam.
 - Meer info, zie **lijngericht eten**
 - Tip bij te sterke focus op eetgedrag en lijnen : www.proud2bme.nl

- Versterk een **positief lichaamsbeeld**
 - Hanteer als hulpverlener een zelfbeeldversterkende houding.
 - Sta stil bij hoe de jongere het lichaam kan geven wat het nodig heeft en wat het lichaam voor de jongere kan betekenen.
 - Ouders en andere zorgfiguren kunnen model staan voor een gezonde houding tegenover hun lichaam.
 - Meer info: zie [Versterken positief lichaamsbeeld](#)

Variatie – Gevarieerd

De eetcompetentie 'gevarieerd' heeft te maken met het aanbrenge van **voldoende variatie** in het voedingspatroon.

[Wat is een gevarieerde voeding?](#)

Als basis voor een gevarieerde voeding worden de richtlijnen van de **Voedingsdriehoek** gebruikt. De plaats van een voedingsmiddel in de voedingsdriehoek weerspiegelt het effect op de gezondheid (en het milieu). Bovenaan de voedingsdriehoek staat de categorie 'water'. De voedingsdriehoek zelf is onderverdeeld in drie zones: donkergroen, lichtgroen en oranje. Naast de voedingsdriehoek bevindt zich de rode bol, de restgroep. Voor een evenwichtig voedingspatroon worden best vooral zaken uit de bovenste groepen geconsumeerd. Producten uit de rode bol worden best beperkt. Meer toelichting over de verschillende zones kan je [hier](#) terugvinden:

In de voedingsdriehoek zelf staan een beperkt aantal voedingsmiddelen weergegeven – in weinig of niet-bewerkte variant. Andere voorbeelden of afgeleide producten (zoals fruitsap, gesuikerde yoghurt, ...) zijn niet afgebeeld, maar wel terug te vinden in de overzichtstabel in elke uitgebreide fiche per voedingsmiddelengroep.

De fiches kan je hier terugvinden:

- [Dranken](#)
- [Groenten](#)
- [Fruit](#)
- [Brood, volkoren graanproducten en aardappelen](#)
- [Noten en zaden](#)
- [Peulvruchten](#)
- [Oliën en vetten](#)
- [Eieren](#)
- [Kaas](#)
- [Melk en alternatieven](#)
- [Vis](#)
- [Vlees](#)
- [Voeding buiten de voedingsdriehoek](#)

In de [brochure](#) van de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (2019) is meer informatie terug te vinden over de voedingsaanbevelingen specifiek voor peuters en kleuters.

De Hoge Gezondheidsraad publiceerde in 2016 [Voedingsaanbevelingen voor België](#), met aanbevelingen rond de aanbevolen hoeveelheden aan energie, micro- en macronutriënten per leeftijdscategorie.

In 2019 publiceerde de Hoge gezondheidsraad de ['Food-based dietary guidelines'](#), deze omvat aanbevelingen in termen van voedingsmiddelen (en dus niet nutriënten). Deze aanbevelingen zijn gericht op volwassenen, maar kunnen een indicatie geven over aanbevolen voedingsmiddelenkeuze.

Haperingen op vlak van variatie bestaan uit:

- een te éénzijdig voedingspatroon;
- moeilijkheden met het eten van voedingsmiddelen die niet gekend zijn (=neofobie);
- maar ook bv. vasthangen aan het idee dat voeding altijd lekker moet zijn;
- ...

Groethema's die een invloed kunnen hebben op de eetcompetentie 'gevarieerd' worden weergegeven in onderstaande tabel.

Peuter	De eerste anderhalf à 2 levensjaren zijn cruciaal om het kind in contact te brengen met een breed gamma aan smaken en voedingsmiddelen. Voedselaanvaarding loopt dan vrij gemakkelijk. Moeilijker eetgedrag rond het einde van het tweede levensjaar is een normale ontwikkelingsfase en kadert binnen neofobie of angst voor onbekend voedsel. Een variatie in uitzicht of textuur kan voor het neofobe kind als 'onbekend' aanvoelen.
Kleuter	<ul style="list-style-type: none"> • Neofobie is nog steeds aanwezig. • Kleuters ontwikkelen meer en meer specifieke smaakvoorkeuren • Kleuters houden in principe wel van variatie. Steeds opnieuw hetzelfde voedsel wekt minder eetlust op, er ontstaat smaakmoedheid. • De balans vinden tussen voldoende eten en variëren in voedingsmiddelen gaat niet automatisch, maar is een leerproces. Kleuters kiezen niet automatisch voor een evenwichtige voeding, ze kiezen wat ze het liefst lusten. Zorgfiguren spelen dan ook een belangrijke rol in het aanbrenge van een gevarieerd smakenpallet vanuit evenwichtige voeding. <p>Welk voedingsmiddel vooral gegeten wordt, hangt af van de andere beschikbare voedingsmiddelen: enerzijds stimuleert variatie/keuze de hoeveelheid die gegeten wordt (bv. kinderen eten meer fruit als er verschillende soorten aangeboden worden, bv. fruitsalade of keuze in vruchten); anderzijds is het ook zo dat als voeding die het kind lekker vindt, samen aangeboden wordt met voedsel dat het kind minder lekker vindt, kinderen hun buikje vooral zullen vullen met wat ze het lekkerst vinden (van daaruit wordt aangeraden om voor de maaltijd of als tussendoortje soep of groenten aan te bieden, zodat deze niet 'in competitie' zijn met vlees en aardappelen; er worden uiteraard nog steeds groenten geserveerd bij de warme maaltijd)</p>
Lagere schoolkind	Neofobie vermindert, maar is niet verdwenen.
Adolescent	<ul style="list-style-type: none"> • Neofobie is bij de meeste adolescenten verdwenen, en er bestaat eerder een gerichtheid op uitdagende en nieuwe smaak- en textuurcombinaties. Het smakenpallet breidt zich uit. • Adolescenten kiezen vaak voor 'gemakkelijk', beschikbaar of aantrekkelijk voedsel. • Adolescenten streven naar autonomie, ook op vlak van voeding. Voedingskeuzes maken deel uit van de identiteit van de adolescent en hebben vaak een centrale rol in sociale contacten. • Zoals ze met muziek en kledij experimenteren, zo experimenteren adolescenten ook met eten. De ene dag zijn ze vegetariër, de andere dag verkiezen ze junkfood, en nog een andere dag gaan ze voor de mediterrane keuken in alle facetten.

Tabel 18: Eetcompetentie 'gevarieerd' vs leeftijdsfase

Enkele concrete voorbeelden van **interventies** m.b.t. de eetcompetentie 'gevarieerd':

- Geef **informatie en educatie over de principes van de voedingsdriehoek**. Gezond Leven biedt verschillende materialen aan die ter ondersteuning kunnen gebruikt worden:
 - **Infografiek** eten volgens de voedingsdriehoek
 - **Tips** bij de voedingsdriehoek
 - **Infografiek** 'vervangboodschappen'
- Water vormt de belangrijkste dorstlesser binnen een evenwichtig voedingspatroon, op alle leeftijden. Bedenk samen met het kind of de adolescent strategieën om de consumptie van drinkwater te verhogen:
 - bv. gebruik van een 'hippe' drinkfles, leuke recepten bedenken om een smaakje toe te voegen aan het drinkwater (inspiratie op de **website** van Gezond Leven), ...
 - Gezond Leven ontwikkelde '**De Waterpas**' voor gebruik op de lagere school, met bijbehorende **infobrief** voor ouders en **diploma**. Deze materialen kunnen eveneens inspiratie bieden voor gebruik in de diëtistenpraktijk.

- Geef educatie aan adolescenten rond het gebruik van energiedranken. Meer informatie:
 - **Informatiedossier** energiedrankjes Gezond Leven;
 - **Advies** Hoge gezondheidsraad over energiedranken (2009).
- Neofobie aanpakken: zie apart kadertje onderaan.
- Ga samen met de jongere (en ouders/steunfiguren) op zoek naar lekkere en voedzame maaltijden. Inspiratie is terug te vinden op:
 - de **website** van Gezond Leven, in de app '**Zeker Gezond**'
 - de website van NICE: met **kindvriendelijke recepten** en **recepten voor jongeren**
- Zoek samen met de jongere (en zorgfiguren) naar andere manieren waarop voedzame voedingsmiddelen op een lekkere manier kunnen verwerkt worden in het voedingspatroon. Misschien worden gekookte groenten niet zo lekker bevonden, maar wel in een stoofpotje, rauw of in een soep verwerkt?
- Het gezelschapsspel '**De Lekkerbekjes**' daagt kinderen en hun vrienden en familie uit om grappige, vreemde en vooral gezonde hapjes te proeven. Zo leren kinderen ook spelenderwijs de voedingsdriehoek kennen.
- Moedig de jongere aan om te experimenteren met voeding: wat zijn kleine stapjes? Sommige kinderen en adolescenten vinden het gemakkelijk om nieuwe voedingsmiddelen te proberen. Bij anderen kan experimenteren en nieuwe zaken proberen veel spanning geven. Het kan dan soms helpen om het proces van proeven en experimenteren in comfortabelere kleine stapjes op te delen: starten met 1 voedingsmiddel, combineren met iets dat men graag eet, klaarmaken m.b.v. de favoriete bereidingswijze, enz.
- Geef educatie afgestemd op de leeftijd over reclameboodschappen of marketingstrategieën rond voeding. Ter inspiratie, Gezond Leven ontwikkelde een **informatiedossier** over dit thema, gericht op leerkrachten secundair onderwijs.
- Eten wat de pot schaft, is het advies.
 - Een vegetarische uitbreiding kan eventueel wel. Maar wie verantwoordelijk is voor aankoop, keuze, en bereiding blijft eigenaar van het domein, en niet de jongere ...
 - Meer informatie over vegetarische voeding bij kinderen en adolescenten is terug te vinden in de **brochures** van de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde;
 - De Hoge Gezondheidsraad formuleerde een **advies over vegetarische voeding**, met een apart hoofdstuk omtrent het gebruik en de aandachtspunten bij kinderen en adolescenten
 - Dieetaanpassingen omwille van medische redenen (allergie, spijsverteringsstoornissen, diabetes, ...) zijn uiteraard ook toegelaten. Ondersteun de ouders of zorgfiguren bij het uitwerken van haalbare menu's.
- Betrek kinderen en adolescenten bij de maaltijdbereiding, zodat ze in contact komen met een uitgebreid aanbod aan ingrediënten en zodat ze zelf leren experimenteren met smaken en combinaties. Enkele praktische tools ter ondersteuning:
 - **Artikel** rond het versterken van kookvaardigheden bij kinderen en adolescenten:
 - NICE ontwikkelde een praktische leidraad voor **koken met kinderen** en **koken met jongeren**.
- Gezinsmaaltijden vormen bij adolescenten een belangrijke beschermende factor tegen een onevenwichtig eetpatroon.

Neofobie

Gedurende de eerste 18 levensmaanden zal een kind de meeste voeding zonder problemen aanvaarden. Eén à twee keer proeven, en het volgende hapje wordt met plezier onthaald. Na deze periode is het merendeel van de peuters neofob, of angstig om nieuwe voedingsmiddelen te proeven [119, 120]. Dit beschermt het kind van ouds tegen vergiftiging. Het kind wordt selectiever, ontwikkelt voorkeuren, én een willetje... Mondje toe is vaak het eerste domein waarmee het experimenteert in zijn nee-fase. Eventuele (tijdelijke) moeilijkheden met eetgedrag en eenzijdige voedselvoorkeuren zijn te situeren in een ruimere ontwikkelingspsychologische context [39].

Neofobie manifesteert zich gewoonlijk vanaf het einde van het 2de levensjaar. Naarmate het kind ouder wordt neemt neofobie beetje bij beetje af, om meestal volledig te verdwijnen op adolescentenleeftijd.

Voedselneofobie is een **ontwikkelingsfase die ieder kind van nature doorloopt**, en die normaal gezien geen behandeling of therapie vereist. Vaak vereist het wel enige mate van voorlichting ten aanzien van de ouders, zodat zij het fenomeen en de aanpak begrijpen. Uit onderzoek blijkt dat, naast individuele factoren bij het kind (smaakvoorkeuren, psychomotorische vaardigheden, ...), ook de ouders een belangrijke invloed kunnen uitoefenen op het verloop van de neofobe fase [120]. Ouders zijn vaak erg bezorgd over de gezondheid van hun kind. Educatie van ouders op een empathische en schuldvrije manier is dan ook de sleutel bij neofobie [119].

De belangrijkste elementen in de benadering van neofobie zijn: herhaalde blootstelling en een positief gezinsklimaat [39, 119].

- Stel de ouders gerust en geef **educatie** rond het verloop van deze natuurlijke ontwikkelingsfase.
- Stimuleer **herhaalde blootstelling** (zonder ziek-zijn) om neofobie te overwinnen.
 - Het kind vindt een smaak lekkerder naarmate het deze meer heeft geproefd **in een positieve sfeer**. Een strijd rond het eten of het uitoefenen van druk werkt contraproductief.
 - Er zijn factoren die de bereidheid om te proeven verhogen:
 - zorgfiguren of vriendjes met smaak hetzelfde zien eten (model-leren),
 - een leuke presentatie,
 - informatie over de smaak van het voedsel, en
 - gelijkenissen met “bekend” voedsel (voedsel dat het kind al kent en leerde eten).
 - Veel peuters verkiezen voedsel dat niet gemengd is met iets anders. Ze proberen namelijk te ontdekken of een voedingsmiddel “veilig” is.
 - Het kan helpen om een nieuw voedingsmiddel aan te bieden samen met voedingsmiddelen waar het kind al met vertrouwd is.
 - Het kan eveneens helpen om voedingsmiddelen binnen het bereik van het kind beschikbaar te stellen tijdens het maaltijdmoment, zonder dat het expliciet wordt toegediend aan het kind. Dit bevordert de autonomie van het kind.
 - Het is niet nodig om een voedingsmiddel zoeter of calorischer te maken. Nadien wordt het bovendien moeilijker om de basissmaak te leren lusten.

“Het leren proeven kan in verschillende stapjes verlopen: voedingsmiddel op het bord leggen, eraan voelen, eraan likken, het in de mond nemen, erop kauwen, het doorslikken, ...”

- Keuze en afwisseling doen eten. Variatie en keuze creëren, bv. door verschillende soorten groenten en fruit aan te bieden, helpt proeven en eten. Geef het kind niet elke dag dezelfde groente/fruitsoort, wissel af. Huisbereide voeding vertoont van nature meer variatie in smaak en uitzicht, dan kant-en-klare voeding.
- Hanteer een duidelijke maaltijdstructuur (zie eetcompetentie **geregeld**) en respecteer de **regel van de gedeelde verantwoordelijkheid**
- Gebruik sociale beloning om gewenst eetgedrag te stimuleren. Sociale beloning (bv. een complimentje) is de eerste keuze, als het echt moeilijk wordt kan geopteerd worden voor een materiële beloning (bv. een sticker). Voedselbeloningen (bv. een dessert) worden afgeraden.
- Kinderen betrekken bij het bereiden van de maaltijden kan onder meer de voorkeur voor bepaalde producten beïnvloeden, het gevoel van angst verminderen en een positieve relatie met zorgfiguren bevorderen. NICE ontwikkelde een praktische leidraad rond **koken met kinderen**.

Neofobie is dan wel een natuurlijke ontwikkelingsfase, het kan intensifiëren en evolueren naar een **voedingsstoornis**. Gepaste behandeling of doorverwijzing is in dat geval aanbevolen. In ernstige gevallen kan de situatie evolueren naar de eetstoornis **ARFID**, die in zeldzame gevallen ook bij volwassenen wordt vastgesteld, die deze ontwikkelingstaak in hun kindertijd niet overwonnen hebben.

Er zijn ook kinderen en adolescenten die vanuit een negatieve ervaring met voedsel (bv. ernstige verslikking), moeite hebben met ‘nieuwe’ voeding of een zeer eenzijdig eetpatroon ontwikkeld hebben. Een eenzijdig én onevenwichtig eetpatroon kunnen bijdragen tot het ontwikkelen van overgewicht.

Regulatie - Genoeg

Een eetcompetent persoon heeft **vertrouwen in interne regulatie**. Dit wil zeggen dat de persoon:

- zich voldoende op zijn gemak voelt bij het ritme van honger, eetlust en verzadiging;
- ontspannen en afgestemd is tijdens het eetproces en
- vertrouwt op de ervaring van verzadiging.

Interne regulatoren van voedselinname functioneren het meest effectief wanneer ze worden ondersteund door regelmatige, voorspelbare en verzadigende gelegenheden om te eten, wat aansluit bij de eetcompetentie 'geregeld' [28, 102].

Kinderen hebben een aangeboren vermogen tot zelfregulering van hun energie-inname. De voedingsomgeving waarin zij opgroeien heeft een invloed op de mate waarin zij dit vermogen kunnen uitoefenen. Bij jonge kinderen spelen de ouders hierin een zeer belangrijke rol. Wanneer ouders bv. de controle over voedselporties overnemen of druk zetten om te eten, in plaats van het kind toe te staan zich te concentreren op interne honger- en verzadigingssignalen, wordt het vermogen tot zelfregulering onderdrukt [39, 121, 102].

Daarnaast wordt ook onderzoek gedaan naar individuele verschillen in het vermogen tot zelfregulatie. Uit studies blijkt dat sommige kinderen vermoedelijk ontvankelijker zijn voor storingen in de zelfregulatie. Zo worden o.a. verstoringen in de executieve functies (zoals inhibitie, werkgeheugen en cognitieve flexibiliteit, ...) onderzocht in relatie tot de energie-inname [122].

Haperingen op vlak van regulatie kunnen bestaan uit:

- het negeren van honger- of verzadigingssignalen;
- onbewust eten, waardoor verzadigingssignalen niet gevoeld worden (bv. door TV-kijken tijdens de maaltijd);
- eten om andere redenen dan fysieke honger;
- te snel eten;
- het niet kunnen verdragen van een kleine honger;
- ...

Groethema's die een invloed kunnen hebben op de eetcompetentie 'genoeg' worden weergegeven in onderstaande tabel.

Peuter	De energiebehoefte daalt na het eerste levensjaar. Aangezien peuters in staat zijn om hun eigen energiebehoefte te reguleren, gaat dit gepaard met minder voedingsinname in vergelijking met het eerste levensjaar. Dit kan bezorgdheid geven bij ouders, maar gezien de interne regulatie in principe goed werkt, blijft het kind verantwoordelijk voor de hoeveelheid die het eet. Het bord leegeten is dus niet nodig.
Kleuter	<ul style="list-style-type: none"> • Kleuters kunnen hun energiebehoefte zelf reguleren. Ondanks hun regulatie van energiebehoefte, eten peuters meer als er grotere porties zijn. Dit geldt zowel voor calorierijke voeding als voor groenten en fruit. Bewust omgaan met aangeboden hoeveelheden is dus aanbevolen. • Als kleuters in een fysieke groeifase zitten, hebben ze meer honger, als ze emotionele thema's verwerken eten ze vaak minder, en als ze moe zijn (bv. kinderen die naar school beginnen gaan) komen ze soms niet meer aan eten toe.
Lagere schoolkind	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen van lagere schoolleeftijd kunnen hun energiebehoefte minder goed reguleren. Ze eten niet enkel uit honger, maar ook door externe prikkels (geur, smaak, uitzicht van voedsel), en kunnen zelfs lijngericht denken. • Een ontwikkelingstaak is leren omgaan met onevenwichtige snacks: kinderen worden op deze leeftijd meer en meer verleid om te eten als ze iets lekkers zien of ruiken, ook al is hun buikje al vol. In de moderne maatschappij worden kinderen voortdurend blootgesteld aan lekkere, maar nutriëntarme, snacks. • Net voor de puberteit eten veel lagereschoolkinderen plots meer. Dit is een normale groeifase, gerelateerd aan de groeispuurt.
Adolescent	<ul style="list-style-type: none"> • Pubers groeien op korte tijd snel. Dat vergt extra energietoevoer en dat doet eten. Ze verkennen daarbij op alle vlakken, ook in hun eetgedrag. De toegenomen behoefte wordt best ingevuld door het opschalen van de porties, zonder daarbij voorbij te gaan aan een stabiele maaltijdstructuur.

