

JGZ- richtlijn

# Voeding en eetgedrag

Samenvatting



Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid

## **Auteurs**

C.I. Lanting, N. Heerdink-Obenhuijsen, H.L.L. Schuit-van Raamsdonk,  
E.M.M. Hofman-van den Hoogen, E.H. Leeuwenburg-Grijseels, A. Broerse,  
M. Kamphuis, A.J.P.G. Smeets, K.I. van Drongelen

## **Een publicatie van**

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)  
Churchillaan 11  
3527 GV Utrecht

Auteursrechten voorbehouden  
© Nederlands Centrum jeugdgezondheid, Utrecht, 2013

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen aanvaarden redactie, auteurs en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de of krachtens de in de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere wijze, zonder schriftelijke toestemming van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Alleen organisaties die jeugdgezondheidszorg uitvoeren in opdracht van de gemeente mogen deze uitgave ongewijzigd verspreiden onder hun eigen medewerkers, hetzij in geprinte vorm, hetzij digitaal.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudiging uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijke verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht ([www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelten van deze uitgave in lezingen, readers en andere werken dient men zich tot het NCJ te wenden.

## **Financiering**

Gefinancierd door ZonMw.



## INLEIDING

In deze samenvatting zijn de belangrijkste punten uit de richtlijn 'Voeding en eetgedrag' voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) kort weergegeven. De onderwerpen worden uitgebreider beschreven in de richtlijn zelf. Ook de referenties zijn daarin terug te vinden.

In de eerste 4 levensjaren van een kind zijn er circa 14 momenten waarop het kind en zijn ouders door de JGZ gezien worden. Bij deze contactmomenten wordt rekening gehouden met de fasen van de ontwikkeling van het kind. Na het 4e jaar wordt voor het volgen van de groei en het opbouwen van een gezond voedingspatroon gesteld dat kinderen circa 4 keer door de JGZ gezien worden. De presentatie van eetproblemen bij kinderen en jongeren varieert met de leeftijd. Daarom is de richtlijn ingedeeld in aparte hoofdstukken voor kinderen in de leeftijd van 0-1 jaar, 1-4 jaar en kinderen en jongeren in de leeftijd van 5-19 jaar met een uitloop naar 23 jaar.

## Begripsbepaling

**Voeden** = het geven van eten en/of drinken aan een persoon die hiertoe niet (volledig) zelfstandig in staat is. In het kader van de richtlijn betreft dit zuigelingen en jonge peuters.

**Voedingspatroon** = een combinatie van het soort voedingsmiddelen, de dagelijkse hoeveelheden (per leeftijdscategorie) en het stramien van eetmomenten over de dag.

**Voedingsprobleem** = probleem gerelateerd aan de opname en vertering van voedsel (voedingsproces), dat spanning of bezorgdheid oproept bij het kind/de jongere of de ouders/verzorgers, maar waarbij de gezondheid of de groei van een kind of jongere niet wordt bedreigd.

**Voedingsstoornis** = een stoornis in de opname en vertering van voedsel (voedingsproces) die zo langdurig of ernstig is dat de gezondheid, de groei en/of de (psychosociale) ontwikkeling van een kind of jongere wordt bedreigd.

**Eetgedrag** = de activiteiten van een kind of jongere die erop gericht zijn actief voedsel te verkrijgen en op te nemen.

**Eetprobleem** = eetgedrag dat gerelateerd is aan het niet willen, kunnen, durven of mogen eten en/of drinken en dat spanning of bezorgdheid oproept bij het kind/de jongere en/of zijn ouders/verzorgers, maar de groei, de gezondheid en/of de (psychosociale) ontwikkeling van een kind of jongere niet bedreigt.

**Eetstoornis** = eetprobleem dat, zonder aantoonbare actuele medische oorzaak, zo langdurig of ernstig is dat het de groei, de gezondheid en/of de (psychosociale) ontwikkeling van een kind of jongere bedreigt.

## Epidemiologie

Peilingen onder kinderen en jongeren laten zien dat de samenstelling van de voeding en de hoeveelheid voeding van kinderen en jongeren niet altijd optimaal aansluiten bij de fysiologische/lichamelijke behoeften. Bij alle leeftijdscategorieën is er sprake van onvoldoende consumptie van groente, fruit, vis en vezels. Ruim een derde van de adolescenten drinkt dagelijks suikerhoudende frisdrank. Aandacht is nodig voor de suppletie van vitamine D.

Lichte tot matige eetproblemen komen voor bij 25% tot 45% van de gezonde, zich normaal ontwikkelende jonge kinderen. Er zijn aanwijzingen dat eetstoornissen als anorexia en

boulimia nervosa al voorkomen in de leeftijdsperiode tussen de 8 en 12 jaar. Overgewicht (circa 13% van alle kinderen) en obesitas (circa 2%) bij kinderen vormen een gezondheidsprobleem.

## Rol van de JGZ

JGZ vraagt steeds naar voeding en eetgedrag en krijgt daarover veel vragen. Voeden is de start van de relatieopbouw tussen moeder en kind, en is tevens de start van opvoeden. De belangrijkste taken van de JGZ op het gebied van voeding, eetgedrag en eetpatronen zijn:

Het volgen van de groei, ontwikkeling en gezondheid.

