

Het kind boft

Het overbruggingsplan: een behandelplan voor kinderen met overgewicht

Overgewicht is een van de grootste public health-problemen bij kinderen. Nog steeds neemt het aantal kinderen met overgewicht toe en neemt de mate van overgewicht eveneens toe. Vanaf 2 jaar kunnen kinderen met overgewicht signaleerd worden. Hiertoe bestaat een landelijk signaleringsprotocol. Na signalering bestaat er geen evidence-based of gevalideerd preventieprogramma. Afwachten tot een evidence-based programma beschikbaar is, is geen optie gezien de omvang en ernst van overgewicht en de gevolgen daarvan bij kinderen. Daarom is dit landelijke overbruggingsplan ontwikkeld, waarbij naast interventies gelet wordt op de motivatie van ouders en kinderen. In dit plan is gebruikgemaakt van veelbelovende interventies. Het plan richt zich op vier speerpunten voor secundaire preventie:

- meer buitenspelen en bewegen;
- regelmatig en goed ontbijten;
- verminder gebruik gezonde dranken;
- minder voor tv of computer zitten.

Primaire preventie kan bereikt worden door het bevorderen van borstvoeding.

Inleiding

Voorafgaand aan advisering en behandeling bij overgewicht is een uniforme wijze van definiëren en signaleren van belang. Hiertoe is een signaleringsprotocol ontwikkeld, mede gebaseerd op de internationale leeftijd- en geslachtsafhankelijke criteria voor body mass index (BMI-afkappingen).¹

Er is nog geen evidence-based programma beschikbaar voor de behandeling van overgewicht. Gezien de omvang en ernst van overgewicht en de gevolgen daarvan kan niet gewacht worden op evidence-based programma's. Uitgegaan zal moeten worden van een practice-based programma.² Daarnaast is individuele signalering alleen ethisch als advisering of behandeling volgt. Om hierin te voorzien is dit overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht ontwikkeld voor de Jeugdgezondheidszorg, omdat alle kinderen regelmatig door de JGZ worden opgeroepen voor een periodiek gezondheidsonderzoek. Dit plan is niet bestemd voor kinderen met obesitas.

Methode

De onderzoeksmethode bestond uit achtereenvolgens: literatuuronderzoek, een enquête onder jeugdgezondheidszorginstellingen, raadplegen van sleutelfiguren binnen en buiten de JGZ, een expertmeeting en een pilotstudie, waarbij behalve de mening van de JGZ-medewerkers ook de mening van ouders werd gevraagd. Voor het literatuuronderzoek is gebruikgemaakt van de database PubMed met zoektermen: 'childhood',

'intervention' en 'BMI'. Daarnaast zijn referenties uit gepubliceerde reviews doorgenomen en werd gebruikgemaakt van bestaande rapporten (o.a. WHO) en enige buitenlandse werkinstructies.

Resultaten

Veelbelovend lijken interventiestrategieën die berusten op de combinatie van het bevorderen van gezonde voedingsgewoonten en het stimuleren van bewegen met het terugbrengen van zittend gedrag.³ Het uiteindelijke resultaat van de interventie is afhankelijk van de motivatie en het voorbeeldgedrag van ouders. Literatuuronderzoek liet vier veelbelovende elementen zien:

- het reduceren van het gebruik van gezonde dranken;^{4,5}
- het verminderen van zittende activiteiten (met name tv-kijken en computergebruik);^{6,7}
- het bevorderen van buitenspelen;⁸
- het stimuleren van ontbijten.⁹

Deze elementen dragen bij aan de preventie van het ontstaan van (toenemend) overgewicht (primaire preventie) en aan het verminderen van bestaand overgewicht (secundaire preventie). Daarnaast is primaire preventie mogelijk door het stimuleren van borstvoeding (zes maanden of langer). Diverse onderzoeken en een meta-analyse leveren voldoende aanwijzingen voor een positief effect van borstvoeding op het ontstaan van overgewicht.¹⁰⁻¹² Deze vijf interventies hebben positieve neveneffecten en zijn niet schadelijk voor kinderen (tabel 1).

Uitwerking voor de praktijk

Uitgegaan is van een sluitende aanpak voor kinderen met overgewicht: door primaire preventie en door advisering en begeleiding na signalering van overgewicht (secundaire preventie). Een ander uitgangspunt is dat overgewicht bij kinderen met een normale lichaamslengte en een normale ontwikkeling niet berust op een lichamelijke afwijking.