Tabel 19: Eetcompetentie 'genoeg' vs leeftijdsfase [39]

Mogelijke **interventies** met betrekking tot de eetcompetentie 'genoeg' [28, 39]:

- Ondersteun ouders om **vertrouwen te hebben in de mogelijkheden tot zelfregulatie van het kind**. Zorgfiguren maken zich vaak zorgen over schommelingen in de voedselinname van het kind en zijn bezorgd of het kind wel voldoende eet, maar eigenlijk is deze bezorgdheid meestal niet nodig. Het kind is in staat zelf in te schatten hoeveel het nodig heeft en kan gerust tijdens een maaltijd minder eten, of zelfs een maaltijd overslaan. Wanneer ouders de voedselinname proberen te vergroten en druk zetten op het eetgedrag van het kind, kunnen ze ongewild het zelfregulatiesysteem van het kind verstoren en een probleem creëren. De **regel van de gedeelde verantwoordelijkheid** kan hierin een handvat bieden.
- Wees voorzichtig met goedbedoelde adviezen rond portiegrootte. Om het kind of de adolescent zich optimaal te leren afstemmen op interne regulatie, is het belangrijk om **geen dagschema's met portiegroottes** voor te schrijven. Portiegroottes kunnen bij sommige kinderen of adolescenten wel educatief aangewend worden om een idee te geven van een gemiddelde portie van de leeftijdsgenoot, uiteraard mits de nodige kadering en nuancering.
- Leer het kind of de adolescent om **aandachtig te eten**:
 - Afleidingen (tv, smartphone) aan de kant, zodat er optimaal aandacht kan gegeven worden aan de maaltijd en signalen van honger- en verzadiging.
 - De tijd nemen om bewust te eten en ervan te genieten: goed kauwen, bestek neerleggen tussen twee happen, aan tafel eten, tijd uitrekken om rustig te eten, ...
 - Aandacht geven aan de verschillende aspecten van het eten: geur, smaak, zicht, ...
- Leer de jongere **verzadigingssignalen** herkennen (zie tabel in apart kadertje '**van honger tot verzadiging**').
- Leer het kind of de adolescent om **signalen voor fysieke honger** bij zichzelf te herkennen: grommen-de maag, zich slap voelen, pijnlijke maag, zich minder goed kunnen concentreren, hoofdpijn krijgen, chagrijnig of 'lastig' (bij kleinere kinderen) worden, Bij kleinere kinderen (peuters) is het belangrijk dat ouders aandacht hebben voor de signalen van honger en verzadiging. Hongerige peuters kunnen wijzen naar voedsel of drank, hierom vragen of ernaar reiken.
- Leer het kind of de adolescent **fysieke honger onderscheiden van andere soorten honger**: honger getriggerd door omgevingsignalen of emotionele honger.
 - Leer jongeren omgevingstriggers herkennen die eten oproepen (omgevingshonger). Kinderen en adolescenten met een externe eetstijl zijn meer ontvankelijk voor signalen uit de omgeving.
 - Leer kinderen en adolescenten zich bewust worden van momenten waarop er gegeten wordt vanuit een emotionele behoefte. Begeleid de jongeren in de zoektocht naar andere manieren waarop met emoties kan worden omgegaan (zie **emotieregulatie**). Leer de jonge cliënt bv. om er geen gewoonte van te maken om zichzelf te belonen of te troosten met eten. Beter: een vriend/vriendin bellen, bad nemen, gaan wandelen of iets anders leuk doen om zichzelf te belonen of te troosten.
- Pubers in de groeispurt weten niet altijd hoe ze '**extra honger**' moeten opvangen. Ze zijn meer dan wie ook erg gevoelig aan variatie. De marketing rond calorierijke snacks is hierop gericht, waardoor gezonde snacks snel saai lijken.
 - Bespreek met de jongere hoe honger na school kan opgevangen worden op een evenwichtige manier
 - Bespreek met de jongere hoe de honger na 22 uur op dagen die duren tot na middernacht kan opgevangen worden (bv. een evenwichtig tussendoortje inschakelen).
 - Probeer in overleg met de jongere om vast te houden aan een regelmatige maaltijdstructuur, door eerder in te zetten op het vergroten van porties dan op het voorzien van extra maaltijden om aan de toegenomen honger tegemoet te komen (bij deze jongere zullen vaak 3 hoofd maaltijden en 3 tussendoortjes per dag nodig zijn om aan de behoefte te voldoen).

- Leer het kind of de adolescent omgaan met voedselverleidingen en onevenwichtige snacks (d.w.z. snoep, chips, koekjes, suikerhoudende dranken):
 - Op lange termijn is het zinvoller om kinderen te leren omgaan met deze verleidingen, dan om ze er volledig van af te schermen. Snoep, chips, frisdrank, ... verbieden maakt deze voedingsmiddelen alleen maar aantrekkelijker. In studies worden restrictieve ouderlijke voedingspraktijken in verband gebracht met een hogere snackinname bij kinderen [121].
 - Kinderen kunnen leren dat deze extraatjes horen bij speciale gelegenheden en dat ze niet in overvloed moeten gegeten worden.
 - De ouder kan model staan voor het leren omgaan met voedselverleidingen, door bv. zichzelf ook geen restricties op te leggen, maar op een evenwichtige manier met voedselverleidingen om te gaan.
 - Het helpt ook om de calorierijke snacks uit het zicht te bewaren, en niet te veel verschillende soorten in huis te halen. De beschikbaarheid van onevenwichtige snacks wordt in verband gebracht met een hogere inname ervan [121].

Van honger tot verzadiging

Satter beschrijft in onderstaande tabel typische subjectieve ervaringen van honger, eetlust en verzadiging. Deze tabel kan helpen ter ondersteuning bij educatie rond honger en verzadiging.

Uitgehongerd	Extreme honger, uitgesproken ongemak: rillingen, chagrijnigheid, hoofdpijn. Dringend en wanhopig verlangen om te eten, vooral als er geen zekerheid is dat er voldoende voedsel zal zijn. Vaak het gevolg van voedselonzekerheid of extreme zelfrestrictie.
Honger, toegenomen eetlust	Lichamelijke ervaring van leegte, misschien licht ongemak zoals rillingen, vermoeidheid, hoofdpijn. Verdraagbare en comfortabele verwachting naar eten, op voorwaarde dat voldoende hoeveelheden van belonend voedsel binnenkort beschikbaar zullen zijn. Verhoogde interesse in voedsel.
Honger verdwijnt	De lichamelijke ervaring van leegte neemt af samen met het ongemak van energietekort; het gevoel van opluchting neemt toe. De meeste mensen zijn echter niet geneigd om op dit punt te stoppen met eten, omdat eten nog steeds de moeite waard is.
Eetlust verdwijnt	= Verzadiging: ervaren als een positief eindpunt van het eetgebeuren. Dit is voor de meeste mensen een duurzamer en bevredigender eindpunt van een maaltijd, dan wanneer de honger verdwijnt. Het voedsel smaakt niet langer lekker (maar is geenszins afstotelijk) en er is een subjectieve ervaring van verlies van interesse in eten.
Voldaan gevoel	Voor de meesten is dit een aangenaam, maar occasioneel, eindpunt van het eten. Het is een positief gevoel van verzadigd zijn. Eten na verzadiging is lonend als het volgt op een bewuste beslissing om meer dan gewoonlijk te eten, misschien bij een ceremoniële gelegenheid, omdat het eten uitzonderlijk goed smaakt of omdat de energiebehoefte plotseling is toegenomen.
Volgepropt gevoel	Vrijwel universeel ervaren als een negatief eindpunt van eten. Negatieve lichamelijke toestand, waaronder extreme volheid, lusteloosheid, lichamenlijk ongemak, misschien misselijkheid. Begeleid door afkeer van eten en vaak een gevoel van chagrijn rond overeten en zelfverwennerij. Wordt vaak verkregen na een ondoordachte of impulsieve onderbreking van de zelfbeheersing.

Tabel 20: Subjectieve ervaringen met signalen rond voedselregulatie, in relatie tot het Eetcompetentiemodel van Satter [28]

5.3. Werken aan een gezonde leefstijl

Werken aan een gezonde leefstijl vormt de basis van de behandeling van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas. Naast het werken aan evenwichtig eetgedrag, kan de diëtist ook ruimer adviseren rond gezonde leefstijl. De elementen van een gezonde leefstijl zijn terug te vinden in het acroniem A.L.L.E.S.: Afwisselend eten (=evenwichtig eetgedrag), Leuk bewegen, Lief zijn voor je lichaam, Emoties hanteren en Slapen.

Wat kan de diëtist doen rond de andere componenten van een gezonde leefstijl [4]?

- **Doelen** formuleren (samen met de jongere en zorgfiguren) om aan de leefstijl te werken, bv. zich minder moe voelen, meer plezier hebben in sportactiviteiten.
- Zelfobservatie/**monitoring**, bv. door de jongere een **leefstijldagboekje** te laten bijhouden.
- Concrete **gedragsdoelen** formuleren op basis van de huidige leefstijl (met input vanuit het dagboek).
- Veranderingen in leefstijl **bekrachten**, bv. door een contract op te stellen met een drietal gedragsdoelen van het kind (tot de volgende sessie), en een kleine beloning te koppelen aan het bereiken van deze doelen (géén voedselbeloning, bij voorkeur een bewegingsactiviteit (met het gezin)).
- **Probleemoplossingsvaardigheden** en **emotieregulatie vaardigheden** versterken.
- De **motivatie** ondersteunen.

Meer informatie over **A.L.L.E.S.** is terug te vinden in een overzichtelijke **samenvattingsfiche**. Of in de aparte fiches per onderdeel van A.L.L.E.S.

- Afwisselend eten (voor **hulpverleners** of voor het **brede publiek**);
- **Leuk bewegen**;
- **Lief zijn voor je lichaam** (=positief lichaamsbeeld);
- **Emoties hanteren**; en
- **Slapen**.

Als meer gespecialiseerd advies noodzakelijk is, is doorverwijzing aanbevolen naar (huis)arts, pediater, kinesitherapeut, bewegingsdeskundige, psycholoog, ...

Meer informatie rond samenwerken met andere disciplines is terug te vinden in het hoofdstuk '**Interdisciplinair samenwerken**'.

5.3.1. Bewegegedrag

Regelmatig bewegen is een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl. Bewegen aanmoedigen is dus zeker een goed idee. Bij de behandeling van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas kan voor het luik beweging ingezet worden op enerzijds het verhogen van de fysieke activiteit (beweging) en anderzijds het verminderen van de fysieke inactiviteit (sedentair gedrag).

Algemeen beweegadvies in lijn met de **bewegingsdriehoek** kan gegeven worden door elke hulpverlener en dus ook de diëtist. Bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas kan bijkomende zorg op maat van het kind nodig zijn, bv. bij medische comorbiditeiten, motorische problemen of fysieke beperking. Voor zorg op maat wordt doorverwezen naar een **bewegingsdeskundige of kinesitherapeut** [17]. In België bestaat een opleiding voor kinesitherapeuten, die gericht is op de behandeling van kinderen en adolescenten met obesitas. Deze kinesitherapeuten worden opgeleid tot 'KineCoach® Obesitas bij kinderen'.

“Een belangrijk element om hierbij in beschouwing te nemen, is de drijfveer van de jongere om te bewegen. Beweegt de jongere hoofdzakelijk om zijn lichaam te veranderen en/of te compenseren voor de geconsumeerde calorieën, dan is aanmoedigen geen goed idee. Het is beter om in dat geval eerst in te zetten op lichaamstevredenheid.”

Verhogen van de fysieke activiteit

Onderstaande tabel vat de beweegaanbevelingen voor kinderen en adolescenten samen per leeftijdscategorie [73, 74].

Leeftijd	Beweegaanbeveling
0-1 jaar	Beweeg zo veel mogelijk
1-2 jaar	Minstens 3 uur per dag licht, matig of hoog intensief bewegen.
3-5 jaar	Minstens 3 uur per dag licht, matig of hoog intensief bewegen. Waarvan 60 minuten matig of hoog intensief bewegen.
6-17 jaar	Het grootste deel van de dag licht intensief bewegen EN verspreid over de week: gemiddeld 60 minuten matig tot hoog intensief bewegen per dag. In deze 60 minuten: min. 3 dagen per week hoog intensief bewegen en daarnaast ook krachtoefeningen

Tabel 21: Beweegaanbevelingen per leeftijdscategorie [73, 74]

Het verhogen van de fysieke activiteit van een kind of adolescent met overgewicht of obesitas gebeurt best in kleine haalbare stappen. De **zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci** kan helpen om de motivatie van de jongere te ondersteunen:

- Creëer een **autonomie** bevorderende omgeving door: controlerende taal te vermijden ('moeten'), keuzes te bieden en informatie te geven over de voordelen van fysieke activiteit.
- Verhoog de zelf-waargenomen **competentie** t.o.v. fysieke activiteiten door activiteiten te voorzien die aangepast zijn aan de capaciteiten van het kind, doelen op korte termijn te stellen en positieve feedback te geven
- Verhoog de **verbondenheid** door interesse te tonen in de problemen die het kind of de adolescent ervaart bij fysieke activiteit of beweging. Overweeg om het kind te laten aansluiten bij een sportclub of om het te laten sporten in teamverband. En 'last but not least', betrek de rest van het gezin als steunfiguren.

Voorbeelden van **kleine haalbare stappen** om de beweging te verhogen zijn [14]:

- Kan de verplaatsing naar school te voet of met de fiets gemaakt worden?
- Of kan de jongere een halte vroeger afstappen van de bus en de rest te voet doen?
- Kan er meer gebruik gemaakt worden van trappen?
- Zijn er interessante sportclubs waar de jongere zou kunnen bij aansluiten? Help hierbij zoeken naar een sport die de jongere graag doet, dit verhoogt de motivatie en het plezier.

Uitgebreide informatie over beweging bij kinderen met overgewicht is terug te vinden in het Eetexpert **draaiboek rond beweging bij kinderen met overgewicht**.

Ondersteunende materialen

- **Doelenblad** beweging
- Gezond Leven geeft bovenstaande beweegaanbevelingen visueel weer a.d.h.v. een '**Bewegingsdriehoek**'. Ze ontwikkelden diverse materialen rond dit thema:
 - Een **visueel overzicht van de aanbevelingen** voor baby's, peuters en kleuters;
 - Een **visueel overzicht van de aanbevelingen** voor kinderen en adolescenten;
 - **Infografiek** rond de voordelen van bewegen (6-17jr);
 - **Infografiek** rond de voordelen van bewegen en minder lang stilzitten (0-5 jr.);
 - **Beloningstabel**;
 - Sjabloon voor een **bewegplan**. Dit werd opgemaakt voor volwassenen, maar kan als inspiratie dienen voor gebruik bij kinderen en adolescenten;
 - Hoe stimuleer je peuters en kleuters om meer te bewegen? (**website**);
- Topic '**Spelen en bewegen**' op de website van Kind en Gezin, met o.a. speel – en beweegtips per leeftijd;
- **Tips** voor zorgfiguren.

Verminderen van sedentair gedrag

In onderstaande tabel staan de aanbevelingen rond sedentair gedrag weergegeven per leeftijd [73, 74].

Leeftijd	Aanbeveling sedentair gedrag
0-5 jaar	Max. 1 uur stilzitten (per keer). Toch stilzitten? Kies dan voor: voorlezen en vertellen van verhaaltjes, knutselen, muziek maken, ...
6-17 jaar	Beperk en onderbreek periodes van lang stilzitten. Zittende activiteiten? Kies dan voor: lezen, puzzelen, tekenen en knutselen, muziek maken, ...

Tabel 22: aanbevelingen rond sedentair gedrag bij jongeren, per leeftijdscategorie [73, 74]

Ook bij het verminderen van sedentair gedrag is het formuleren van **kleine haalbare doelen** aangewezen. Eén van de doelen kan betrekking hebben op de schermtijd van het kind. Het maken van duidelijke afspraken rond schermtijd is aanbevolen. Bij heel jonge kinderen stellen de zorgfiguren best zelf duidelijke grenzen. Naarmate het kind ouder wordt, worden ze best meer betrokken en worden samen afspraken gemaakt rond schermtijd [123].

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelde in 2019 aanbevelingen op voor de schermtijd van jongeren van 0 tot 5 jaar, weergegeven in onderstaande tabel. De WHO gebruikt hierbij de term 'sedentaire schermtijd', die gedefinieerd wordt als:

"Tijd die passief wordt doorgebracht door het kijken naar entertainment op een scherm (tv, computer, mobiele apparaten)." Deze definitie omvat dus niet de actieve spelletjes op een scherm, waarvoor fysieke activiteit of beweging nodig is [73].

Voor de leeftijdsgroep 6-17 jaar werden aanbevelingen geformuleerd door Gezond Leven [74](zie tabel).

Leeftijd	Aanbevolen schermtijd
0-2 jaar	Schermtijd wordt sterk afgeraden
2-5 jaar	Schermtijd bedraagt idealiter < 1 uur per dag , hoe minder hoe beter
6-17 jaar	Schermtijd in vrije tijd: max. 2 uur per dag , minder is beter

Tabel 23: aanbevelingen rond schermtijd voor jongeren [73, 74]

Ondersteunende materialen

- Gezond Leven geeft de aanbevelingen rond sedentair gedrag visueel weer in een aantal infografieken per leeftijdscategorie:
 - Een **visueel overzicht van de aanbevelingen** voor baby's, peuters en kleuters;
 - Een **visueel overzicht van de aanbevelingen** voor kinderen en adolescenten;
 - **Infografiek** rond de voordelen van minder lang stilzitten (6-17jr);
 - **Infografiek** rond de voordelen van bewegen en minder lang stilzitten (0-5 jr.);
- Pagina rond '**digitale kinderwereld**' van Kind en Gezin, met informatie over o.a. schermtijd en digitale balans;
 - 'Als...dan' **kleurplaten** rond schermtijd;
 - Brochure '**Schermen, euh... moet mijn kind niet spelen?**'
- **Factsheet** Gezond Leven rond sedentair gedrag.