- Voorlichting geven over gezonde voeding, een gezond voedingspatroon en leeftijdsadequaat eetgedrag en het stimuleren van ouders in het opbouwen van een gezond eetpatroon, hierbij rekening houdend met diverse eetculturen.
- Het geven van pedagogische adviezen om eetproblemen te voorkomen.
- Advisering en begeleiding op het gebied van voeding, voedingspatroon en voedingstechniek om voedingsproblemen en verstoord eetgedrag te voorkomen of beperken.
- Het vroegtijdig signaleren en gericht verwijzen bij een (dreigende) voedingsstoornis of een (dreigende) eetstoornis.

Gegevens worden geregistreerd in het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ).

## Richtlijnen Goede Voeding

De basis voor de voedingsadvisering aan alle kinderen en hun ouders vanaf 1 jaar zijn de Richtlijnen goede voeding van de Gezondheidsraad. Deze richtlijnen zijn als volgt samen te vatten:

- Zorg voor een gevarieerde voeding.
- Zorg dagelijks voor voldoende lichaamsbeweging.
- Gebruik dagelijks ruim groente, fruit en volkoren graanproducten.
- Eet regelmatig (vette) vis.
- Beperk het gebruik van producten met een hoog gehalte aan verzadigde vetten en enkelvoudig onverzadigde transvetzuren.
- Beperk het gebruik van keukenzout.
- Beperk het gebruik van voedingsmiddelen en dranken met toegevoegd suiker en met een hoog gehalte aan voedingszuren.
- Voor kinderen tot 18 jaar wordt alcohol ontraden.

Daarnaast heeft de JGZ een rol in de bewustmaking van ouders van het belang van voorbeeldgedrag (zie Praktische pedagogische adviezen voor ouders van kinderen van 0-19 jaar op deze en de volgende pagina).

Voor dagelijks aanbevolen hoeveelheden basisvoedingsmiddelen en vocht wordt verwezen naar de bijlage van deze samenvatting.

## Praktische pedagogische adviezen voor ouders van kinderen van 0-19 jaar

Hierna volgen praktische pedagogische adviezen voor ouders van kinderen van 0-19 jaar. Indien nodig werkt de JGZ bij het begeleiden van ouders samen met een gedragstherapeut/pedagoog (CJG). Houd rekening met de taalvaardigheid van ouders en met de culturele normen en waarden.

<b>Structuur bieden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voldoende tijd en rust creëren om te kunnen eten, zorg voor een ontspannen sfeer.</li> <li>• Vaste momenten voor de maaltijden.</li> <li>• Vaste plaats om te eten (aan tafel).</li> <li>• Vaste tafelopstelling.</li> <li>• Passend materiaal.</li> <li>• Samen eten.</li> <li>• Goed voorbeeld geven.</li> <li>• Prikkelarme omgeving (televisie en computer uit).</li> <li>• Niet eten of drinken in bed.</li> <li>• Voorkom grazen.</li> </ul>
<b>Leidinggeven door ouders</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezond inkoopbeleid.</li> <li>• Bij de leeftijd passende tafelregels.</li> <li>• Ouders op één lijn.</li> <li>• Autoritatieve opvoedstijl: ruimte binnen grenzen; ouders bepalen wat en wanneer er wordt gegeten, kinderen hoeveel.</li> <li>• Duidelijke positief geformuleerde instructie.</li> <li>• Geen dwang of overmatige controle.</li> <li>• Neutrale en zo mogelijk positieve feedback geven.</li> <li>• Presenteer maaltijden uitnodigend en betrek kinderen bij het voorbereiden.</li> <li>• Voorkom overwaardering van de maaltijd.</li> </ul>
<b>Positieve feedback</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouders nemen een ondersteunende en stimulerende houding aan.</li> <li>• Focus op wat goed gaat.</li> </ul>

<b>Aanvullend voor leeftijd 0-1 jaar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Speel in op signalen van honger en verzadiging van de baby.</li> <li>• Bouw een positief contact op tijdens het voeden (oogcontact, lichaamscontact, lichaamshouding, stemgebruik, gebaren, gezichtsuitdrukkingen, ingaan op initiatieven van de baby).</li> <li>• Geen dwang of overmatige controle.</li> <li>• Niet uithongeren, dreigen, straffen.</li> <li>• Niet mechanistisch voeden (niet op de klok).</li> <li>• Ritme opbouwen qua eet- en drinkmomenten.</li> <li>• Ruimte voor ontwikkeling, knoeien mag.</li> <li>• Geef het kind voldoende tijd om nieuwe smaken te leren kennen.</li> <li>• Gebruik eten niet om te straffen of te belonen.</li> <li>• Weigergedrag negeren.</li> </ul>
<b>Aanvullend voor leeftijd 1-4 jaar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neem voldoende tijd om te eten (20-30 minuten is voldoende).</li> <li>• Kook geen aparte maaltijden.</li> <li>• Niet apart laten eten.</li> <li>• Check bij verandering van eetgedrag of het kind ergens mee in de maag zit of iets onder de leden heeft.</li> </ul>
<b>Aanvullend voor leeftijd 5-19 jaar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermijd conflicten aan tafel.</li> <li>• Aandacht voor voeding en bewegen, verband tussen eten en emoties, slankheidsideaal, rol van reclame en media.</li> <li>• Stimuleren van zelfvertrouwen en een positieve lichaamsbeleving.</li> </ul>