Het overbruggingsplan

Na signalering van overgewicht worden met ouders (en kind) de risico's van overgewicht besproken. vervolgens wordt een anamneselijst afgenomen, waarbij

Mw. dr. A.M.W. Bulk-Bunschoten arts Maatschappij & Gezondheid,
mw. dr. C.M. Renders, epidemioloog, senior onderzoeker, hr. prof. dr.
R.A. HiraSing hoogleraar JGZ, allen afdeling Sociale Geneeskunde,
EMGO-Instituut, VU medisch centrum.

Correspondentieadres: Mw. dr. A.M.W. Bulk-Bunschoten, afdeling Sociale
Geneeskunde, EMGO-Instituut, VU medisch centrum, Van der
Boechorststraat 7, 1017 BT Amsterdam, amw.bulk@vumc.nl.

de kennis van ouders (en kind) over het ontstaan van overgewicht wordt nagegaan (tabel 2) en wordt gekeken naar het gedrag op de vier veelbelovende elementen. Tevens wordt de motivatie bepaald om wat aan het overgewicht te gaan doen (tabel 3). Vervolgens wordt bij voldoende motivatie samen met de ouders een voor hen haalbaar veranderplan opgesteld op één of meer van de elementen. Bij dit veranderplan wordt gebruikgemaakt van dagboekjes.

Zijn ouders en/of kind onvoldoende gemotiveerd dan wordt getracht deze motivatie in een extra consult te verkrijgen. Het kan ook duidelijk worden bij het afnemen van de anamneselijst dat meer speciale begeleiding nodig is (diëtist, fysiotherapeut of pedagoog/psycholoog).

Essentieel in de aanpak is dat ouders en kind zelf het aangrijpingspunt bepalen, waarbij de begeleider let op de haalbaarheid van de aanpak van de ouders. Bijvoorbeeld: nooit meer gezoete drank in de komende weken is onhaalbaar bij een kind dat tot dit moment vijf glazen gezoete drank per dag gebruikte. Beperking tot twee glazen per dag heeft wel een kans van slagen. In volgende consulten wordt bekeken of het gestelde doel bereikt is. BMI en middelomtrek worden bepaald. De BMI zal binnen een korte periode nog geen verandering laten zien. De middelomtrek mogelijk wel. Dit is de reden om de middelomtrek te meten voor het vaststellen van het effect van de advisering. Een positief resultaat geeft een extra stimulans om door te gaan en/of een ander doel af te spreken.

Is het gestelde doel niet bereikt dan wordt een minder hoog gesteld doel geprobeerd. Lukt dit weer niet dan wordt verwezen. Zo mogelijk kan de huisarts een nieuwe poging tot motivatie doen.

Verwacht wordt dat door haalbare doelen te stellen die ouders zelf kunnen bepalen, de kans op slagen van de begeleiding het grootst is. In figuur 1 is het overbruggingsplan schematisch weergegeven.

Discussie

Uit het literatuuronderzoek en de raadpleging van experts zijn vijf veelbelovende interventies naar voren gekomen; borstvoeding stimuleren, buitenspelen en ontbijten stimuleren, frisdrankgebruik en tv-kijken

Tabel 1

Positieve neveneffecten van de vijf activiteiten van primaire en secundaire preventie van overgewicht

<i>preventie door</i>	<i>positieve neveneffecten</i>	<i>norm</i>
verminderen van inactiviteit (tv, computer)	verbetering lichamelijke conditie	≤2 uur per dag
verminderen van gebruik gezoete dranken	vermindering cariës en tanderosie	≤2 glazen per dag
stimuleren van buitenspelen	verbeteren lichamelijke conditie, motorische ontwikkeling en bevorderen sociaal contact	≥1 uur (actief bewegen)
stimuleren van ontbijten	verbeteren schoolprestaties en bevorderen contact binnen het gezin	iedere dag
stimuleren van borstvoeding	minder infecties en minder allergische reacties bij de kinderen, moeders eerder op gezond gewicht na de zwangerschap	≥6 maanden

verminderen. In tabel 1 wordt aangegeven wat normaal is. Door de gevolgde werkwijze berust het plan zowel op de huidige wetenschappelijke inzichten als op toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk van de JGZ en de huisarts.^{6,13}

De nog steeds stijgende prevalentie, tracking en de moeilijke behandelbaarheid maken dat preventie, signalering van en advisering bij overgewicht zo jong mogelijk dient te geschieden.

De aanpak van overgewicht bij kinderen heeft ook invloed op het overgewicht van ouders, met name omdat zij het goede voorbeeld moeten geven. Wel moet voorafgaand aan de begeleiding gekeken worden naar de motivatie van ouders en kind. De instructie hiervoor staat in tabel 3. Deze berust op het model van Poraschka.¹⁴ Op deze wijze wordt aangesloten bij de wijze van gedragsmotivering in de huisartsgeneeskunde. Bij ongemotiveerde ouders en/of kinderen is starten met het overbruggingsplan een stap te ver.