5.3.2. Versterken positief lichaamsbeeld

Een belangrijk aandachtspunt in de zorg voor kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas is lichaamsbeeld. In de kindertijd is het opbouwen van een positief lichaamsbeeld een belangrijk groeithema. Na verloop van tijd moet de jongere in de adolescentiefase ook leren omgaan met een veranderend lichaam en neemt de druk van het schoonheidsideaal toe, Bezorgdheden rond lichaamsvormen nemen dan ook toe met de leeftijd [42]. Bij jongeren met obesitas lijkt ook het overgewicht een belangrijke rol in de lichaamsperceptie te spelen. Uit een recente meta-analyse van Moradi et al. blijkt een positief verband tussen obesitas en het risico op lichaamsontevredenheid bij kinderen en adolescenten [124].

Het **lichaamsbeeld** verwijst naar de veelzijdige psychologische ervaring van het lichaam, waarvan de fysieke verschijning deel uitmaakt [125]. Het lichaamsbeeld omvat de zelfperceptie en houding ten opzichte van het eigen lichaam, zoals gedachten, geloof, gevoelens en gedrag, waardoor het lichaamsbeeld erg subjectief is. Concreet omvat het lichaamsbeeld de (waardering voor) lichaamsfuncties: het lichaam brengt de jongere waar die wil zijn, de jongere kan er plezier mee maken, zich ontspannen, ...

Uit onderzoek blijkt dat blootstelling aan de schoonheidsidealen in de media een negatieve impact heeft op verschillende aspecten van het lichaamsbeeld, zoals internalisering van onrealistische lichaamsidealen, ontevredenheid met het lichaam, zelfobjectivering (=uiterlijk belangrijker gaan vinden dan andere competenties), 'body surveillance' (=voortdurend checken of het lichaamsbeeld nog voldoet aan het ideaalbeeld), streng lijnen en het ontstaan van eetstoornissen [126].

Niet enkel boodschappen uit de media beïnvloeden het lichaamsbeeld van de jongere, maar ook leeftijdsgenoten en zorgfiguren spelen een belangrijke rol. Jongeren kunnen sociale druk ervaren rond hun uiterlijk. De vrienden(groep) of gezinsleden, die dicht bij de jongere staan, kunnen bewust of onbewust normen overbrengen over hoe de jongere er zou moeten uitzien, en dit zowel op een directe manier (bv. opmerkingen over het uiterlijk) als op een indirecte manier (door de eigen attitudes en gedragingen in het kader van schoonheidsidealen, zoals modeblaadjes lezen, meegaan in lijntrends, opmerkingen geven op mediasterren die enkele kilo's zijn bijgekomen...) [127].

Een **positief lichaamsbeeld** bestaat uit een waarderende, aanvaardende en respectvolle attitude tegenover het eigen lichaam, en omvat de dimensies uiterlijk, gezondheid, lichaamsbewustzijn, functionaliteit en plezier. Jongeren met een positief lichaamsbeeld voelen de noden van hun lichaam aan (honger en verzadiging, recuperatie na inspanning), dragen zorg voor hun lichaam en respecteren wat hun lichaam dagdagelijks voor hen doet. Ze beschermen hun lichaam ook tegen ongezonde invloeden zoals sociale vergelijking met anderen of mediabeelden [128, 129]. Een positief lichaamsbeeld omvat ook respect voor diversiteit [129].

Een **verstoord lichaamsbeeld en lichaamsontevredenheid** (= de mate waarin iemand ontevreden is over zijn lichaam en een negatieve inschatting maakt van zijn lichaam) vormen risicofactoren voor verstoord eetgedrag [130]. Inzetten op het versterken van een positief lichaamsbeeld is dan ook een belangrijk onderdeel in de preventie en behandeling van het ganse spectrum aan eet- en gewichtsproblemen.

Mogelijke **handvatten voor de diëtistenpraktijk** bij het versterken van een positief lichaamsbeeld [131]:

- Het lichaamsbeeld bestaat uit **meer facetten dan uiterlijke verschijning**. Leer jongeren de anatomie van hun lichaam kennen. Sta ook stil bij de functies van het lichaam (zoals mobiliteit: 'je lichaam zorgt dat je kan deelnemen aan allerlei activiteiten') en hoe jongeren zorg kunnen dragen voor hun lichaam [129].
- Help jongeren te zien dat '**schoonheid**' vooral bepaald wordt door de 'uitstraling' en dat heeft te maken met de binnenkant: je persoonlijkheid, je interesses, hoe je met anderen omgaat, ...
- Stimuleer jongeren om hun **eigen doelen en waarden** te leren kennen, om zich goed in hun vel te voelen. Dit werkt beschermend tegen sociale vergelijking.
- Door niet te focussen op lichaamsgewicht of -vormen, maar op **gezonde leefstijl** worden een verstoord lichaamsbeeld en/of lichaamsontevredenheid niet versterkt.
- Help jongeren om **kritisch te kijken naar (sociale) media** en zelf aan het stuur te blijven.
- Betrek ouders en geef educatie over het belang van **goede rolmodellen**, die lichaamstevreden zijn.

Het is als hulpverlener belangrijk om niet mee te gaan in de negatieve zelfmonoloog van het kind of de adolescent. Blijf als hulpverlener steeds aandachtig voor de krachten en talenten van de jongere. Onze aandacht heeft de neiging om zich te richten op wat er niet goed gaat, daarom ziet de jongere mogelijk zijn/haar eigen krachten of talenten niet meer. Het is daarom des te belangrijk om er als hulpverlener wel steeds oog voor te blijven hebben [4].

Jongeren waarbij lichaamsontevredenheid of een verstoord lichaamsbeeld een ernstige impact heeft op het welzijn of het eetgedrag (emotioneel eten, lijngedrag), worden best verwezen naar een **psycholoog** voor extra ondersteuning (zie **Interdisciplinair samenwerken**).

Een praktische fiche over het versterken van een positief lichaamsbeeld is **hier** terug te vinden.

In de Eetexpert **fichereeks voor ouders** kan je een onderdeel terugvinden rond positief lichaamsbeeld ('zomerlijf – tips voor ouders').

5.3.3. Emotieregulatie

Emoties worden vaak voorgesteld als "goede" en "slechte" emoties. Toch zijn emoties in essentie niet slecht of goed. Elke emotie heeft een eigen functie, en ook de emoties die niet zo leuk aanvoelen horen bij het leven. Emotieregulatie heeft betrekking op het vermogen om met eigen emoties en de emoties van anderen om te gaan. Bij emotioneel eten is de emotieregulatie vaak ontregeld en worden allerlei strategieën aangewend om bv. negatieve emoties te onderdrukken. Leren om emoties te accepteren en ze te leren verdragen is dan ook een beschermende factor die het risico op de ontwikkeling van eet- en gewichtsproblemen verlaagt [4]. Zo ook bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas. Bovendien kan het bijdragen aan de behandeling van emotioneel eetgedrag (zie **Emotioneel eten**).

Als een verstoorde emotieregulatie aan de grondslag ligt van het overgewicht van de jongere, of wanneer er sprake is van emotionele eetpatronen, is verwijzing naar een **psycholoog** aanbevolen.

In de diëtistenpraktijk **werken aan een betere emotieregulatie** kan door [4, 132]:

- Stilstaan bij adaptieve manieren om met emoties om te gaan i.p.v. ze te onderdrukken (bijvoorbeeld erover praten).
- Verstoorde cognities rond (negatieve) emoties, bv. cognities die (uitingen van) negatieve emoties zien als zwak of fout, in vraag stellen.
- De oorzaken en gevolgen van stress en hoe ermee om te gaan bespreken.
- Met het kind of de adolescent stilstaan bij wat hen spanning of stress bezorgt.
- Met het kind of de adolescent reflecteren over hoe ze op een adaptieve manier met stress en spanning kunnen omgaan.
- Reflectie en evaluatie van coping- en emotieregulatie strategieën aanmoedigen.
- Adaptieve strategieën aanbrengen, zoals sociale steun zoeken, verschillende oplossingen zoeken voor een probleem.

De Eetexpert fiche 'Omgaan met emoties' vind je [hier](#).

Meer informatie over emotieregulatie bij adolescenten vind je [hier](#).

Meer informatie over emotieregulatie in de diëtistenpraktijk vind je [hier](#).

5.3.4. Slaap

Als uit het diëtistisch onderzoek blijkt dat het slaappatroon van het kind of de adolescent opvallende verstoringen (korte slaapduur, onregelmatige slaaptijden, ...) vertoont, kunnen laagdrempelige tips om het slaappatroon te verbeteren overwogen worden. De aanbevolen slaapduur varieert met de leeftijd (zie tabel) [73, 85, 86].

Leeftijd	Aanbevolen slaap (uur/dag)	Meer informatie
0-3 maanden	14 tot 17	Kwaliteitsvolle slaap, inclusief dutjes
4-11 maanden	12 tot 16	Kwaliteitsvolle slaap, inclusief dutjes
1-2 jaar	11 tot 14	Kwaliteitsvolle slaap met regelmatige slaap- en wektijden, inclusief dutjes
3-5 jaar	10 tot 13	Kwaliteitsvolle slaap met regelmatige slaap- en wektijden, inclusief dutjes
6-13 jaar	9 tot 11	
14-17 jaar	8 tot 10	

Tabel 24: slaapaanbevelingen voor jongeren [85, 86]

Naast slaapduur kan ook de kwaliteit van de slaap beïnvloed worden door kleine haalbare interventies (afbakenen schermtijd, rustgevend slaaprutueel, duidelijke afspraken in samenspraak met het kind of de adolescent ...).

Ondersteunende materialen bij het thema slaap

- Eetexpert **fiche** over slaap;
- **Infografiek** van Gezond Leven over de voordelen van voldoende slapen (0-5jr);
- Meer informatie over 'slapen' op de website van Gezond Leven:
 - **Algemene informatie** over slaap;
 - **Hoeveel beweegt en slaapt een baby best?**
 - **Beweeg- en slaapadvies** voor peuters en kleuters
- **Pagina** rond 'slapen' van Kind en Gezin, met informatie over o.a. veilig slapen, slaapbehoefte, slaappatroon en moeilijk slapen;
- **Verslag** van een lezing rond slaapadviezen bij jongeren met obesitas op de Eetexpert Kennisdag 2020;

5.4. Behandelen van verstoord eetgedrag

Verstoord eetgedrag vraagt gepaste zorg op maat, waarbij indien nodig wordt doorverwezen naar een gespecialiseerde hulpverlener:

- Bij **eetbuien** is een aanpak gericht op controle herwinnen over de eetbuien nodig.
- **Lijngericht eten** vraagt om bewustwording van de dieethypes en opbouw van een gezonde leefstijl zonder zwart-wit denken.
- **Emotioneel eten** vraagt om leren omgaan met emoties.
- Bij **extern eten** is het nodig om de vaardigheden rond het weerstaan aan verleiding en uitstellen van behoeftebevrediging te versterken.
- **Familiale problematiek** behoeft een aangepast zorgplan op maat.

Verschillende van de factoren die een rol spelen in verstoord eetgedrag, vinden hun tegenpool in goede **eetcompetenties**: genoeg, geregeld, gevarieerd en gezellig eten. Deze competenties hebben betrekking op het evenwicht vinden tussen een zekere mate van controle over ons eetgedrag, zonder dat deze controle krampachtig wordt. Dit verklaart waarom we in de preventie van verstoord eetgedrag en in het stimuleren van een normale ontwikkeling inzetten op deze competenties.

5.4.1. Eetbuien

Eetbuien, gedefinieerd als 'de inname van een grote hoeveelheid voedsel die gepaard gaat met gevoelens van verlies van controle over het eten', kunnen worden beschouwd als een symptoom of, wanneer ze regelmatig optreden, als onderdeel van een syndroom zoals Boulimia Nervosa (BN) of Eetbuistoornis of Binge Eating Disorder (BED) [47]. Als er daadwerkelijk sprake is van een **eetstoornis**, is multidisciplinaire specialistische zorg aangewezen.

Bij jongeren die niet aan de diagnostische criteria voor een eetstoornis voldoen, verhoogt de aanwezigheid van eetbuien en controleverlies (een kernaspect van eetbuien, dat ook kan voorkomen zonder dat er een grote hoeveelheid voedsel wordt gegeten) het risico op o.a. overgewicht, verhoogde eetstoornispsychopathologie en psychosociale problemen. Het opsporen en behandelen van eetbuien (en controleverlies), voordat een eetstoornis ontstaat, kan dus een preventieve maatregel zijn [133].

De **prevalentie van eetbuien** en/of controleverlies bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas varieert sterk van studie tot studie. Uit een onderzoek bij 350 Vlaamse kinderen en jongeren (8-18 jaar) met overgewicht of obesitas bleek dat 25,7% controleverlies rapporteerde over het eetgedrag [134]. In een meta-analyse van 36 studies varieerde de prevalentie van eetbuien en/of controleverlies over eten van 0 tot 60,0% [43]. De totale prevalentie van eetbuien/controleverlies over eten werd geschat op 26,3%, met 22,2% voor eetbuien en 31,2% voor controleverlies over eten [43].

De **relatie tussen eetbuien en obesitas** is complex: de twee problemen hebben een onderlinge wisselwerking en kunnen elkaar versterken. Eetbuien zijn een risicofactor voor de ontwikkeling van obesitas en kunnen de behandeling ervan bemoeilijken. Omgekeerd kunnen overgewicht en obesitas ook het risico op eetbuien vergroten (door bv. stigmatisering, lichaamsontevredenheid, ... als triggers voor eetbuien). Lijngerichte behandelingsstrategieën voor obesitas kunnen op hun beurt de eetbuiproblemen verergeren [50, 43, 44].

De **behandeling van eetbuien** maakt deel uit van het totale behandelplan en kan volgende aandachtspunten omvatten:

- **Eerst overgewicht of eetbuien aanpakken?** [135]
Over het algemeen luidt het advies om eerst de eetbuien aan te pakken en pas nadien het eventuele overgewicht [50] [136]. In de praktijk zal voor beide klachten eenzelfde prioritaire aanpak gebruikt worden, namelijk werken aan een regelmatig en normaal eetpatroon (**versterken gezond eetgedrag via eetcompetenties**). Daarnaast kan gewerkt worden rond de afname van foutieve cognities rond voeding en lichaamsgewicht [105].
- **Behandelingsstrategieën** die streng lijnen aanmoedigen (fysieke honger en een gevoel van deprivatie kunnen triggers zijn voor eetbuien) of de consumptie van bepaalde voedingsmiddelen verbieden, worden sowieso best vermeden [50].
- **Eetdagboek** [135]
Naast normaliseren van het eetgedrag is een eetdagboek een belangrijke stap in de behandeling van eetbuien. Het eetdagboek geeft de jongere feedback over wat en wanneer hij eet, en hoe dat voelt. Het kan de jongere helpen om beter naar zijn lichaam te luisteren en bewuster te eten. Het kan de jongere ook helpen bij het afstemmen op wat de eigen groei vraagt (eetcompetentie **'genoeg'**). Het leren herkennen van honger- en verzadigingsgevoelens is een belangrijk wapen in de aanpak van overeten en eetbuien [38, 11]. Via het eetdagboek leert de jongere ook triggers identificeren voor controleverlies en eetbuien.

Een voorbeeld van een eetdagboek vind je hier (adolescenten en volwassenen): [digitaal](#) of [print](#)

Instructies voor het invullen van het eetdagboek vind je [hier](#).

- **Psycho-educatie** [135] rond:
 - de mogelijke nadelige gevolgen van de eetbuien voor het lichaam: uitrekking van de maagwand, maagzweer door constante prikkeling van het maagslijmvlies, darmklachten (krampen, diarree, constipatie), ... [11];
 - de vicieuze cirkel van lijngedrag en daaropvolgende eetbuien. Hierbij kan het belang van een regelmatig maaltijdenpatroon benadrukt worden, waardoor honger en deprivatie (triggers voor eetbuien) vermeden worden.
- **Leren omgaan met triggers** [135]
Ga na welke de typische triggers zijn van eetbuien bij de jongere. Een eetdagboek kan hierin duidelijkheid geven. Naast de soorten triggers, is het ook belangrijk om na te gaan hoe de jongere **reageert** op de trigger en de eetbui. Wat zijn de gevolgen? Welke gevoelens en gedachten spelen?

Op basis van deze informatie kan er ingezet worden op **strategieën** voor verandering [11]:

- in de beginfase: waar mogelijk triggers vermijden; nadien wordt ingezet op het leren omgaan met triggers i.p.v. ze te vermijden;
 - triggers leren opvangen:
 - alternatieven zoeken en veiligheidsinbouwen;
 - gedachten die de eetbui initiëren leren veranderen;
 - leren om de drang om te eten te hanteren;
 - noodplan maken;
 - veranderen van de reactie als de jongere toch een eetbui krijgt.
- **Gezonde leefstijl**.

5.4.2. Lijngericht eten

Lijngedrag komt vaak voor in de adolescentiefase. Het is een manier om te experimenteren en de identiteit te verkennen. Uit Vlaamse cijfers blijkt dat adolescenten met overgewicht of obesitas de hoogste cijfers tonen m.b.t. lijngedrag: tussen 27% en 45% stelt daadwerkelijk lijngedrag, nog eens 41-49% is van mening dat lijnen wenselijk is [42]. Dit diëten of lijnen uit zich vaak in een te sterke reductie van het aantal dagelijks geconsumeerde calorieën. Deze zelfopgelegde restrictie zorgt ervoor dat de jongere niet meer vertrouwt op signalen van honger en verzadiging, maar cognitieve controle uitvoert over het eetgedrag [44].

Elke restrictie op eten, die gedeeltelijk of geheel **als doel heeft om lichaamsgewicht te verliezen** of een ander figuur te verkrijgen, wordt beschouwd als lijnen [50]. Kenmerkend voor streng of rigide lijnen zijn de zeer specifieke dieetregels en ook het zwart-wit denken, waarbij zaken in extreme termen worden aanzien: eten is 'goed' of 'slecht'; of er wordt naar zichzelf gekeken als 'iemand die succesvol is' of 'iemand die faalt' [137, 50]. Deze zwart-wit-kijk kan resulteren in een schuldgevoel wanneer niet voldaan wordt aan de strikte dieetregels, wat op zijn beurt kan resulteren in compensatiegedrag of eetbuien. Streng of extreem lijngedrag wordt als een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van een eetstoornis beschouwd.

Er zijn **verschillende manieren** waarop jongeren streng en extreem kunnen 'lijnen' [50, 118]:

- eten langdurig uitstellen: dit kan variëren van enkele maaltijden overslaan tot enkele dagen aan één stuk door vasten;
- beperken van de totale hoeveelheid voedsel die gegeten wordt: vaak wordt een 'calorielimiet' gehanteerd, die beduidend lager ligt dan wat de jongere daadwerkelijk nodig heeft;
- bepaalde voedingsmiddelen vermijden: bv. omdat die als "dikmakers" beschouwd worden of omdat die in het verleden eetbuien hebben uitgelokt.