Het overbruggingsplan is alleen bedoeld voor kinderen met overgewicht. Kinderen met obesitas worden verwezen naar de kinderarts om oorzaak van de obesitas en al opgetreden comorbiditeit vast te stellen. Obesitas op jonge leeftijd berust in maximaal 10% op een onderliggend probleem of leidt tot comorbiditeit (metabool syndroom, diabetes type 2 of hart- en vaatziekten). Gaat het overgewicht tijdens de begeleiding desondanks over in obesitas dan wordt alsnog verwezen. Als de begeleiding gestaakt moet worden door onvoldoende motivatie of te grote bijkomende knelpunten dan wordt eveneens verwezen.

Het 'overbruggingsplan' zal een onderdeel zijn van een totaalplan met collectieve preventie- en omgevingsmaatregelen. Daarom moeten naast individuerichte advisering ook maatregelen op collectief en omgevingsniveau worden genomen ter preventie van overgewicht bij kinderen. Alle betrokkenen bij kinderen met overgewicht, zoals diëtisten, onderwijzend personeel, huisartsen en kinderartsen kunnen echter gebruikmaken van de vier veelbelovende elementen uit het overbruggingsplan. Hierdoor wordt een eenduidige boodschap wijd verspreid en is de kans op succes groter.

Tabel 2
Anamneselijst*

anamneselijst overgewicht

1. Wat vindt u van het gewicht van uw kind?
2. Kent u de gevolgen van overgewicht?
Zo niet, bespreken en folder meegeven om thuis na te lezen.
3. Kent u oorzaken van overgewicht bij kinderen?
Wat denkt u dat de oorzaak van het overgewicht bij uw kind is?
4. Heeft u tot nu toe maatregelen genomen?
ja... nee... Zo ja, welke?
5. Wat geeft u uw kind te drinken?
– bij het eten
– tussendoor
6. Hoe vaak en hoeveel gezoete dranken krijgt uw kind per dag/week?
7. Hoe lang zit uw kind gemiddeld per dag voor de tv of achter de computer?
8. Heeft uw kind een tv op zijn/haar eigen kamer?
Heeft uw kind een computer op zijn/haar eigen kamer?
9. Hoe lang (gemiddeld aantal minuten/dag) speelt, wandelt of fietst uw kind buiten per dag?
– spelen
– wandelen
– fietsen
10. Sport uw kind in clubverband?
Hoeveel tijd per week?
11. Ontbijt uw kind?
Zo nee, waarom niet?
12. Wat eet uw kind als ontbijt?
13. Heeft uw kind gezondheidsproblemen?
ja... nee... Zo ja, welke?
14. Gebruikt uw kind medicatie?
ja... nee... Zo ja, welke?
15. Bij adolescenten: rook je (hoeveel sigaretten gisteren) en/of drink je alcohol (hoeveel glazen afgelopen weekend)?
16. Welke gedrag denkt de ouder of de adolescent zelf te kunnen veranderen?
– op gebied van gezoete dranken
– op gebied van tv-kijken
– op gebied van buitenspelen/bewegen
– op gebied van ontbijten

* Bij adolescenten met overgewicht worden de vragen aan hen zelf gesteld.

Aan de uitvoering van het overbruggingsplan voor de aanpak van overgewicht zit ook een aantal knelpunten: Het aantal kinderen datesignaleerd wordt en zal gaan worden is groot. Hierdoor zal meer tijd dan momenteel aan kinderen met overgewicht worden besteed. Het overbruggingsplan geeft echter ook structuur en beperking tot vier elementen. Uitvoering zal relatief minder tijd kosten dan bij een gelegenheidsaanpak. Opname van de anamneselijst overgewicht en het BMI-diagram met de afkappunten in een elektronische dossier zal de tijdsinvestering verminderen. Een andere vraag is of bloeddrukmeting in de JGZ bij kinderen met overgewicht zinvol is als methode om comorbiditeit op te sporen. Een tweede vraag hierbij is vanaf welke leeftijd de bloeddruk gemeten moet worden. Hiernaar moet nader onderzoek plaatsvinden. Signalering van overgewicht in de JGZ is pas mogelijk vanaf de leeftijd van 2 jaar. Nagegaan moet worden welke determinanten voor die leeftijd te bepalen zijn waardoor ook bij kinderen met een hoog gewicht t.o.v. hun lengte in deze leeftijdsgroep een interventie plaats kan vinden.

De uniforme werkwijze maakt het mogelijk het overbruggingsplan, hoewel bedoeld als overbrugging tot

een evidence-based methode ontwikkeld is, te evalueren op toepasbaarheid en effectiviteit. De effectiviteit van het overbruggingsplan kan in de JGZ nagegaan worden, zowel direct na uitvoering van het plan als op de lange termijn.

Conclusie

Het overbruggingsplan is gebaseerd op veelbelovende elementen uit de literatuur en haalbaarheid in de dagelijkse praktijk van de JGZ. Een evidence-based behandelplan voor kinderen met overgewicht is nog niet voorhanden. Wetenschappelijk onderzoek naar evidence-based strategieën bij de preventie en behandeling van overgewicht bij kinderen moet gestimuleerd en gefaciliteerd worden. Tot die tijd moet gewerkt worden met het overbruggingsplan.

Literatuur

1. Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, Leerdam FJM van, HiraSing RA. Signaleringsprotocol overgewicht in de jeugdgezondheidszorg. In: Bonnet-Breusers AJM, HiraSing RA, Rensen HBH, Wagenaar-Fischer MM, red. Praktijkboek jeugdgezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2004. III 1.2-1-III 1.2-28.

Tabel 3
Motatiebepaling

Stappen die doorlopen kunnen worden bij een gedragsverandering. Bij het begin moet de begeleider aansluiten bij het stadium waarin ouders en/of het kind zich bevindt.

Voor-bewustwording

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

Bewustwording

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

Voorbereiding

Het besluit om het gedrag te gaan veranderen is genomen. De ouders of het kind kiezen één of twee van de vier aangrijpingspunten waarop het gedrag veranderd gaat worden. Er bestaan hierbij twee mogelijkheden.

- *Minderen*: hierbij worden concrete afspraken gemaakt voor een bepaalde tijd. Daarbij wordt een plan gemaakt hoe deze doelen bereikt kunnen worden in de specifieke situatie in dat gezin.
- *Stoppen*: hierbij wordt per direct met één aangrijpingspunt gestopt. Het kind gaat niet meer voor de tv of computer zitten, gezoete dranken worden niet meer gebruikt, het ontbijt wordt nooit overgeslagen, enzovoort.

Actie

Er volgt een gedragsverandering, minderen en/of stoppen. Een dagboek wordt bijgehouden. Dit dagboek kan bij eventuele moeilijkheden geanalyseerd worden.

Volhouden

De vervolgconsulten in het overbruggingsplan dienen om de gedragsverandering vol te houden en er eventueel een aangrijpingspunt bij te nemen. Bespreek ook de risicosituaties voor terugval, bijvoorbeeld vakantie, feestdagen, verjaardagen. Ga bij terugval gewoon weer een stapje terug en stel doelen op kortere termijn.