De behandeling van jongeren met extreem of rigide lijngedrag omvat volgende elementen [135]:

- De belangrijkste stap in het stoppen van lijngedrag is het **normaliseren van het eetpatroon**. Werken aan gezond eetgedrag door het **versterken van de 4 eetcompetenties** zal automatisch bijdragen aan het doorbreken van de vicieuze cirkel van het lijnen.
- Bijkomende **psycho-educatie rond de nadelige effecten van lijnen** kan aanbevolen zijn, stem dit af op het stadium van gedragsverandering en de leeftijd van de jongere [81]. Mogelijke nadelige effecten van lijnen:
 - Negatieve lichamelijke gevolgen van het diëten: nutriëntentekorten, weinig energie, afname spiermassa, flauwvallen, ...
 - Negatieve psychologische veranderingen door het diëten: mogelijke obsessie door alles wat met voedsel te maken heeft; verminderde interesse in andere zaken; vermijden van sociale contacten, met risico op sociaal isolement; toename prikkelbaarheid en vermoeidheid; snelle afname van het concentratievermogen en geheugen; depressieve stemming; sombere toekomstblik; ...
 - Negatieve effecten op sociaal leven (o.a. door het vermijden van sociale contacten);
 - Vasten veroorzaakt een soort 'craving-reactie' in het lichaam, een sterke, oncontroleerbare drang naar zoete en calorierijke spijzen. Diëten leidt bij velen dus tot eetbuien;
 - Mogelijke gewichtstoename op lange termijn.

Ter ondersteuning kan de educatieve fiche '**De mythe van het lijnen**' gebruikt worden.

Meer verdiepende informatie over lijnen, vind je [hier](#).

5.4.3. Emotioneel eten

Bij emotioneel eten is de emotieregulatie vaak ontregeld en worden door het kind of de adolescent allerlei strategieën aangewend om bv. negatieve emoties te onderdrukken. Door ontwikkelingsprocessen reageren jongeren impulsiever en emotioneler, hierdoor neemt emotioneel eten toe tijdens de adolescentie.

Bij een vermoeden van emotioneel overeten, wordt aanbevolen om als diëtist eerst af te toetsen of er ook sprake is van controleverlies. Als er effectief sprake is van controleverlies, is een multidisciplinaire aanpak aangewezen. Wanneer er geen sprake is van controleverlies, kan de diëtist in de behandeling eventueel inzetten op emotieregulatie. Om dit te kunnen inschatten optimaal te kunnen integreren in te behandeling, is het goed om verder inzicht te verwerven in het emotioneel eetgedrag [132].

Om verder inzicht te verwerven in het emotioneel eetgedrag, kan er naast enkele algemene vragen (hoe vaak? Wanneer begonnen? Wat wordt er gegeten? Context?) en een eetdagboek, ook ingezet worden op een ABC-analyse [132]:

- De **A** staat hierbij voor '**antecedenten**', wat er aan het emotioneel eetmoment voorafgaat (bv. dinsdag 11u: alleen op kot, geen les, studietijd, deadlines, ... Ik heb geen zin om te beginnen, zo moeilijk en zo een saaie opdracht').
- De **B** staat voor '**behaviour**' en hier dus 'wat er gegeten wordt' (bv. een chocoladewafel).
- De **C** staat voor '**consequentie**' (bv. faalgevoel: "pff. Ik had eigenlijk al een tussendoortje gegeten.").

Op basis van deze informatie kan de diëtist inschatten of het eerder over **diffuse emoties** (moeilijk definieerbaar: frustratie, twijfel, verloren gevoel, ...) of **heftige emoties** gaat, of er alsnog sprake is van controleverlies en of er een link is tussen emoties en eetgedrag. Deze elementen dragen bij tot een behandelplan op maat.

Als er sprake is van diffuse emoties (de emoties zijn niet te heftig, er is geen onderliggende problematiek), waarbij emotioneel eten een **gewoonte** is, kan worden ingezet op stimuluscontrole (eten op vaste plaatsen en tijden), het leren herkennen van diffuse emoties (over welke emotie gaat het precies) en het aanleren van adaptieve strategieën i.p.v. emotioneel eten: bv. sporten, afleiding, expressie, ... Indien nodig kan ook extra ondersteuning vanuit de context worden ingeschakeld, of verwezen worden naar ondersteunende organisaties.

Als er sprake is van specifieke en heftige emoties, waarbij emotioneel eten méér is dan een ongezonde gewoonte en er mogelijk een **onderliggende problematiek** gaande is, wordt er niet direct aan de slag gegaan met emotieregulatie. Er wordt verder onderzoek verricht, en het behandelplan wordt aangepast in functie van de resultaten van deze verdere verkenning. Eerst wordt nagegaan wat de impact is op het dagelijks functioneren en of er een netwerk is. Goede strategieën worden bekrachtigd: bv. expressie van emoties (waarbij het netwerk ook een belangrijke rol speelt).

Als er nood is aan intensieve emotieregulatietraining of andere psychologische ondersteuning kan de jongere worden verwezen naar extra ondersteuning door psycholoog.

5.4.4. Extern eten

Kinderen en volwassenen kunnen individuele verschillen vertonen in de manier waarop ze omgaan met eetprikkelers en welke prikkels eetgedrag uitlokken. Zogenaamde 'externe eters' laten zich leiden door externe verleidelijke voedselprikkelers als geur, zichtbaarheid en smakelijkheid van voedsel en tijdstip van de dag, in tegenstelling tot interne prikkels van honger en verzadiging. Externe eters eten als er eten is, ook als zij net gegeten hebben [138]. Dit vormt een uitdaging voor de **eetcompetentie 'genoeg'**. In het algemeen komt deze eetstijl het meest voor in de kindertijd, in vergelijking met andere eetstijlen (emotioneel eten, lijngericht eten) [139].

De eetstijl op zich vormt geen probleem, maar uitgesproken vormen kunnen kaderen in de ontwikkeling van overgewicht en obesitas. De behandeling wordt dan best afgestemd op de aanwezigheid van deze eetstijl, met bv. meer nadruk op **werken aan de eetcompetentie 'genoeg'**. Psycho-educatie rond de mogelijke aanwezigheid van de eetstijl kan eveneens deel uitmaken van de behandeling.

Een tool die gebruikt kan worden om eetstijlen in kaart te brengen is de Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag bij kinderen (NVE-K) voor kinderen van 7 tot 12 jaar; bij kinderen ouder dan 12 jaar kan de Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE) gebruikt worden. Zie '**Is het eetgedrag verstoord?**' voor meer informatie.

6. Opvolging

6. Opvolging

6.1. Monitoring en evaluatie

Nadat een geïndividualiseerd **behandelplan** werd opgesteld en uitgevoerd, wordt na verloop van tijd de reactie op de behandeling en de gevolgde werkwijze geëvalueerd:

- de diëtist **verzamelt nieuwe en relevante gegevens** (zie **diëtistisch onderzoek**);
- de diëtist **evalueert deze gegevens** samen met het kind/de adolescent en eventuele zorgfiguren;
- de diëtist bepaalt samen met het kind/de adolescent en de zorgfiguren **in hoeverre de gestelde behandeldoelen werden behaald**;
- de diëtist gaat na of het kind/de adolescent en eventuele zorgfiguren de **geleverde voorlichting ontvangen en begrepen** hebben en welke mogelijke **barrières** er bestaan ten aanzien van het behandelplan.

Het **behandelplan**, de **behandeldoelen** en de **behandeling** worden op basis van deze bevindingen waar mogelijk bijgesteld, voortgezet of afgesloten. De bevindingen worden, indien mogelijk, besproken met het interdisciplinaire behandelteam en in het cliëntendossier gedocumenteerd.

De diëtist rapporteert volgende bevindingen:

- wijzigingen in de perceptie, waarden en motivatie van het kind/de adolescent ten aanzien van de behandeling;
- eventuele wijzigingen in het behandelplan of behandeldoelen;
- eventuele doorverwijzing naar andere hulpverleners of residentiële zorg;
- stopzetting van de behandeling.

6.1.1. Welke parameters worden best opgevolgd?

Het primaire behandelgoal bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas is **gezondheidswinst via een gezonde leefstijl**, en gewichtscontrole op basis van deze leefstijl (zie **Focus op gezondheid vs gewicht**).

De belangrijkste parameters om op te volgen tijdens de diëtistische behandeling zijn dus rechtstreeks gelinkt aan het werken aan **gezonde leefstijl**. Er zal hoofdzakelijk gewerkt worden aan de pijler 'evenwichtig eetgedrag', bijkomend kunnen ook beweeggedrag, slapen, emotieregulatie en lichaamsbeeld aan bod komen. De (kleine haalbare) doelen die gezamenlijk met de jonge cliënt geformuleerd werden rond deze pijler(s), worden tijdens de opvolgconsultatie besproken en waar mogelijk bekrachtigd en/of bijgesteld. Satter beveelt bij het evalueren van interventies rond eetgedrag aan om de eetcompetentie van kinderen te evalueren en op te volgen [28]. Als er sprake is van verstoord eetgedrag, kan ook hier op geleide van de gezamenlijk geformuleerde behandeldoelen een evaluatie plaatsvinden.

Het **lichaamsgewicht** wordt als parameter op regelmatige basis opgevolgd en geregistreerd om de voortgang in kaart te brengen, naast evaluatie van de eetcompetenties en andere indicatoren van gezonde leefstijl en verstoord eetgedrag.

6.1.2. Hoelang duurt de opvolging?

Niet alle geraadpleegde richtlijnen geven adviezen over de ideale duur van de leefstijlinterventie bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas. De richtlijnen die wel een aanbeveling doen, adviseren een duur van **minstens 6 maanden** (of 26 weken) [7, 8, 107]. Gedragsverandering verloopt niet bij elke jongere op hetzelfde tempo. De duur van de opvolging wordt bijgevolg best individueel bepaald, op basis van het verloop van de behandeling en het behalen van de initieel geformuleerde behandeldoelen.

Het wordt aanbevolen om na de initiële behandeling de jongeren een **onderhoudsinterventie** te laten doorlopen, waarbij de duur van de onderhoudsinterventie minimaal 1 jaar is. De onderhoudsinterventie sluit aan bij de initiële behandeling, waarbij kan gewerkt worden aan probleemoplossende vaardigheden, (psycho-)educatie rond gevorderde thema's, preventie van terugval ... [8].

De kans op terugval of herval is reëel, een behandeling kan steeds worden **heropgestart of geïntensifieerd** op basis van de noden van het kind of de adolescent.

De in België geldende terugbetaling voor diëtisten voorziet een behandel- en onderhoudstermijn van 2 jaar.

6.1.3. Wanneer is een behandeling succesvol?

Er zijn geen evidence-based criteria voor succes bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas in de groei [8, 140]. In sommige richtlijnen worden gewichtscriteria gehanteerd (bv. bij uitgegroeide adolescenten), maar deze zijn steeds gebaseerd op experten opinie [6, 8, 140]. Naar analogie met de ernstinschatting (EOSS-P) voorafgaand aan de behandeling, is het ook bij de evaluatie van succes belangrijk om de brede gezondheidswinst in overweging te nemen en dus niet louter en alleen te kijken naar gewichtsevolutie.

Gezondheidswinst d.m.v. een langdurige gedragsverandering staat centraal. In die zin zou 'succes' of 'herstel' gedefinieerd kunnen worden als een gedragsverandering binnen die domeinen die nodig zijn om de gezondheid te verbeteren: eetgedrag, beweeggedrag, slapen, emotieregulatie, lichaamsbeeld. Het luik 'werken aan evenwichtig eetgedrag' staat centraal in de diëtistische behandeling.

Satter definieert 'succes' van de diëtistische behandeling bij kinderen met overgewicht niet als de kwaliteit van het dieet of als het bereiken van een streefgewicht. Ze raadt aan om succes te definiëren in termen van de eetcompetentie van de kinderen en adolescenten [28].

6.2. Terugval en terugvalpreventie

6.2.1. Wat is terugval?

Het behandelen van overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten vraagt vaak een doorgedreven leefstijlaanpassing en gedragsverandering, waarbij oude gewoontes doorbroken worden. Het opbouwen en automatiseren van nieuwe gewoontes is een proces van lange duur, waarbij bepaalde uitlokkende factoren kunnen doen teruggrijpen naar gedrag dat het langst geleerd is [4].

Er is echter een onderscheid tussen een terugval en een herval. Bij terugval gaat het om een kort teruggrijpen naar vroeger (symptoom)gedrag op een moment van druk. Herval gaat veel verder dan terugval, waarbij vroeger symptoomgedrag opnieuw de overhand krijgt.

Meer info over terugval vs herval kan je [hier](#) terugvinden.

6.2.2. Terugvalpreventieplan

Diëtisten kunnen kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas helpen om herval te voorkomen, door hen voor te bereiden op een mogelijke terugval [8]. De diëtist identificeert samen met de jonge cliënt (en/of zorgfiguren) zogenaamde 'uitlokkers', helpt de jongere om vroege voortekenen van terugval te herkennen en helpt om strategieën te vinden die bij hoog-risico situaties en bij vroege voortekenen kunnen helpen. Een terugvalpreventieplan kan daarbij helpen [141, 4].

Identificeren van uitlokkers

'**Uitlokkers**' zijn specifieke uitlokkende factoren of hoog-risico-situaties die de aanloop kunnen vormen naar het terugvalproces. Voorbeelden zijn: negatieve emoties, interpersoonlijke conflicten, stressvolle schoolsituaties, vakanties, 'mislukkingen', opmerkingen over lichaamsgewicht of uiterlijk, schokkende gebeurtenissen, ontbreken van dagelijkse structuur, ... [141].

Na het identificeren van deze uitlokkers samen met de jonge cliënt, wordt nagegaan hoe de uitlokkers kunnen voorkomen worden of hoe er met de uitlokkers kan worden omgegaan. Omgaan met uitlokkers kan betekenen dat er tijdelijk wat wordt beveiligd met wat meer structuur (maaltijdplan), bijkomende stress-regulatie, wat meer sociale contacten, ... [141].

Voorbeelden van **acties bij uitlokkers** [141]:

- Acties die gericht zijn op het **vermijden** van een 'uitlokker':
 - Sociale mediakanalen vermijden;
 - Contacten of situaties die moeilijk zijn tijdelijk vermijden.
- Acties die gericht zijn op '**actieve coping**' met potentiële uitlokkers:
 - Een plan opstellen om ook tijdens een vakantie voldoende structuur in het eet- en beweegpatroon te brengen;
 - Steunfiguren aanspreken: berichtje sturen bij moeilijke momenten, iemand opbellen...;
 - Ontlading zoeken na school;
 - Lijst met alternatieven opmaken en deze toepassen;
 - Veiligheden inbouwen: bv. pannen van tafel, niet alleen in de keuken blijven, restjes weggoien, ...

Herkennen van vroege voortekenen

'**Vroege voortekenen**' zijn gevoelens, gedachten, gedragingen en lichamelijke signalen die geleidelijk steeds meer en sterker zichtbaar worden in de aanloop naar een terugval, wanneer er geen effectieve acties ondernomen worden [141]. In de context van eetstoornissen worden vroege voortekenen ingedeeld in vijf categorieën, deze indeling kan ook als leidraad gebruikt worden bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas:

1. **Eetgedrag:** veranderingen in de 4 eetcompetenties bv. (irrationele) gedachten rond eten, geen structuur meer in het maaltijdenpatroon, niet meer luisteren naar honger- en verzadigingssignalen, minder gevarieerd eten, ...
2. **Bewegingspatroon:** minder gaan sporten, toename van sedentair gedrag,
3. **Lichamelijk functioneren:** slecht slapen, fysieke klachten die zich opnieuw manifesteren: kortademigheid, pijnlijke gewrichten, apneu,
4. **Psychologisch functioneren:** negatievere zelfwaardering, negatieve 'self- en bodytalk', piekeren, ...
5. **Sociaal functioneren:** conflicten met omgeving rond eten, vermijden van situaties waarin gegeten wordt, sociaal isolement, ...

Voorbeelden van **acties bij vroege voortekenen:**

- Spreek af dat de jongere goed zijn eetstructuur volgt, zorgt voor een blijvende goede variatie en afstemt op de porties die passen bij zijn groeinoden.
- Bereid met de jongere een buitenkom-agenda voor: met wie ga ik wat wanneer doen?
- Help de jongere een alternatievenlijstje opstellen voor opvangen van moeilijke emoties.
- Maak met de jongere een planbakje voor 'krachtige momenten': Jongeren met overgewicht hebben veel kracht. Help de jongere ontdekken waar kracht van pas komt: van de scouts tot paardrijden of tuinwerk.
- Spreek af dat de jongere op vaste tijdstippen gaat slapen; bespreek het avondritueel.
- Help jongeren omgaan met sociale media: hoeveel tijd max., welke kanalen of websites wel/niet, waar op de pc, ...

Wat te doen bij terugval?

Indien er zich een terugval voordoet is het belangrijk om aan de jonge cliënt en zijn zorgfiguren de terugval te kaderen als een **normaal onderdeel van herstel**. 'Terugval gaat vaak samen met grote stappen vooruit'. Help de jongere om tussenstappen te vinden. Bekijk ook samen wat er al werd ondernomen en wat werkte (eigen krachten van de jongere mobiliseren). Vervolgens kan beroep gedaan worden op het terugvalpreventieplan om te bepalen welke acties er eerst zullen genomen worden.

Meer informatie rond 'wat te doen bij terugval?' is terug te vinden in het **eerstelijnsdraaiboek**.

6.3. Informatieoverdracht

Voor het verzekeren van de continuïteit en de kwaliteit van diëtistische zorg, is de overdracht van éénduidige informatie tussen de diëtist en andere hulpverleners en tussen de diëtist en de jonge cliënt cruciaal, zowel mondeling als schriftelijk (zie **Interdisciplinair samenwerken**).

Bij de gegevensuitwisseling wordt rekening gehouden met de wettelijke kaders (Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) of General Data Protection Regulation (GDPR)) en het medisch beroepsgeheim. Dit impliceert o.a. dat specifieke toestemming van de jongere en/of ouders voor het uitwisselen van informatie noodzakelijk is (deze toestemming wordt doorgaans al tijdens de **kennismakingsfase** besproken/gegeven).

6.3.1. Inhoud rapportage

Een uitgebreide rapportage van het diëtistisch consult omvat:

- Persoonsgegevens jongere
- Verwijzing: verwijzende arts of andere verwijzer, verwijzreden
- Resultaten van het **diëtistisch onderzoek**:

Diëtistische onderzoek - voedingsanamnese	
Voedingsanamnese	voedingssamenstelling en -gewoonten, voedingsbehoefte, voedingsgewoonten, eetgedrag, aan voeding gerelateerde klachten
Diëtistisch onderzoek - antropometrie	
Antropometrie	lengte, gewicht(sevolutie), BMI, groeicurven
Diëtistisch onderzoek - diëtistische anamnese	
Medische gegevens	medische diagnose, medische behandeling, prognose, relevante medicatie
Biochemische gegevens	laboratoriumanalyses: bv. bloedwaarden
Relevante onderzoeken	gerelateerd aan voedingsklachten: bv. gastroscopie
Dagstructuur en activiteitenpatroon	sport- en beweegpatroon, sedentair gedrag, schermtijd, slaappatroon
Psychosociale gegevens	opleiding, school, leefomgeving (ouderlijke voedingsstijl), hobby's, ...
Motivatie	hulpvraag, verwachtingen en motivatie van de jonge cliënt

- **Diëtistische diagnose**
- **Diëtistische behandeling**: de behandeldoelen, persoonlijk behandelplan, gebruikte voorlichtingsmateriaal en de uitgevoerde diëtistische behandeling(en).
- **Evaluatiemomenten**: data, relevante wijzigingen aan het behandelplan
- Indien relevant: eventuele nood tot opvolging, **terugvalpreventieplan** en eventueel voedingsadvies

In de praktijk zal bij het opmaken van een informatiebrief aan een andere collega of hulpverlener, een **verkorte versie** worden opgemaakt, waarin enkel de strikt noodzakelijke en relevante informatie wordt opgenomen. Een arts beschikt bv. al over de (bio)medische gegevens van de jongere. In de verkorte versie ligt vaak de nadruk op de diëtistische diagnose en de diëtistische behandeling (behandeldoelen, behandelplan, behandeling).

Op welke manier informatie gedeeld wordt en overlegd wordt, kan sterk verschillen naargelang praktijkorganisatie, netwerk en beschikbare tijd.

7. Samenwerking

7. Samenwerking

7.1. Interdisciplinair samenwerken

Gezien overgewicht en obesitas zowel fysieke, sociale als psychologische implicaties hebben, is samenwerking tussen verschillende disciplines noodzakelijk, zowel in de inschattingsfase als tijdens de behandelingsfase. De meerwaarde van een interdisciplinair team zit in een combinatie van kennis, vakmanschap, onderlinge ondersteuning en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. De samenstelling van het team kan variëren naargelang de individuele problematiek en beschikbare zorgverlening. Voor een optimale zorgverlening bestaat een behandelteam uit een medicus (huisarts, kinderarts), een diëtist, een bewegingsdeskundige of kinesitherapeut en een klinisch psycholoog (psychiater, klinisch orthopedagoog) [5, 6, 7, 8]. Bij sommige cliënten kan het team uitgebreid worden met een geneesheer-specialist, psychomotorische therapeut,

Via de [Eetexpert-verwijstool](#) kan de diëtist hulpverleners uit een specifieke discipline terugvinden die werkzaam zijn in de buurt van de patiënt.

Waar mogelijk worden ondersteunende figuren (ouders, mantelzorgers, partners, ...) ingeschakeld (zie [Samenwerking met naasten](#))

7.1.1. Rol van de diëtist

De diëtist maakt standaard deel uit van het interdisciplinaire behandelteam dat instaat voor de zorg van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas. De diëtist heeft als lid van het interdisciplinaire team een belangrijke functie op vlak van probleemverkenning en inventarisatie ([diëtistisch onderzoek](#)), [diëtistische behandeldoelen](#) en [behandeling, monitoring en evaluatie](#) [9, 10, 11].

De diëtistische begeleiding van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas kenmerkt zich door het (herhaaldelijk) doorlopen van een aantal fasen: het diëtistisch onderzoek, de diëtistische diagnose, de diëtistische behandeling en de evaluatie. Tijdens deze verschillende fasen vervult de diëtist een begeleidende, adviserende, motiverende en coachende rol [22]. Motivatieversterkend en groeigericht werken zijn topics doorheen alle fasen van de begeleiding. De verschillende fasen worden aangepakt in een werkstijl die autonomie, verbondenheid, en competenties van de jongere versterken [23].

Probleemverkenning en inventarisatie

De diëtist is vaak de eerste contactpersoon van de jonge cliënt (of de ouders) die hulp wenst rond zijn of haar gewicht. Er is een belangrijke rol weggelegd voor de diëtist in het motiveren van het kind en de ouders (of andere zorgfiguren) om, indien nodig, andere disciplines te consulteren.

Een ondersteuningsfiche 'Multidisciplinaire samenwerking voorstellen aan je cliënt', vind je [hier](#).

De diëtist voert een [diëtistisch onderzoek](#) uit, waarin gegevens worden verzameld rond antropometrie (gewichtsevolutie, groeicurven, ...), medische gegevens (comorbiditeiten, medicatie, ...), voeding en eetgedrag, fysieke activiteit, slaap, motivatie, psychosociale factoren, omgevingsfactoren, ... en formuleert vervolgens een diëtistische diagnose [2, 9, 11].

Al van bij het begin is de diëtist [motivatieversterkend](#) aan het werk: tijd maken om in te voegen in het leven van het kind of de adolescent en de naasten, actief bevragen van de veranderwens, versterken van al aanwezige motivatie en dat alles in een groeibevorderende werkstijl die de basisnoden van het kind of de adolescent versterkt (autonomie, verbondenheid en competenties) [12, 13].

De diëtist kan betrokken worden in de [screening en multidisciplinaire bespreking](#) van adolescenten die al dan niet in aanmerking komen voor een bariatrische ingreep [8, 14].

Diëtistische behandeldoelen en behandeling

De diëtist formuleert, op basis van de gegevens uit het diëtistisch onderzoek en de diëtistische diagnose, in overleg met het kind of de adolescent, de ouders en indien mogelijk het interdisciplinaire behandelteam, realistische en haalbare diëtistische behandeldoelen en stelt een individueel behandelplan op [2].

Monitoring en evaluatie

De geformuleerde diëtistische behandeldoelen en/of behandeling worden door de diëtist op regelmatige basis geëvalueerd en bijgesteld, in overleg met het kind of de adolescent/de ouders en het interdisciplinaire behandelteam [9].

Hulpbron voor andere disciplines

De diëtist kan binnen het interdisciplinaire behandelteam een aanspreekpunt zijn voor de andere betrokken disciplines voor vragen rond de voedingszorg voor kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas in het algemeen of bij een specifieke cliënt (indien de cliënt hiertoe zijn toestemming geeft) [10].

7.1.2. Rol van de andere teamleden

Rol van de huisarts

Bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas kan het lichamelijk functioneren in belangrijke mate verstoord zijn, waardoor er een verhoogd risico bestaat op comorbiditeiten. Een goede (somatische) **screening en medische opvolging** door de arts is dan ook van cruciaal belang bij de behandeling. De arts zorgt daarbij eveneens voor de medicamenteuze opvolging van comorbiditeiten, waarbij aandacht besteed wordt aan het al dan niet obesogene karakter van de medicatie. Tot slot wordt de arts ingeschakeld in het kader van (het overwegen van) bariatrische chirurgie [15].

Verder is de arts een **belangrijke schakel in de interdisciplinaire samenwerking**. De arts heeft mogelijk al een vertrouwensrelatie met het kind/de adolescent/de ouders opgebouwd en is vaak de eerste contactpersoon voor gezondheidsgerelateerde problemen. De arts kan coördinator zijn van de interdisciplinaire samenwerking, waarbij deze – gezien het levenslang contact met de jonge cliënt – de aangewezen persoon is voor het bewaken van de continuïteit van het zorgtraject [5, 8, 16].

Rol van de bewegingsdeskundige of kinesitherapeut

De bewegingsdeskundige en kinesitherapeut kunnen kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas begeleiden in het opbouwen van een actievere leefstijl. Beweging bevordert de algemene gezondheid, zowel fysiek als psychologisch. Het helpt bovendien om behaalde gezondheids- en gewichtresultaten te behouden.

Alvorens de behandeling te starten, wordt een **screening** uitgevoerd door de bewegingsdeskundige of kinesist. Deze klinische evaluatie heeft als doel [17]:

- het opsporen van potentiële beperkingen of moeilijkheden bij de deelname aan de oefeningen;
- de verificatie van medische veiligheid van de deelname aan de oefeningen; en
- het evalueren van gezondheids- en activiteitsparameters zoals: hoeveelheid fysieke activiteit, lichaams-samenstelling, fitheid (uithoudingsvermogen, spiersterkte).

Op basis van deze screening wordt een **individueel behandelplan** opgesteld, op maat van de jonge cliënt. Bij overgewicht en obesitas wordt aanbevolen om enerzijds sedentair gedrag te beperken en anderzijds meer lichaamsbeweging (met handhaving van medische veiligheid) in te bouwen in het dagelijkse leven [14]. Cruciaal is het **volhouden** van de actievere leefstijl. Een motiverende stijl aannemen, positief bekrachtigen en oefeningen voorschrijven die leuk, plezierig, gevarieerd en niet te moeilijk zijn, kunnen hierbij helpen [17].

Daarnaast kan begeleiding op maat nodig zijn door een hulpverlener met expertise in bewegings- en gewichtsgerelateerde comorbiditeiten. Hierbij denken we aan **aangepaste begeleiding** bij osteoartritis, gewrichtspijnen, immobiliteit van de gewrichten, (chronische) vermoeidheid, functionaliteitsverlies, kortademigheid, hypertensie, type 2-diabetes, hartziekten of astma.

Rol van de klinisch psycholoog

De klinisch psycholoog (of psychiater, klinisch orthopedagoog) met bekwaamheid in eet- en gewichtsproblemen kan een grondige **psychosociale anamnese** uitvoeren om zicht te krijgen op de achterliggende problematiek, het algemeen functioneren en welbevinden van het kind of de adolescent [14]. Hij/zij kan een eventuele eetstoornis of psychische risicofactoren voor de ontwikkeling ervan detecteren en een inschatting maken van de ernst van het eetprobleem. Verder wordt een inschatting gemaakt van de motivatie van de patiënt, aangezien de bereidheid tot verandering van gedrag en leefstijl een cruciale factor is in het verdere behandelverloop [14, 15].

Omdat bij de aanpak van overgewicht en obesitas gedragsverandering centraal staat, kan samenwerking met klinisch psychologen een meerwaarde geven:

- **Motivatieversterking;**
- Bij de aanwezigheid van **eetproblemen** heeft de psychologische discipline een cruciale rol. Als bij inschatting van het soort eetgedrag blijkt dat er veel lijngericht en emotioneel eten is, wordt aangeraden om een psycholoog in te schakelen. Enerzijds om te werken aan lichaamsbeleving en het verkennen van de lijngerichte preoccupaties, anderzijds bij de emotionele eters om te werken aan het coping repertoire en bijkomend te investeren in andere emotieregulatiestrategieën [18].
- **Cognitieve gedragstherapie** wordt, met name bij kinderen en adolescenten met obesitas met een sterk verhoogd of extreem verhoogd gewichtsgelateerd risico, aanbevolen [8]. Het opnemen van componenten van cognitieve gedragstherapie kan de therapietrouw bevorderen [15].
- Ook bij **andere psychische klachten** is de inbreng van een psycholoog soms aangewezen, onder andere bij depressieve klachten of ernstige stemmingsuitwisselingen, een negatief zelfbeeld, verstoord lichaamsbeeld, angsten en vermijdingsgedrag, sterke stigmatisering of sociaal isolement [14, 15]
- Een psycholoog speelt een belangrijke rol bij de **multidisciplinaire screening** van een potentiële kandidaat voor bariatrische chirurgie. De psycholoog screent op de eventuele aanwezigheid van een onderliggende psychologische aandoening/stoornis en de ernst ervan, alsook het vermogen van de adolescent (compliance) voor het doen slagen van het bariatrisch traject [14].

Een **eerstelijnspsycholoog** kan, naast het begeleiden van de patiënt, een belangrijke rol spelen als “back office” advisering aan huisartsen, diëtisten, kinesitherapeuten of bewegingsdeskundigen..., ook zonder daarom direct patiëntencontact te hebben. De psycholoog kan teamleden adviseren rond hun motiverende en oplossingsgerichte tussenkomsten [15].

Voor meer informatie omtrent de taakinvoering van de eerstelijns psychologische functie, contacteer Eetexpert: secretariaat@eetexpert.be of raadpleeg het eerstelijnsdraaiboek.

Rol van de geneesheer specialist

Bij **ernstige medische complicaties of bij ernstige comorbiditeit** is het aangewezen de jonge cliënt te verwijzen naar een geneesheer-specialist: pediater [6], psychiater, endocrinoloog, pneumoloog (slaapapneu), cardioloog, orthopedist, ... [14].

Indicaties voor verwijzing naar een pediater of andere specialist [6]:

- (Vermoeden van) een ziekte als oorzaak van de obesitas;
- Obesitasgerelateerde aandoening:
 - verminderde glucozetolerantie, diabetes type 2;
 - stoornissen in het vetmetabolisme;
 - hypertensie;
 - leververvetting;
 - slaapapneu.
- Ernstig/zorgwekkend overgewicht

Rol van de cliënt

Het is essentieel dat de jonge cliënt (mee) **aan het stuur blijft** van zijn eigen herstelproces (voor zover de leeftijd dit toelaat, meer informatie hieromtrent zie: **Vanaf welke leeftijd wordt de jongere zelf betrokken?**). Het kind of de adolescent en de ouders volgen zelf het eigen zorgtraject op en informeren de betrokken hulpverleners zo volledig mogelijk. Ze kunnen mee beslissen en mee nadenken over de aanpak van het gewichtsprobleem (zie **Behandeldoelen** en **behandelplan**).

“Ook al zou een kind door zijn context benoemd worden als ‘gewichtsprobleem’, hij of zij is geen gewichtsprobleem.”

Krachtgericht werken is de gouden standaard. Naast het eet- of gewichtsprobleem is er heel wat kracht en gezonde ontwikkeling aanwezig bij de jongere. Dit versterken is niet alleen één van de krachtigste hefboomen in herstel, het zou de weg naar herstel afremmen als hulpverleners overnemen wat kinderen zelf kunnen doen. Daarom spreekt het voor zich dat de diëtist inzoomt op wat cliënten goed doen, waar talenten en hulpbronnen liggen, en nauwkeurig be vraagt wat ze zelf al geprobeerd hebben. In een omgeving waar omstanders vooral inzoomen op wat hen onmacht geeft, op wat niet goed gaat, zien kinderen met overgewicht of obesitas onvoldoende wat zij wel goed doen en wat ‘normale’ groeithema’s zijn. Het is bijzonder versterkend als deze kinderen worden geholpen om te zien en te versterken wat ze goed aanpakken, welke deelstappen in hun herstelproces ze wel al zelf gezet hebben en hoe ze van deze stappen kunnen vertrekken om de volgende stap te zetten. Bovendien is het voor diëtisten, maar ook voor hulpverleners in het algemeen, veel makkelijker te versterken wat al ingezet werd, dan nieuw gedrag te initiëren.

Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB)

Iedere erkende school in Vlaanderen werkt samen met een centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB). Ouders, leerlingen, leraren en directies kunnen er gratis terecht bij een team van artsen, verpleegkundigen, psychologen, pedagogen en maatschappelijk werkers ... [19].

Het CLB speelt een belangrijke rol in de **vroegdetectie** van een mogelijk gewichtsprobleem. Elk kind dat schoolloopt in een erkende school in Vlaanderen of huisonderwijs volgt, is verplicht om naar het CLB te gaan voor een **systematisch contact** op de leeftijd van 3 jaar (of in de eerste kleuterklas), 6 jaar (of in het eerste leerjaar), 9 jaar (of in het vierde leerjaar), 11 jaar (of in het zesde leerjaar), en 14 jaar (of in het derde jaar secundair onderwijs) [20]. Dit systematisch contact volgt de groei op in de ruime zin. Een weging en meting van het kind of de adolescent maakt standaard deel uit van dit systematisch contact, maar er is ook aandacht voor de ruime psychosociale gezondheid van de jongere. Er is aandacht voor de psychologische en sociale groei, de gezinssituatie, leefgewoonten en het welbevinden van de kinderen en adolescenten. Men moedigt het kind of de adolescent aan om zelf met groeivragen te komen. Vroegdetectie tijdens dit systematisch contact focust op aanwezige risico-, beschermende factoren en op aanwezige signalen van eet- en gewichtsproblemen. Een tijdig inschatten van de omvang en impact ervan op het dagelijks functioneren en het tijdig aanbieden van de nodige ondersteuning en zorg laat toe het kind of de adolescent snel en adequaat te **verwijzen** voor behandeling [21].

Naast het systematisch contact, werkt het CLB **vraaggestuurd**: op vraag van de leerling, ouders of van de school [19].

Bij overgewicht/obesitas is de jongere zich vaak maar al te goed bewust van haar/zijn probleem, schaamt zich er vaak voor en heeft vaak al een hele weg afgelegd van steeds mislukte dieetpogingen. Kinderen en adolescenten met overgewicht worden gemakkelijk gepest en uitgesloten uit de vriendenkring. Naarmate de obesitas ernstiger wordt en langer aanhoudt vertonen deze kinderen en adolescenten een toenemend gevoel van minderwaardigheid, gepaard met verdriet en eenzaamheid. Het zijn vooral deze signalen en klachten die bij de jongere, de leerkracht of de ouders verwachtingen doen groeien ten aanzien van het CLB-team.

Als het kind of de adolescent zich aanmeldt bij het CLB, is dit niet per se met een rechtstreekse vraag rond eten of gewicht. Er zijn ook heel wat **vage klachten en psychologische problemen** die als ingangspoort gebruikt kunnen worden, en de CLB-medewerker alert kunnen maken voor een mogelijk eetprobleem.

Enkele praktische tips voor de diëtist rond samenwerking met het CLB:

- **Raadplegen van CLB-groei-curves**

De CLB-groei-curve kan momenteel enkel door een CLB-er geraadpleegd en geprint worden. Op vraag van de ouders of de jongere kan de curve bezorgd worden via de ouders of de jongere aan de diëtist. In de nabije toekomst start het CLB met CLB-online, wat ouders en leerlingen toegang zal geven tot onderdelen van het elektronisch dossier.

- **Contact met CLB**

Indien de diëtist, mits akkoord van de ouders of de jongere, contact wil zoeken met het CLB (bv. voor meer informatie omtrent de begeleiding of het dossier), dan kunnen de correcte contactgegevens gevonden worden op basis van de **naam van de school**. De naam van de CLB-arts is te vinden via deze [link](#).

Voor elke school heeft het begeleidend CLB een contactpersoon aangeduid. Deze CLB-contactpersoon is vaak vermeld op de website van de school en in het schoolreglement. Indien dit niet het geval is, kan de leerling of ouders deze informatie steeds aan de school vragen.

- **Rapportage van diëtist aan CLB**

Heden zijn er nog geen wegen voorzien om als diëtist direct te kunnen rapporteren aan het CLB (bv. na initiële doorverwijzing of wanneer er sprake is van drop-out). Deze informatie kan via de ouders of de jongere tot bij het CLB geraken.

Meer informatie rond de vroegdetectie en zorg door het CLB bij eet- en gewichtsproblemen is terug te vinden in het [Eetexpert-draaiboek voor CLB-medewerkers](#)

Eetexpert ontwikkelde ook volgende fiches voor het CLB om het gesprek rond de weegschaal te ondersteunen bij [kleuters](#), [lagere schoolkinderen](#) en [adolescenten](#).

Kind en gezin

Kind en Gezin maakt deel uit van **Opgroeien** en wil het recht op kansrijk opgroeien realiseren voor elke jongere in Vlaanderen en Brussel. Naast vele andere diensten en projecten, biedt Kind en Gezin een **basisaanbod voor elk gezin**, dat bestaat uit een combinatie van huisbezoeken en basisconsulten op het consultatiebureau, en dit tot het kind naar school gaat. De **momenten** zijn zo gepland dat ze aansluiten bij belangrijke veranderingen in de ontwikkeling van het kind en/of bij de aangewezen leeftijden voor vaccinaties.