Terugval

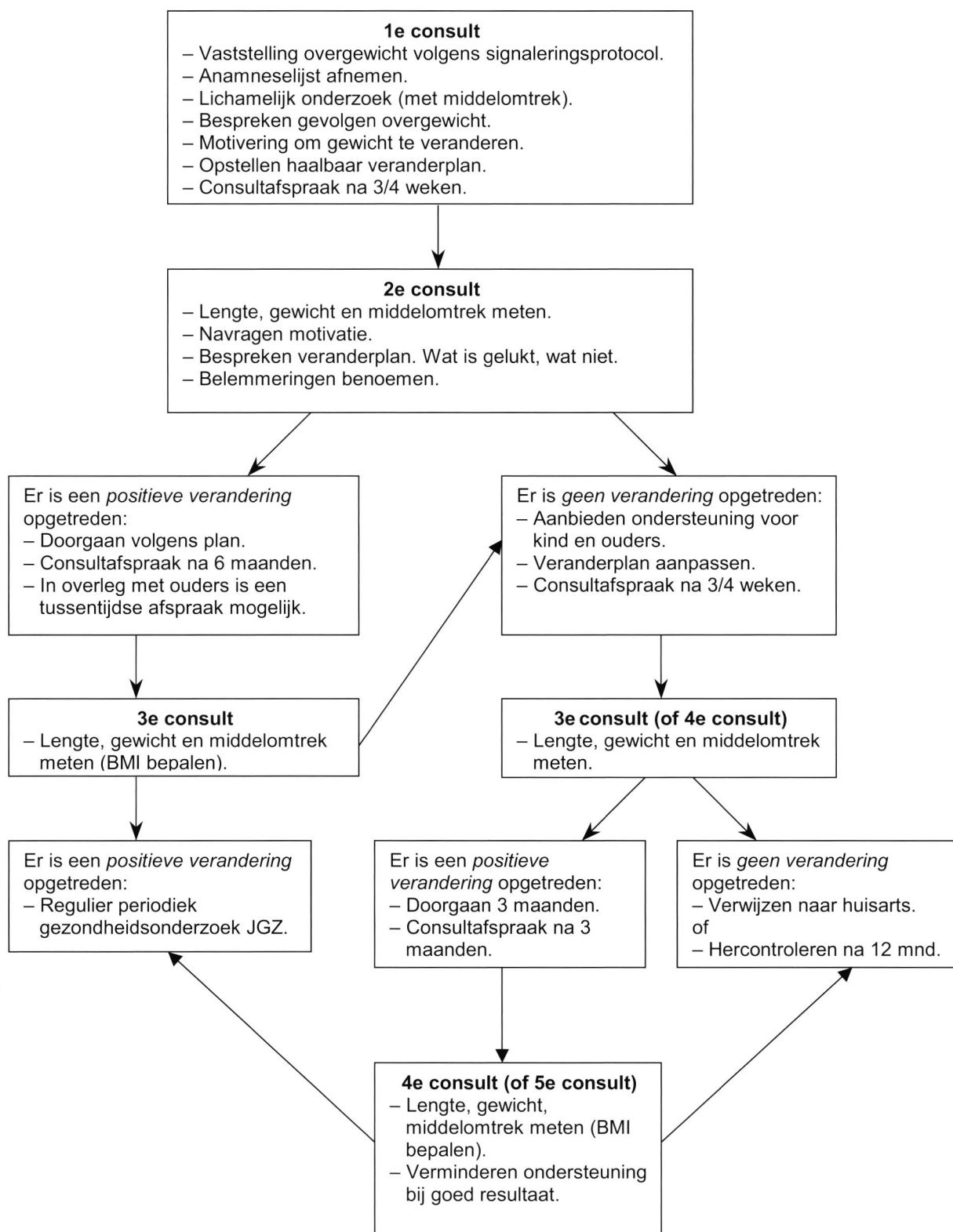
De reden van terugval wordt besproken zonder negatief commentaar, zo nodig kan een nieuwe cyclus op een ander aangrijpingspunt gestart worden, waarna het proces opnieuw doorlopen wordt.

2. Swinburn B, Gill T, Kumanyika S. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obes Rev.* 2005;6(1):23-33.
3. Bautista-Castaño I, Doreste J, Serra-Majem L. Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. *Eur J Epidemiol.* 2004;19:617-22.
4. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet.* 2001;357:505-8.
5. Welsh JA, Cogswell ME, Rogers S, et al. Overweight among low-income preschool children as associated with the consumption of sweet drinks: Missouri, 1999-2002. *Pediatrics.* 2005;115:223-9.
6. Renders CM, Henneman L, Timmermans DR, HiraSing RA. Televisiekijken en eetgewoonten van 6-14 jaar oude Amsterdamse kinderen: een transversaal onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2004;148(42):2072-6.
7. Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA.* 1999;282:1561-7.
8. Muller MJ, Koertzing I, Mast M, et al. Physical activity and diet in 5-7 years old children. *Public Health Nutr.* 1999;2(3A):443-4.
9. Cho S, Dietrich M, Brown CJ, et al. The effect of breakfast type on total daily energy intake and body mass index: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III).
10. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, Kries R von. Breastfeeding and childhood obesity – a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004;28(10):1247-56.
11. Kries R von, Koletzko B, Sauerwald T, et al. Breastfeeding and obesity: cross sectional study. *BMJ.* 1999;319(7203):147-50.
12. Li L, Parsons TJ, Power C. Breast feeding and obesity in childhood: cross sectional study. *BMJ.* 2003;327:904-5.
13. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, et al. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ.* 2005;330(7504):1357.
14. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102-14.

Wist u dat...

- tieners en jongeren van 11 t/m 17 jaar tijdens *Victory for life* ontdekken dat een gezonde, actieve levensstijl helemaal niet saai hoeft te zijn. Afvallen heeft niet de hoogste prioriteit: een beter zelfbeeld, meer bewegen, meer zelfvertrouwen en een positieve associatie met gezond leven zijn minstens zo belangrijk. Kijk voor meer informatie op www.victoryforlife.nl.

Figuur 1
Stroomschema consulten bij begeleiding overgewicht.



Wist u dat...

- de Nederlandse Hartstichting en de Stichting De Kinderconsument onlangs zijn gestart met een groot-schalig project over de effecten van voedingsmarketing op kinderen. Dit project heet 'Kids, Kilo's en Kijkcijfers'. Zie verder www.hartstichting.nl.