Kind en Gezin wil bijdragen aan **gezonde groei en ontwikkeling** van kinderen. Daartoe zijn verschillende aspecten belangrijk: **goede eetvaardigheden** opbouwen, voldoende **bewegen**, gezond **slaappatroon**, etc. Kind en Gezin volgt de lichamelijke groei (gewicht, lengte en hoofdomtrek) van elk kind op (zie **Lichaamsgewicht – leeftijd 0-2,(5) jaar**). Het vroegtijdig opvolgen van de groei draagt immers bij tot gezondheidswinst op korte en lange termijn. Zo kan het tijdig opsporen en gepast opvolgen van afwijkingen in het groeipatroon complicaties helpen voorkomen door het tijdig opsporen van een niet optimale borstvoeding, voedingsproblemen, ziekten of beïnvloedende omgevingsfactoren. De criteria om te beoordelen of de groei geruststellend verloopt, zijn vastgelegd in samenspraak met experts.

De lichamelijke groei wordt opgevolgd aan de hand van een **elektronische groeimodule** en wordt in de bredere context van de ontwikkeling van het kind bekeken. Als diëtist kan het interessant zijn om de gegevens die Kind en Gezin registreerde omtrent de groei en ontwikkeling van het kind te raadplegen. Van zodra een kind of ouder beroep doet op de dienstverlening van Kind en Gezin, maken de medewerkers een elektronisch dossier op. De verpleegkundige en de arts noteren hierin informatie die nodig is om het kind in zijn ontwikkeling op te volgen en adviezen op maat te kunnen geven:

- resultaten van tests en onderzoeken (gehoortest, voeding ...);
- lengte, gewicht, hoofdomtrek en curves;
- ontwikkelingsonderzoek;
- vaccinaties.

Kind en Gezin laadt een samenvatting van elk **kinddossier** op in het **Vitalink**-platform. Ouders kunnen dit dossier bekijken via **My Health Viewer** (samenwerking van de ziekenfondsen en Vitalink). Indien de ouders geïnformeerde toestemming geven, kunnen de gegevens uit het kinddossier ook gedeeld worden met andere zorgverleners.

Meer informatie omtrent de werking van Kind en Gezin is terug te vinden op hun [website](#).

7.1.3. Hoe samenwerken?

Coördinatie

Het is aan te bevelen dat één hulpverlener de interdisciplinaire zorg coördineert [8, 16, 5]. Vaak is dat nu nog de huisarts (de huisarts heeft mogelijk al een vertrouwensrelatie met de jonge cliënt en/of de zorgfiguren opgebouwd en is vaak de eerste contactpersoon voor gezondheidsgerelateerde problemen), maar het kan ook een andere hulpverlener zijn [8, 5]. De coördinator wordt kenbaar gemaakt aan de jonge cliënt en alle betrokkenen.

Interdisciplinaire behandeldoelen

In het geval dat meerdere disciplines betrokken zijn bij de behandeling van de jonge cliënt, is het van belang om doel en planning af te spreken, via overleg, verwijsbrief of telefonisch gesprek. In principe kunnen verschillende disciplines parallel werken, wanneer er afstemming is rond de (volgorde van) de doelstellingen [15].

Informatie uitwisselen

Belangrijk is dat informatie uit het diëtistisch consult steeds naar de huisarts teruggekoppeld wordt en bij voorkeur ook naar andere betrokken disciplines. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat de jongere en/of de ouders hiervoor hun toestemming geven [2]. Deze toestemming wordt door de diëtist gevraagd bij de **kennismaking** tijdens de eerste consultatie. Indien de jonge cliënt of de ouders niet akkoord gaan met de gegevensuitwisseling, kan verbindend gewerkt worden en de meerwaarde van gegevensuitwisseling voor de behandeling en de jonge cliënt benoemd worden.

Op welke manier informatie gedeeld wordt en overlegd wordt, kan sterk verschillen naargelang praktijkorganisatie, netwerk en beschikbare tijd [15].

Signaleren drop-out

In geval van drop-out is het aan te bevelen de huis/kinderarts of 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 [15].

Reikwijdte van het beroep

Voor een goede samenwerking is het aangewezen elkaar te kennen, alsook de grenzen en de reikwijdte van elkaars taken, bevoegdheden en werkzaamheden. Op die manier kunnen de verschillende behandelingen intentioneel overlappen zonder dat de hulpverleners daarbij de grenzen van de eigen discipline overschrijden.

“Teamleden zouden de beperkingen en reikwijdte van elkaars taken, bevoegdheden en werkzaamheden moeten kennen, zodanig dat ze intentioneel behandelingen kunnen laten overlappen, zonder daarbij de grenzen van de eigen expertise te overschrijden.”

7.2. Samenwerking met residentiële zorg

7.2.1. Wanneer doorverwijzen naar de residentiële setting?

Hoewel veel jongeren met overgewicht en obesitas baat zullen hebben bij een ambulante behandeling, kunnen er momenten zijn dat een opname het meest verantwoord is. Opname wordt niet enkel overwogen vanuit medische redenen, maar ook om de jongere of het gezin een periode tot rust te laten komen of om de jongere zelf een duw in de rug te geven door de behandeling even te intensifiëren.

Om deze **ernstinschatting** bij een individuele jongere met obesitas te maken, kan de **EOSS-P** als leidraad gebruikt worden. Als uit de ernstinschatting blijkt dat het kind of de adolescent in stadium 3 (zie tabel) zit, wordt doorverwijzing naar een derdelijns multidisciplinaire kinderobesitaswerking aanbevolen. Deze doorverwijzing gebeurt door de (huis)arts of pediater.

Stadium	Inschatting gezondheidsrisico	Behandelplan
Stadium 3	<p>Metabool: ongecontroleerde cardiometabole complicaties (bv. diabetes type 2 met complicaties of met het niet halen van de glycemische streefwaarden), verhoogde lipiden die medicatie vereisen, ernstig verstoorde leverfunctie (ALT: >3x normaal), cardiomegalie</p> <p>Mechanisch: obstructieve slaapapneu die PAP en extra zuurstof vereist, pulmonaire hypertensie, beperkte mobiliteit, ziekte van Blount, afschuiven van de heupkop, osteoartritis, kortademigheid bij zitten/slappen, perifeer oedeem</p> <p>Mentaal: ongecontroleerde psychopathologie, schoolverzuim, dagelijkse eetbuien, ernstige verstoring in het lichaamsbeeld</p> <p>Milieu: 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)</p>	Doorverwijzing naar een derdelijns multidisciplinaire kinderobesitaswerking voor uitgebreide diagnostiek, met mogelijke inclusie van deelspecialisten in de zorg voor comorbiditeiten; meer intensieve en gezinsgeoriënteerde begeleiding en leefstijlbehandeling; overweging van aanvullende, intensieve therapie-methoden (bv. bariatrische chirurgie); regelmatige follow-up afspraken rond comorbiditeiten

Tabel 25: EOSS-P stadium 3

De arts en/of andere hulpverleners schatten samen met de ouders en het kind in of een opname van meerwaarde kan zijn. Ze brengen hierbij ook in rekening of het kind een periode zonder zijn ouders kan zijn zonder dat het daarvan psychische klachten ondervindt [8].

7.2.2. Voorbereiding voor opname

Een **goede voorbereiding** van een opname kan bijdragen aan het algehele succes van de behandeling. Van zodra duidelijk wordt dat een residentiële behandeling geïndiceerd is, kan de diëtist de opname voorbereiden én ambulante opvolging van het diëtistisch luik voorzien totdat de opname effectief kan plaatsvinden.

Ook hier blijven de **klassieke ingrediënten van motivatie** belangrijk:

- uitleg geven waarom deze stap nodig is;
- betrokken blijven; de hulpverleningsrelatie hoeft niet te stoppen door de opname. Na de opname kan ambulante begeleiding verdergaan. Tijdens de opname verandert de ambulante diëtist van rol (supporter i.p.v. coach)

7.2.3. Informatieoverdracht

Bij transfer van de ambulante naar de residentiële zorg is een goede communicatie tussen de betrokken hulpverleners belangrijk. Voor meer informatie: zie **informatieoverdracht**.

7.2.4. Diëtistische begeleiding tijdens residentiële opname

In België zijn er 2 residentiële behandelcentra voor kinderen en adolescenten met obesitas. Voor Vlaanderen is dit het **Zeepreventorium**, gelegen in De Haan aan de Belgische kust (jongeren van 0 tot 18 jaar). In Wallonië is er **Clairs Vallons**, gelegen in Ottignies (jongeren van 9-18 jaar).

De diëtistische begeleiding tijdens de residentiële opname verschilt wat met de ambulante begeleiding en gebeurt volgens deze principes:

- Er wordt steeds vertrokken vanuit de revalidatienoden van de patiënt. Welke de belangrijkste revalidatienoden zijn, wordt bepaald door de doorverwijzer(s) uit de ambulante hulpverlening;
- Daarnaast wordt ook de hulpvraag van de patiënt zelf en zijn context in kaart gebracht;
- Na een eerste observatieperiode en op basis van de revalidatienoden en de hulpvraag, wordt door het interdisciplinair team een trajectplan opgesteld;
- Het interdisciplinair team bestaat uit een arts, verpleegkundigen, kinesitherapeut, opvoedkundigen, psycholoog, maatschappelijk werker, diëtist en eventueel logopedist;
- Tijdens de revalidatieperiode wordt verder gewerkt aan en geoefend op de vaardigheden en kennis die reeds aangeleerd werden gedurende de ambulante hulpverlening;
- Het eetpatroon wordt individueel afgestemd op de noden en behoeften van het kind of de jongere;
- De diëtist begeleidt het kind of de jongere richting een gezonde leefstijl via individuele gesprekken, door het geven van educatie en kooktherapie (individueel en in groep) en door het begeleiden van maaltijdmomenten tijdens de revalidatieperiode;
- Tijdens het weekend kan het kind of de jongere de aangeleerde gezonde leefstijl oefenen in de thuis-situatie;
- De context van het kind of de jongere wordt nauw in het leerproces betrokken via individuele ouder-en/of gezinsgesprekken, door het geven van educatie (individueel en in groep) en eventueel door huisbezoeken;
- Afhankelijk van de leeftijd van het kind of de jongere kan extra worden ingezet op zelfstandigheidstraining.

7.2.5. Nazorg in de ambulante setting (na residentiële opname)

Bij welke gespecialiseerde ambulante diëtist kan men terecht voor opvolging?

Diëtisten met een specialisatie in de behandeling van jongeren met overgewicht en obesitas zijn terug te vinden via de **verwijshulp** van Eetexpert.

Informatieoverdracht vanuit de residentiële setting

Een tijdige informatieoverdracht zorgt ervoor dat de behandeling en ondersteuning niet in het gedrang komen en dat alle hulpverleners op de hoogte zijn van de zorgbehoeften van de jongere en van de plannen voor opvolging.

Bij de informatie-uitwisseling wordt rekening gehouden met de wettelijke kaders (Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) of General Data Protection Regulation (GDPR)) en het medisch beroepsgeheim. Dit impliceert o.a. dat specifieke toestemming van de cliënt voor het uitwisselen van informatie noodzakelijk is.

Informatie die voor de ambulante diëtist interessant kan zijn:

- relevante (medische) voorgeschiedenis;
- traject dat doorlopen werd tijdens de opname:
 - eetgeschiedenis (eetpatroon, eetgedrag) en gewichtsevolutie tijdens de opname;
 - waaraan werd gewerkt tijdens de opname?
 - wat waren de bevindingen van het behandelteam?
- gemaakte afspraken en doelstellingen bij ontslag;
- handvaten met betrekking tot terugvalpreventie.

Nazorg op maat

Na een residentiële behandeling is het belangrijk om de nieuw aangeleerde gedragspatronen (bv. het eetpatroon en eetgedrag) aan de individuele context van het kind of de adolescent aan te passen en te bestendigen in het dagelijks leven. Het gezamenlijk met de jonge cliënt opstellen van een **terugvalpreventieplan**, kan herval vermijden.

7.3. Samenwerking met naasten

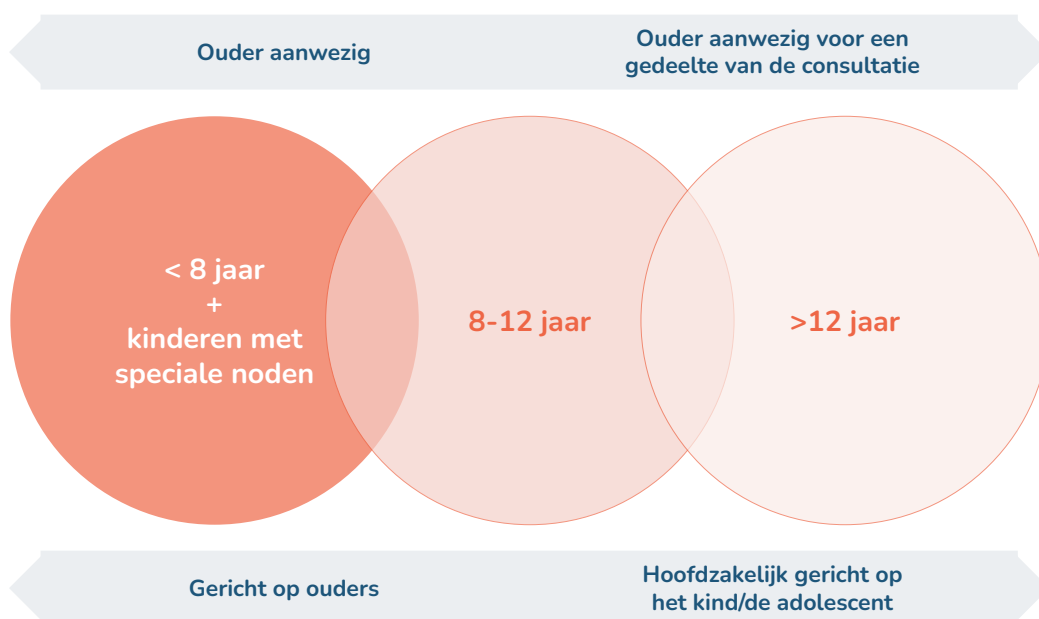
Bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas wordt de betrokkenheid van naasten aanbevolen. Ouders, familieleden en andere zorg- of steunfiguren vormen belangrijke partners in de zorg voor de jongere [5-9, 14, 107, 108]. Naast het verstrekken van relevante informatie die helpt bij het stellen van de diëtistische diagnose en de opmaak van het behandelplan, kunnen naasten ook een actieve rol opnemen bij de behandeling. Belangrijk hierbij is om rekening te houden met de noden van de naasten en ook de draagkracht van het gezin, aangezien de zorg voor een kind of adolescent met overgewicht of obesitas soms een grote druk kan leggen op het gezin [142].

7.3.1. Wie betrekken?

Vanaf welke leeftijd wordt de jongere zelf betrokken?

De leeftijdsgroep van 1 tot 18-jarigen omvat een **zeer breed spectrum**, waarbij er grote verschillen optreden in begripsniveau, zelfstandigheid, maturiteit en beslissingsbekwaamheid van de jongere. In de geraadpleegde behandelrichtlijnen is er consensus over het belang van het betrekken van de familie bij de behandeling, maar een gouden standaard over de leeftijdsgrens vanaf wanneer het kind een actieve rol opneemt in de behandeling is er niet. Evenmin zijn er richtlijnen over het al dan niet aanwezig zijn van de jongere/ouders tijdens de consultatie.

In de praktijk worden consultaties bij zeer jonge kinderen hoofdzakelijk gericht op de ouders, die volledig instaan voor de zorg van het kind. Naarmate het kind ouder wordt en het begripsniveau en de maturiteit toeneemt, neemt ook de betrokkenheid tijdens de consultaties toe. Vanaf adolescentenleeftijd richt het gesprek zich hoofdzakelijk tot de jongere, waarbij de ouder op regelmatige tijdstippen betrokken wordt en op de hoogte blijft (indien de jongere hiermee akkoord gaat). Onderstaande figuur geeft dit visueel weer.



Figuur 3: suggesties rond interacties met kind/ouders tijdens de consultatie (overgenomen van [9])

7.3.2. Welke naasten worden betrokken?

Vraag na bij de jongere (of de ouders) wie belangrijke personen en steunfiguren zijn in het leven van het kind of de adolescent en indien mogelijk, wie hij/zij graag wenst te betrekken in de zorg. Naast ouders kunnen nog andere personen een rol van betekenis spelen in het leven van kinderen en adolescenten. Denk daarbij aan: andere familieleden (broers, zussen, plusouders, pleegouders, grootouders, tantes, ooms, neven, nichten, meter, peter); personen uit de vriendengroep; personen uit de schoolcontext (leerkracht, klasgenoten, directie, zorgleraar, CLB); personen uit de vrijetijdscontext (sportclub, muziekschool, jeugdbeweging of andere verenigingen); personen uit de zorg (leefgroepbegeleiders, mede-zorggebruikers) [142].

Besteed bijzondere aandacht aan het bevragen van de voorkeuren van adolescenten (en jongvolwassenen), die soms sneller geneigd zijn om de betrokkenheid van naasten te weigeren. Ze bevinden zich in de overgang van jeugd naar volwassenheid waardoor ze soms verlangen naar autonomie en zelfbeslissingsrecht. Ze willen onafhankelijk zijn, maar zijn dikwijls nog financieel afhankelijk van hun ouders en/of hebben behoefte aan hun steun. Wees bedacht op dit dilemma, werk verbindend en stimuleer deze adolescenten om hun ouders te betrekken [142].

7.3.3. Hoe betrekken?

Eenmaal de belangrijke zorg- en steunfiguren in kaart zijn gebracht, worden ze betrokken doorheen het volledige begeleidingsproces. Het betrekken van deze naasten kan op verschillende manieren gebeuren: door hen te bejegenen, informatie te geven, te ondersteunen en met hen samen te werken [142].

Bejegening

Zorg voor een familievriendelijk klimaat, waarbij voldoende aandacht en tijd uitgaat naar het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de naasten. Neem hierbij een niet-oordelende en empathische houding aan, waarbij gelijkwaardigheid centraal staat [142]. Besteed ook voldoende aandacht aan broers of zussen die niet op de voorgrond staan.

Een belangrijk aandachtspunt hierbij is het omgaan met diversiteit en culturele verschillen [142]. Families kunnen verschillen in opleidingsniveau, socio-economische status, cultuur, religie, enz., waardoor ook overtuigingen, opvattingen, percepties en gevoeligheden ten aanzien van overgewicht, leefstijl, eetgedrag, ... kunnen verschillen. Probeer in te voegen bij de leefwereld van de jongeren en de naasten.

Informatie

De diëtist tracht naasten waar mogelijk en op regelmatige tijdstippen te betrekken bij de behandeling, bv. door na te vragen waar de naasten vragen rond hebben. Volgende thema's kunnen het onderwerp vormen van (psycho-)educatie:

- **Nieuwe inzichten in verband met overgewicht**
De bezorgdheid van ouders of zorgfiguren over het lichaamsgewicht van het kind kan een belangrijke risicofactor zijn voor **controleerende voedingspraktijken**. Psycho-educatie die gericht is op het beheersen en verlichten van de overmatige bezorgdheid over het lichaamsgewicht van het kind, kan de voedingspraktijken optimaliseren en bijdragen aan de gezondheid van het kind [99].
 - Kennen de naasten het verschil tussen gezond en normaal lichaamsgewicht? Zie **fiche gezond gewicht**
 - Zijn de naasten op de hoogte van de negatieve impact van lijngedrag? zie **fiche mythe lijnen**
 - Willen de naasten meer weten over hoe eetgedrag zich ontwikkelt? Onder andere smaak, voorkeur, portiegrootte, ... zie **fiche groeiwijzer**
- Educatie rond de **regel van de gedeelde verantwoordelijkheid**
- Educatie over **de bouwstenen van een gezonde leefstijl** (**fiche ALLES**). Willen ze meer weten over...
 - wat goede vaardigheden zijn in verband met eetgedrag? Zie **fiche eetcompetenties**
 - leuk bewegen met het gezin? Zie **fiche leuk bewegen**
 - hoe een positief lichaamsbeeld ondersteunen bij hun kind? zie **fiche lief zijn voor je lichaam**
 - omgaan met emoties? Zie **fiche emotieregulatie**
 - gezonde slaap? zie **fiche slaap**

Ook psycho-educatie i.v.m. **herstel van gezinsfunctioneren** en nieuwe **communicatie aan de eettafel** kan worden ingevoegd. Zo komt het soms voor dat ouders of andere zorgfiguren het eetgedrag in het bijzijn van hun kind uitvoerig bespreken. Dit kan schaamte- en schuldgevoelens bij het kind of de adolescent oproepen en wordt dus best vermeden.

Tips voor ouders omtrent het communiceren rond eten en lichaamsgewicht vind je **hier** of **hier**.

Bij het informeren is ook de **manier van gespreksvoering** belangrijk [142]:

- Gebruik taal die aansluit bij de familie of naasten, vermijd het gebruik van zorgjargon of medische terminologie.
- Zorg ervoor dat de wijze waarop de ouders en naasten informatie krijgen, rekening houdt met hun achtergrond (bv. opleidingsniveau, taal, cultuur, leeftijd, socio-economische-status) of andere bijzonderheden m.b.t. communicatie (auditieve of visuele problemen, beperkte cognitieve mogelijkheden, ...).
- Zorg indien mogelijk en wenselijk, voor vertaling. Toets de voorkeuren hieromtrent af met de betrokkenen.
- Gebruik ondersteunende, niet onderrichtende taal.
- Bied informatie aan op kindermaat, indien gewenst.

Ondersteuning

De diëtist maakt tijd vrij om met familie en naasten een gesprek te voeren over de impact van het overgewicht van het kind of de adolescent op hun leven en de moeilijkheden en zorgen die zij ervaren in het bijstaan van de jongere. Er wordt stilgestaan bij de inspanningen die naasten leveren, met de nodige interesse en respect [142].

Er wordt nagegaan welke **behoeften** de naasten hebben op het vlak van ondersteuning: emotionele steun, financiële steun, administratieve hulp, praktische hulp (bv. hulp bij het huishouden, hulp bij het opvoeden, hulp bij het vinden van informatie, ...) [142]. Wanneer dit nodig blijkt, wordt doorverwezen:

- Naar psycholoog of pedagoog: sowieso als ouders zelf aangeven dat ze graag voor zichzelf wat extra ondersteuning invoegen i.v.m. opvoedingsvaardigheden, wanneer ouders een steuntje kunnen gebruiken bij hun eigen self- en bodytalk, of wanneer ze hulp vragen bij het herstellen van de veilige haven thuis, waar jongeren kunnen leren omgaan met het uiten van emoties. Er kan hierbij gedacht worden aan de eerstelijnspsychologische functie in de eigen eerstelijnszone.
- Naar sociaal werker: bij financiële, administratieve en praktische bezorgdheden. Er kan gedacht worden aan de sociaal werker van het OCMW, van de mutualiteit, of de buurtwerker.

Samenwerken

De naasten kunnen, indien mogelijk, een **actieve rol** opnemen in de behandeling van het kind of de adolescent. Deze rol wordt onder meer bepaald door de leeftijd, maturiteit en begripsniveau van het kind (zie **Vanaf welke leeftijd wordt de jongere zelf betrokken?**), de relatie van de naasten met de jongere en de concrete behandeldoelen. Bij zeer jonge kinderen is de behandeling hoofdzakelijk gericht op de ouders of andere zorgfiguren. Dit impliceert automatisch een zeer nauwe betrokkenheid. Ook bij oudere kinderen of adolescenten kunnen zorgfiguren een actieve rol aannemen.

Zorgfiguren hebben door hun gedragingen en hun interacties met het kind of de adolescent een **sterke invloed** op de fysieke, cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling en dus ook op het eetgedrag van de jongere. Dit kan een directe invloed zijn, door pogingen om het eetgedrag te sturen, maar ook indirect, door het voorbeeld dat zorgfiguren zelf stellen (modeling) [39].

Het is dan ook essentieel dat **zorgfiguren betrokken worden** in het behandelplan en de behandeling mee uitdragen. Maak bij voorkeur met alle partijen samen heldere afspraken en een taakverdeling, die vervat zit in het behandelplan op maat en in concrete behandeldoelen. Evalueer op regelmatige tijdstippen de gemaakte afspraken.

Probeer waar mogelijk de **eigen kracht van de context** te benoemen. Waar mogelijk kan je de eigen kracht ook versterken: vragen naar wat vroeger werkte en wat al geprobeerd is, geeft vaak perspectieven. Maar vraag ook naar wat goed gaat in het gezin en in de interactie tussen kind en gezin, en probeer dit verder te versterken.

8. Terugbetaling diëtisten

8. Terugbetaling diëtisten

Vanaf 1 april 2020 betaalt de verplichte ziekteverzekering een behandeling door een diëtist terug voor kinderen met overgewicht of obesitas. De behandeling duurt 2 jaar en bestaat uit 10 zittingen [143].

8.1. Wie komt (niet) in aanmerking voor de terugbetaling?

Om terugbetaling te krijgen voor de diëtietiekbehandeling moet het kind aan **elk van de volgende 3 voorwaarden** voldoen [143]:

- van 6 tot en met 17 jaar oud zijn bij de start van de behandeling;
- een BMI hebben dat hoger dan of gelijk is aan de **waarde die overeenkomt met een BMI van 25 bij een 18-jarige** [144];
- een voorschrift hebben van een huisarts of kinderarts.

Het kind heeft **geen recht** op terugbetaling als de zitting plaatsvindt terwijl het kind [143]:

- gehospitaliseerd is;
- of een andere behandeling of begeleiding krijgt die eveneens een begeleiding door een diëtist omvat.

8.2. Waaruit bestaat de behandeling?

De behandeling bestaat uit **10 individuele zittingen** bij een diëtist (die moet beschikken over een **RIZIV-nummer**), **gedurende 2 jaar**. De diëtist start met een zitting van 60 minuten om vast te stellen of het kind aan de voorwaarden van overgewicht of obesitas beantwoordt [143]. Als dat het geval is, dan heeft het kind daarna nog recht op:

- 5 zittingen van 30 minuten in het 1e jaar van de behandeling;
- 4 zittingen van 30 minuten in het 2e jaar van de behandeling.

Goed om weten:

- De ouders mogen bij de zittingen aanwezig zijn.
- Er kan ook een zitting plaatsvinden met alleen de ouders.

8.3. Hoeveel moet de patiënt zelf betalen per zitting?

Het deel dat de patiënt zelf moet betalen bedraagt afgerond [143]:

- 10 EUR voor de zitting van 60 minuten;
- 5 EUR voor de zitting van 30 minuten.

Als het kind of de adolescent recht heeft op de **verhoogde verzekeringstegemoetkoming** is dat afgerond 4 EUR en 2 EUR. Let op: Deze bedragen zijn indexeerbaar.

8.4. Kan de behandeling herhaald worden?

Per kind is de behandeling 1 keer terugbetaald, ongeacht de arts die ze voorschrijft of de diëtist die de behandeling geeft.

Meer informatie is terug te vinden op de [website van het RIZIV](#)

9. Verwijzingen

9. Verwijzingen

1. M. Former-Boon en J. Van Duinen, Evidence-based diëtetiek: principes en werkwijze. Derde, herziene druk, Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum, 2019.
2. S. Runia, W. Visser, J. Tiebie en Y. Heerkens, „Methodisch Handelen,” in Informatorium voor Voeding en Diëtetiek, Houten, Nederland, Bohn Stafleu Van Loghum, 2014.
3. Nederlandse Vereniging van Diëtisten, „ICF-diëtetiek, versie 2017,” Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Naarden, Nederland, 2017.
4. Eetexpert, „Eerstelijnsdraaiboek,” Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Brussel, 2020.
5. C. P. G. P. American Psychological Association, „Clinical Practice Guidelines for Multicomponent Behavioral Treatment of Obesity and Overweight in Children and Adolescents: Current State of the Evidence and Research Needs,” American Psychological Association, Washington DC, USA, 2018.
6. Duodecim, „Overgewicht en obesitas bij kinderen. Buitenlandse richtlijn aangepast aan de Belgische zorgcontext.,” EBPracticenet, Leuven, 2020.
7. B. Henry, J. Ziegler, J. Parrott en D. Handu, „Pediatric Weight Management Evidence-Based Practice Guidelines: Components and Contexts of Interventions,” Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, vol. 118, nr. 7, pp. 1301-1311, 2018.
8. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, „Richtlijn Behandeling van Kinderen met Obesitas,” Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Utrecht, Nederland, 2020.
9. BDA Obesity Specialist Group, „Dietetic Obesity Management Interventions in Children and Young People: Review & Clinical Application,” British Dietetic Association, Birmingham, UK, 2019.
10. D. Hoelscher, S. Kirk, L. Ritchie en L. Cunningham-Sabo, „Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Prevention and Treatment of Pediatric Overweight and Obesity,” Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, vol. 113, pp. 1375-1394, 2013.
11. Nederlandse Vereniging van Diëtisten; NetwerkKinderDiëtisten, „Adviezen voor samenwerking tussen (kinder)diëtisten en centrale zorgverleners,” Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Amersfoort, NL, 2020.
12. R. Ryan en E. Deci, „Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being.,” American Psychologist, vol. 55, pp. 68-78, 2000.
13. E. van Mil en A. Struik, Overgewicht en obesitas bij kinderen, Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2015.
14. D. Styne, S. Arslanian, E. Connor, I. Farooqi, M. Murad, J. Silverstein en J. Yanovski, „Pediatric Obesity - Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline,” The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, vol. 102, nr. 3, pp. 709-757, 2017.
15. Eetexpert vzw, „Informatie over de detectie en behandeling van overgewicht bij kinderen,” Eetexpert vzw, [Online]. Available: <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/overgewicht-bij-kinderen>. [Geopend 12 Oktober 2021].
16. Partnerschap Overgewicht Nederland, „Zorgstandaard Obesitas,” Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), Amsterdam, NL, 2010.
17. D. Hansen, W. Hens, S. Peeters, C. Wittebrood, S. Van Ussel, D. Verleyen en D. Vissers, „Physical Therapy as Treatment for Childhood Obesity in Primary HealthCare: Clinical Recommendation From AXXON (Belgian Physical Therapy Association),” Physical Activity, vol. 96, nr. 6, pp. 850-864, 2016.
18. C. Braet, G. O'Malley, D. Weghuber, A. Vania, E. Erhardt, P. Nowicka, A. Mazur, M. Frelut en E. Ardel-Gallinger, „The assessment of eating behaviour in children who are obese: a psychological approach. A position paper from the European childhood obesity group.,” Obesity Facts, vol. 7, nr. 3, pp. 153-164, 2014.
19. Vlaamse overheid, „Centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB),” Onderwijsvlaanderen.be, [Online]. Available: <https://www.onderwijs.vlaanderen.be/nl/club>. [Geopend 18 Oktober 2021].
20. Vlaamse overheid, „Systematisch contact (medisch onderzoek) en vaccinaties,” Onderwijs Vlaanderen, [Online]. Available: <https://www.onderwijs.vlaanderen.be/nl/systematisch-contact-medisch-onderzoek-en-vaccinaties>. [Geopend 18 oktober 2021].
21. R. Jeannin, A. Vandeputte, A. Keymeulen en K. Van Hoeck, „Draaiboek voor CLB-medewerkers,” Eetexpert vzw, Leuven, 2018.
22. A. Leibbrandt, L. Pensaert, H. Scholten, E. Türkeli en M. Verweij, Het diëtistisch consult, Amsterdam: Boom Uitgevers, 2016.
23. R. Ryan en E. L. Deci, Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development and wellness, New York: Guilford Press, 2017.
24. Eetexpert, „Visie op de behandeling van eet- en gewichtsproblemen,” [Online]. Available: <https://eetexpert.be/info/behandeling/visie-op-behandeling/>.

25. Eetexpert, „Leidraad voor de anamnese DIETIST,” [Online]. Available: http://www.draaiboeken.eetexpert.be/static/uploads/multidisciplinair-OZ/10_Leidraad_voor_de_anamnese_DIETIST.pdf.
26. W. Miller en S. Rollnick, Motivational Interviewing, Helping People Change, 3rd edition., New York: Guilford Press, 2012.
27. J. Prochaska en C. DiClemente, „Stages of change in the modification of problem behaviors,” in Progress in behavior modifications, Newbury Park, Sage, 1992, pp. 184-218.
28. E. Satter, „Eating competence. Nutrition education with the Satter eating competence model,” J Nutr Educ Behav, vol. 39, nr. 5, pp. S189-S194, 2007.
29. S. Pfeifferl, F. Pellegrino, M. Kruseman, C. Pijollet, M. Volery, L. Soguel en S. & Bucher Della Torre, „Current Recommendations for Nutritional Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Structured Framework,” Nutrients, vol. 11, p. 362, 2019.
30. B. van Wezel en G. Hofsteenge, „Overgewicht of obesitas bij kinderen en adolescenten (2-18 jaar),” 2010 Uitgevers, Rotterdam, NL, 2014.
31. J. Walker, S. Ardouin en T. Burrows, „The validity of dietary assessment methods to accurately measure energy intake in children and adolescents who are overweight or obese: a systematic review,” European Journal of Clinical Nutrition, vol. 72, pp. 185-197, 2018.
32. Hoge Gezondheidsraad, „Voedingaanbevelingen voor België,” Hoge Gezondheidsraad, Brussel, 2016.
33. L. Chima, H. Mulrooney, J. Warren en A. Madden, „A systematic review and quantitative analysis of resting energy expenditure prediction equations in healthy overweight and obese children and adolescents,” Journal of Human Nutrition and Dietetics, vol. 33, nr. 3, pp. 373-385, 2020.
34. M. Mifflin, S. St Jeor, L. Hill, B. Scott, S. Daugherty en Y. Koh, „A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals,” American Journal of Clinical Nutrition, vol. 51, nr. 2, pp. 241-247, 1990.
35. C. Henry, „Basal metabolic rate studies in humans: measurement and development of new equations,” Public Health Nutrition, vol. 8, nr. 7A, pp. 1133-1152, 2005.
36. H. Kruijsen en N. Wierdsma, Zakboek Diëtetiek, Amsterdam: VU University Press, 2020.
37. EFSA Panel on Dietetic Products, „Scientific Opinion on Dietary Reference Values for energy,” EFSA Journal, vol. 11, nr. 2, p. 3005, 2013.
38. E. Ruzicka, K. Darling en A. Sato, „Controlling child feeding practices and child weight: A systematic review and meta-analysis,” Obesity Reviews, p. e13135, 24 August 2020.
39. R. Jeannin en A. Vandeputte, Groeiwijzer. Smaakontwikkeling en eetgedrag, Leuven: Eetexpert vzw, 2014.
40. E. Satter, „Eating competence: definition and evidence for the Satter Eating Competence Model,” J Nutr Educ Behav, vol. 39, nr. 5 Suppl, pp. S142-S153, 2007.
41. Eetexpert vzw, „Basisdraaiboek kinderen - wat zijn eet- en gewichtsproblemen?,” 2021. [Online]. Available: <https://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek-kinderen/basisinfo-en-visie#definities>. [Geopend 20 september 2022].
42. M. Dierckens, B. De Clercq en B. Deforche, „Studie Jongeren en Gezondheid, Deel 4: gezondheidsgedrag - Voeding [Factsheet],” Universiteit Gent, Gent, 2019.
43. J. He, Z. Cai en X. Fan, „Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: A exploratory meta-analysis,” International Journal of Eating Disorders, vol. 50, nr. 2, pp. 91-103, 2017.
44. K. Branninkmeijer en R. Jeannin, „De psychologische benadering van eetgedrag bij obese kinderen. European Childhood Obesity Group Paper,” Psychopraktijk, vol. 6, nr. 2, pp. 28-31, 2014.
45. T. van Strien, „NVE-K Nederlandse vragenlijst voor eetgedrag bij kinderen. Handleiding,” Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2015.
46. T. van Strien, „Nederlandse Vragenlijst voor eetgedrag,” Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2012.
47. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.), Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013.
48. L. Goossens en E. Moens, Eetproblemen bij kinderen en adolescenten, Leuven/Den Haag: Acco, 2017.
49. C. Fairburn, Z. Cooper en M. O'Connor, „Eating Disorder Examination. Edition 17.0D,” 2014.
50. C. Fairburn, „Overwin je eetbuien: waarom je te veel eet en hoe je daarmee kunt stoppen,” Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam, Nederland, 2016.
51. Akwa GGZ, „GGZ Zorgstandaard Eetsoornissen,” 2017.
52. L. Libbers, „Hoofdstuk 2: Eetstoornissen,” in Informatorium voor Voeding en Diëtetiek, Houten, Nederland, Bohn Stafleu Van Loghum, 2018.
53. J. Vanderlinden, R. Dalle Grave, F. Fernandez, W. Vandereycken, G. Pieters en C. Noorduyn, „Welke factoren lokken eetbuien uit? Een exploratie van eetbuitrigger bij patiënten met een eetstoornis,” DITH, vol. 22, pp. 172-177, 2002.

54. J. Morgan, F. Reid en J. Lacey, „The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders,” *West J Med*, vol. 172, nr. 3, pp. 164-165, 2000.
55. M. Cotton, C. Ball en P. Robinson, „Four simple questions can help screen for eating disorders,” *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, pp. 53-56, 2003.
56. World Health Organization, „Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894.,” WHO, Geneva, 2000.
57. National Institute for Health and Care Excellence [NICE], „Identifying and assessing overweight, obesity and central adiposity,” in *Clinical Guideline Obesity: identification, assessment and management*, London, UK, NICE, 2022.
58. R. Camfferman, S. Niemer, J. Seidell en J. Halberstadt, „Talking to children with overweight or obesity and their parents: self-efficacy and perceived barriers of Dutch health care professionals,” (ingediend).
59. S. Niemer, R. Camfferman, P. Van Maarschalkerweerd, P. Sijben, J. Seidell en J. Halberstadt, *Praten over gewicht met kinderen en ouders. Een folder voor zorg-, school- en wijprofessionals.*, Amsterdam: Care for Obesity, 2019.
60. Partnerschap Overgewicht Nederland, „Zorgstandaard Obesitas,” Partnerschap Overgewicht Nederland, Amsterdam, NL, 2010.
61. E. van der Valk, E. van den Akker, M. Savas, L. Kleinendorst, J. Visser, M. Van Haelst, A. Sharma en E. van Rossum, „A comprehensive diagnostic approach to detect underlying causes of obesity in adults,” *Obesity Reviews*, vol. 20, nr. 6, pp. 795-804, 2019.
62. Belgian Association for the Study of Obesity (BASO), „Consensus BASO 2020. Een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas.,” BASO, Anderlecht, België, 2020.
63. E. Mead, G. Atkinson, B. Richter, M. Metzendorf, L. Baur, N. Finer, E. Corpeleijn, C. O'Malley en L. Ells, „Drug interventions for the treatment of obesity in children and adolescents,” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 11, nr. 11, p. CD012436, 2016.
64. R. Masarwa, V. Brunetti, S. Aloe, M. Henderson, R. PLatt en K. Filion, „Efficacy and Safety of Metformin for Obesity: A Systematic Review,” *Pediatrics*, vol. 147, nr. 3, 2021.
65. B. C. v. F. I. (BCFI), „BCFI,” [Online]. Available: <https://www.bcfi.be/nl/start>. [Geopend 3 November 2021].
66. R. Liberali, F. Del Castanhel, E. Kupek en M. Altenburg de Assis, „Latent Class Analysis of Lifestyle Risk Factors and Association with Overweight and/or Obesity in Children and Adolescents: Systematic Review,” *Childhood obesity*, vol. 17, nr. 1, pp. 2-15, 2021.
67. S. te Velde, F. van Nassau, L. Uijtdewilligen, M. van Stralen, G. Cardon, M. De Craemer, Y. Manios, J. Brug en M. Chinapaw, „Energy balance-related behaviours associated with overweight and obesity in preschool children: a systematic review of prospective studies,” *Obesity Reviews*, vol. 13, nr. S1, pp. 56-74, 2012.
68. J. Poorolajal, F. Sahraei, Y. Mohamdadi, A. Doosti-Irani en L. Moradi, „Behavioral factors influencing childhood obesity: a systematic review and meta-analysis,” *Obesity Research & Clinical Practice*, vol. 14, pp. 109-118, 2020.
69. Eetexpert, „Beweging bij kinderen met overgewicht. draaiboek voor zorgverstrekkers.,” Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Volksgezondheid en Gezin, Brussel, 2015.
70. S. Bel, K. De Ridder, T. Lebacqz, C. Ost en E. Teppers, „Rapport 3: Lichaamsbeweging en sedentair gedrag.,” in *Voedselconsumptiepeiling 2014-2015*, Brussel, WIV-ISP, 2016.
71. G. O'Malley, S. Ring-Dimitriou, P. Nowicka, A. Vania, M. Frelut, N. Farpour-Lambert, D. Weghuber en D. Thivel, „Physical Activity and Physical Fitness in Pediatric Obesity: What are the First Steps for Clinicians? Expert Conclusion from the 2016 ECOG Workshop,” *International Journal of Exercise Science*, vol. 10, nr. 4, pp. 487-496, 2017.
72. Vlaams Instituut Gezond Leven, „Licht intensief bewegen,” [Online]. Available: <https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/bewegingsdriehoek/licht-intensief-bewegen>. [Geopend 14 November 2021].
73. World Health Organisation, „Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age,” World Health Organization, Geneva, 2019.
74. Vlaams Insituut Gezond Leven, „Beweegadvies volgens leeftijd,” 2021. [Online]. Available: <https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/beweegadvies-volgens-leeftijd>. [Geopend 14 November 2021].
75. M. Leung, A. Agaronov, K. Grytsenko en M. Yeh, „Intervening to reduce sedentary behaviors and childhood obesity among school-age youth: a systematic review of randomized trials.,” *Journal of Obesity*, pp. 1-14, 2012.
76. C. Li, G. Cheng, T. Sha, W. Cheng en Y. Yan, „The Relationships between Screen Use and Health Indicators among Infants, Toddlers, and Preschoolers: A Meta-Analysis and Systematic Review,” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, p. 7324, 2020.
77. K. Fang, M. Mu, K. Liu en Y. He, „Screen time and childhood overweight/obesity: A systematic review and meta-analysis,” *Child Care Health Dev*, vol. 45, pp. 744-753, 2019.
78. M. Miller, M. Kruisbrink, J. Wallace, C. Ji en F. Cappuccio, „Sleep duration and incidence of obesity in infants, children, and adolescents: a systematic review and meta-analysis of prospective studies,” *Sleep*, vol. 41, nr. 4, p. zsy018, 2018.

79. Y. Fatima, S. Doi en A. Mamun, „Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis,” *Obesity Reviews*, vol. 16, nr. 2, pp. 137-149, 2015.
80. L. Li, S. Zhang, Y. Huang en K. Chen, „Sleep duration and obesity in children: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies,” *Journal of Pediatrics and Child Health*, vol. 53, pp. 378-385, 2017.
81. R. Felsö, S. Lohner, K. Hollódy, É. Erhardt en D. Molnár, „Relationship between sleep duration and childhood obesity: Systematic review including the potential underlying mechanisms,” *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, vol. 27, pp. 751-761, 2017.
82. M. Miller, S. Bates, C. Ji en F. Cappuccio, „Systematic review and meta-analyses of the relationship between short sleep and incidence of obesity and effectiveness of sleep interventions on weight gain in preschool children,” *Obesity Reviews*, vol. 22, p. e13113, 2021.
83. A. Ward, A. Reynolds, S. Kuroko, L. Fangupo, B. Galland en R. Taylor, „Bidirectional associations between sleep and dietary intake in 0-5 year old children: A systematic review with evidence mapping,” *Sleep Medicine Reviews*, vol. 49, p. 101231, 2020.
84. F. Córdova, S. Barja en P. Brockman, „Consequences of short sleep duration on the dietary intake in children: A systematic review and metanalysis,” *Sleep Medicine Reviews*, vol. 42, pp. 68-84, 2018.
85. Vlaams Instituut Gezond Leven, „Aanbevelingen beweging, lang stilzitten en slaap: 0 tot en met 5 jaar,” Vlaams Instituut Gezond Leven, Brussel, 2021.
86. M. Hirshkowitz, K. Whiton, S. Albert, C. Alessi, O. Bruni, L. DonCarlos, N. Haze, J. Herman, E. Katz, L. Kheirandish-Gozal, D. Neubauer, A. O'Donnell, M. Ohayon en P. ... Adams Hillard, „National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary,” *Sleep Health*, vol. 1, pp. 40-43, 2015.
87. N. D'Souza, K. Kuswara, M. Zheng, R. Leech, K. Downing, S. Lioret, K. Campbell en K. Hesketh, „A systematic review of lifestyle patterns and their association with adiposity in children aged 5– 12 years,” *Obesity Reviews*, vol. 21, p. e13029, 2020.
88. T. Saunders, C. Gray, V. Poitras, J. Chaput, I. Janssen, P. Katzmarzyk, T. Olds, S. Gorber, M. Kho en V. ... Carson, „Combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep: relationships with health indicators in school-aged children and youth,” *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, vol. 41, nr. 6 (Suppl 6), pp. 283-293, 2016.
89. Eetexpert vzw, „Basisdraaiboek kinderen - risicofactoren voor eet- en gewichtsproblemen,” 2021. [Online]. Available: <https://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek-kinderen/risicofactoren>. [Geopend 20 september 2022].
90. D. Vancoppenolle, K. Colaert, H. Cloots en M. Roelants, „De gewichtstatus van kinderen en jongeren in Vlaanderen. Geïntegreerde rapportage op basis van BMI-gegevens van Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid,” Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid, Brussel, 2020.
91. V. A.E., D. Ward, J. Fisher, M. Faith, S. Hughes, S. Kremers, D. Misher-Eizenmann, T. O'Connor, H. Patrick en T. Power, „Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research,” *Nutrition Reviews*, vol. 74, nr. 2, pp. 98-117, 2016.
92. E. Maccoby en J. Martin, „Socialization in the context of the family: Parent-child interaction,” in *Handbook of Child Psychology*, New York, Wiley, 1983, pp. 1-101.
93. S. Hughes, T. Power, J. Fischer, S. Mueller en T. Nicklas, „Revisiting a neglected construct. Parenting styles in a child-feeding context.,” *Appetite*, vol. 44, pp. 83-92, 2005.
94. J. Wang, B. Zhu, R. Wu, Y. Chang, Y. Cao en D. Zhu, „Bidirectional Associations between Parental Non-Responsive Feeding Practices and Child Eating Behaviors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Prospective Studies,” *Nutrients*, vol. 14, p. 1896, 2022.
95. E. Ruzicka, K. Darling en A. Sato, „Controlling child feeding practices and child weight: A systematic review and meta-analysis,” *Obesity Reviews*, vol. 22, p. e13135, 2021.
96. M. Spill, E. Callahan, K. Johns, M. Shapiro, J. Spahn, Y. Wong, N. Terry, S. Benjamin-Neelon, L. Birch, M. Black, R. Briefel, J. Cook, M. Faith, J. Mennella, K. Cassavale en E. Stoodly, „Parental and Caregiver Feeding Practices and Growth, Size, and Body Composition Outcomes: A Systematic Review,” *USDA Nutrition Evidence Systematic Review*, 2019.
97. M. Spill, E. Callahan, M. Shapiro, J. Spahn, Y. Wong, S. Benjamin-Neelon, L. Birch, M. Black, J. Cook, M. Faith en J. C. K. Mennella, „Caregiver feeding practices and child weight outcomes: a systematic review,” *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 109, nr. Suppl_7, pp. 990S-1002S, 1 Mar 2019.
98. D. Beckers, L. Karssen, J. Vink, W. Burk en J. Larsen, „Food parenting practices and children's weight outcomes: A systematic review of prospective studies,” *Appetite*, vol. 158, p. 105010, 1 March 2021.
99. J. Wang, X. Wei, Y. Chang, A. Hiyoshi, K. Winkley en Y. Cao, „The relationships between caregivers' concern about child weight and their non-responsive feeding practices: A systematic review and meta-analysis,” *Nutrients*, vol. 14, nr. 14, p. 2885, 14 Jul 2022.
100. I. Derks, H. Tiemeier, E. Sijbrands, J. Nicholson, T. Voortman, F. Verhulst, V. Jaddoe en P. Jansen, „Testing the direction of effects between child body composition and restrictive feeding practices: Results from a population-based cohort,” *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 106, nr. 3, pp. 783-790, 2017.
101. J. Berge, J. Miller, S. Veblen-Mortenson, A. Kunin-Batson, N. Sherwood en S. French, „A bidirectional analysis of feeding practices and eating behaviors in parent/child dyads from low-income and minority households.,” *The journal of pediatrics*, vol. 221, pp. 93-98, 2020.
102. A. Grammer, K. Balantekin, D. Barch, L. Markson en D. Wilfley, „Parent-Child influences on child eating self-regulation and weight in early childhood: a systematic review,” *Appetite*, p. 105733, 1 Jan 2022.

103. E. Satter, „Trouble shooting with the Satter Division of Responsibility in Feeding,” 2016. [Online]. Available: <https://www.ellyns-atterinstitute.org/family-meals-focus/81-troubleshooting-with-the-division-of-responsibility/>. [Geopend 5 September 2022].
104. C. Braet en M. Van Winckel, *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
105. D. Barneveld, J. Brand, J. Groot, S. Peeters en A. van Veen, „Dieetbehandelingsrichtlijn Eetstoornissen,” 2010 Uitgevers, Rotterdam, Nederland, 2015.
106. S. Runia, J. Tiebie en W. Visser, „Diëtistische diagnose onmisbaar bij effectieve behandeling,” *Nederlands Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek*, vol. 65, nr. 3, pp. 20-22, 2010.
107. Academy of Nutrition and Dietetics, „Pediatric Weight Management Guideline,” Academy of Nutrition and Dietetics, Chicago (IL), USA, 2015.
108. S. Kirk, B. Ogata, E. Wichert, D. Handu en M. Rozga, „Treatment of Pediatric Overweight and Obesity: Position of the Academy of Nutrition and Dietetics Based on an Umbrella Review of Systematic Reviews,” *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, vol. 122, nr. 4, pp. 848-861, 2022.
109. A. Javed, M. Jumean, M. Murad, D. Okorodudu, S. Kumar, V. Somers, O. Sochor en F. Lopez-Jimenez, „Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis,” *Pediatric Obesity*, vol. 10, nr. 3, pp. 234-244, 2015.
110. S. Hadjiyannakis, A. Buchholz, J. Chanoine, J. Hamilton, M. Jetha, C. Birken, K. Morrison, A. Sharma en G. Ball, „The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P): A proposed clinical staging system for pediatric obesity,” *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 37, pp. S240-619 OR, 2013.
111. A. Sharma en R. Kushner, „A proposed clinical staging system for obesity,” *International Journal of Obesity*, vol. 33, pp. 289-295, 2009.
112. S. Hadjiyannakis, A. Buchholz, J. Chanoine, M. Jetha, L. Gaboury, J. Hamilton en G. ... Ball, „The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: A proposed clinical staging system for paediatric obesity,” *Paediatrics and Child Health*, vol. 21, pp. 21-26, 2016.
113. J. Kuk, C. Ardern, T. Church, A. Sharma, R. Padwal, X. Sui en S. Blair, „Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk,” *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, vol. 36, pp. 570-576, 2011.
114. R. Padwal, N. Pajewski, D. Allison en A. Sharma, „Using the Edmonton Obesity Staging System to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity,” *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, pp. E1059-E1066, 2011.
115. G. Kakon, S. Hadjiyannakis, R. Sigal, S. Doucette, D. Goldfield, G. Kenny, D. Prud'Homme, A. Buchholz, M. Lamb en A. S. Alberga, „Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics, quality of life and fitness in adolescents with obesity,” *Obesity Science & Practice*, vol. 5, pp. 449-458, 2019.
116. N. Baeck, J. Thierens, L. Joossens en A. Malengier, „Multidisciplinair samenwerken bij de behandeling van kinderen met obesitas,” in *Basistraining obesitas Eetexpert vzw*, Online, 2021.
117. W. Miller en S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people to change addictio behavior*, New York: Guilford Press, 1991.
118. E. Satter, *Secrets of feeding a healthy family*, Madison: Kelsey Press, 2008.
119. A. Bialek-Dratwa, E. Szczepanska, D. Szymanska, M. Frajek, K. Krupa-Kotara en O. Kowalski, „Neophobia_A Natural Developmental Stage or Feeding Difficulties for Children,” *Nutrients*, vol. 14, nr. 7, p. 1521, Apr 2022.
120. T. de Oliveira Torres, D. Rosa Gomes en M. Piraja Mattos, „Factors associated with food neophobia in children: systematic review,” *Rev Paul Pediatr*, vol. 39, p. e2020089, 6 Nov 2021.
121. R. Blaine, A. Kachurak, K. Davison, R. Klabunde en J. Orlet Fisher, „Food parenting and child snacking: a systematic review,” *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 14, p. 146, 2017.
122. A. Egbert, C. Creber, D. Loren en A. Bohnert, „Executive function and dietary intake in youth: A systematic review of the literature.,” *Appetite*, pp. 197-212, 1 Aug 2019.
123. Medianest, „Schermen? Euh, moet mijn kind niet spelen?,” *Mediwijs*, Leuven, 2022.
124. M. Moradi, H. Mozaffari, M. Askari en L. Azadbakht, „Association between overweight/obesity with depression, anxiety, low self-esteem, and body dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis,” *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, pp. 1-16, 2020.
125. T. Cash, „Body image: Past, present and future,” *Body Image*, nr. 1, pp. 1-5, 2004.
126. L. P. Vandenbosch, „Media representation: health and body images,” in *International Encyclopedia of Media Effects*, New Jersey, USA, Wiley-Blackwell, 2017.
127. S. Helfert en P. Warschburger, „The face of appearance-related social pressure: gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence,” *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 7, pp. 16-26, 2013.
128. M. Levine, N. Piran en K. Jasper, „Eating Disorders,” in *Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*, New York, Springer Science + Business Media, 2015, pp. 305-328.
129. M. Levine en L. Smolak, „The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating,” *Eating Disorders*, vol. 24, pp. 39-46, 2016.

130. J. Pennesi en T. Wade, „A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions?“ *Clinical Psychology Reviews*, vol. 43, pp. 175-192, 2016.
131. E. vzw, „Stappenplan voor preventie van eet- en gewichtsproblemen bij jongeren,“ *Eetexpert*, Leuven, 2018.
132. E. Moens, „Emotieregulatie in de diëtistenpraktijk,“ in *Kennisdag Eetexpert 2022*, Leuven, 2022.
133. L. Fiechtner, M. Fonte, I. Castro, M. Gerber, C. Horan, M. Sharifi, H. Cena en E. Taveras, „Determinants of Binge Eating Symptoms in Children with Overweight/Obesity,“ *Childhood Obesity*, vol. 14, nr. 8, pp. 510-517, December 2018.
134. L. Goossens, C. Braet en G. Bosmans, „Relations of dietary restraint and depressive symptomatology to loss of control over eating in overweight youngsters,“ *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 19, nr. 7, pp. 587-596, 2010.
135. Eetexpert vzw, „Aanpak van eetstoornissen. Draaiboek voor ambulante gespecialiseerde diëtisten,“ *Eetexpert vzw*, Leuven, 2020.
136. National Institute for Health and Care Excellence, „Eating disorders: recognition and treatment,“ 2017.
137. T. Tylka, R. Calogero en S. Daniélsdóttir, „Is intuitive eating the same as flexible dietary control? Their links to each other and well-being could provide an answer,“ *Appetite*, pp. 166-175, 2015.
138. T. Van Strien, C. Herman en M. Verheijden, „Eating style, overeating and overgewicht in a representative Dutch sample: Does external eating play a role?“ *Appetite*, vol. 52, pp. 380-387, 2009.
139. T. Van Strien en F. Bazelier, „Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating,“ *Appetite*, vol. 49, pp. 618-625, 2007.
140. Care for Obesity & Partnerschap Overgewicht Nederland, „Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen,“ *Partnerschap Overgewicht Nederland*, Rotterdam, NL, 2022.
141. T. Berends, A. van Elburg en B. van Meijel, „Richtlijn Terugvalpreventie Anorexia Nervosa,“ *Altrecht Eetstoornissen Rintveld*, Zeist, 2018.
142. E. Vanlinthout, E. Coppens, T. Opgenhaffen, S. Scheveneels, J. Put en C. Van Audenhove, „Een multidisciplinaire richtlijn om naasten sterker te betrekken in de geestelijke gezondheidszorg,“ *Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*, Leuven, 2020.
143. RIZIV, „Terugbetaling diëtetiek voor kinderen met overgewicht of obesitas,“ 2020. [Online]. Available: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/Paginas/dietetiek-kinderen-overgewicht-obesitas.aspx#:~:text=RIZIV-,Terugbetaling%20van%20di%C3%ABtiek%20voor%20kinderen%20met%20overgewicht%20of%20obesitas,en%20bestaat%20uit%2010%20zitting>. [Geopend 14 November 2022].
144. RIZIV, „Grenswaarden BMI voor terugbetaling diëtetiek bij kinderen met overgewicht of obesitas,“ 2020. [Online]. Available: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bmi_grenswaarden.pdf. [Geopend 14 November 2022].