# KINDEREN IN DE LEEFTIJD VAN 0-1 JAAR

Door het zo jong mogelijk aanleren van gezonde voedingsgewoonten en adequaat eetgedrag wordt de basis gelegd voor een optimaal voedingspatroon op latere leeftijd. Ouders moeten ruimte bieden voor ontwikkeling, maar binnen door hen vastgestelde grenzen. Een stimulerende houding en het focussen op wat goed gaat dragen bij aan ontspanning, zelfvertrouwen en het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden. Om eetproblemen te voorkomen is het belangrijk dat voedingsopname niet onder externe controle komt, zoals bij strak gehanteerde regels of opdringen van voeding. Ook is het belangrijk dat voeding niet gebruikt wordt voor oneigenlijke doeleinden, zoals troost of compensatie. Tevens dient gestimuleerd te worden dat ouders en kinderen een ontspannen voedingsinteractie met elkaar opbouwen. De voorbeeldfunctie van ouders en een goede sfeer aan tafel met aandacht voor eten bevorderen de ontwikkeling van goed eetgedrag.

Risicogroepen voor het ontwikkelen van ernstige eetproblemen zijn:

- Kinderen met een belaste medische voorgeschiedenis (zoals premature geboorte) toegenomen voedingsbehoeften en/of langdurig sondevoeding.
- Psychiatrische of psychologische problemen bij ouders.
- Kinderen met gedrags- of ontwikkelingsproblemen.

Bij gezonde kinderen vormen voedingsovergangen, ziekteperioden en belangrijke ontwikkelingsprongen of levensgebeurtenissen kwetsbare momenten voor het ontstaan van eetproblemen.

Voor het risico op overgewicht zie JGZ-richtlijn 'Overgewicht' (2012).

## (Volgen van) groei en ontwikkeling

### Groei

Om een stoornis in de groei te objectiveren zijn lengte en gewicht op een bepaalde leeftijd van belang en het beloop van de groeicurve over de tijd. De biometrie wordt op reguliere wijze verricht.

Borstgevoede kinderen zijn in het eerste levenshalfjaar zwaarder dan kinderen die volledige zuigelingenvoeding krijgen; in het tweede levenshalfjaar is het omgekeerd. Rond de leeftijd van twee tot drie jaar zijn deze verschillen in groei meestal verdwenen.



## Ontwikkeling

De JGZ volgt de ontwikkeling van de motoriek, de communicatie, de persoonlijkheid en het sociale gedrag van het kind volgens de standaardwerkwijze en met behulp van het Van Wiechenonderzoek.

Hieronder wordt de normale ontwikkeling van eten en drinken weergegeven. De JGZ past haar kennis hierover toe in de voorlichting aan ouders, daarbij in gedachten houdend dat in individuele situaties flexibiliteit past.

Fase	Leeftijd	Normale ontwikkeling	Eten en drinken
0	0-4 maanden	Reflexmatig zuigen verandert geleidelijk in willekeurig zuigen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitsluitend melkvoeding.</li> <li>• Borstvoeding verdient de voorkeur.</li> </ul> Als het kind geen moedermelk krijgt, wordt kunstvoeding (volledige zuigelingenvoeding) gegeven.
1	4-6 maanden	Leren eten van een lepeltje (afhappen).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle voedingen melkvoeding (moedermelk en/of kunstvoeding)</li> <li>• Introductie van bijvoeding, inclusief gluten, geen vervanging van melkvoeding, slechts enkele lepeltjes. Hapjes zijn dik, vloeibaar en glad.</li> </ul>
2	≥ 7 maanden	Grovere en drogere voeding wordt beter beheerst en doorgeslikt.  Leert kauwen: stukjes worden met de tong afwisselend van links naar rechts in de mond gebracht; kan zélf eten met handen en vingers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bijvoeding begint geleidelijk melkvoeding (moedermelk en/ of opvolgmelk) te vervangen.</li> <li>• Lepelvoeding wordt geleidelijk grover (met stukjes) en uitgebreider</li> <li>• Het kind leert kleine zachte stukjes (brood, gare bloemkool, een babykoekje, etc.) eten.</li> </ul>
3	10-12 maanden	Kauwt losse stukjes; leert drinken uit een beker; leert om zélf met een lepeltje te eten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bijvoeding vervangt steeds meer melkvoedinghapjes worden maaltijden.</li> <li>• Eten is grof gesneden of gepraakt.</li> </ul>
4	> 12 maanden	Eet met het gezin mee.	Kind krijgt borstvoeding zolang moeder en kind dat willen. Indien kind kunstvoeding krijgt, vanaf 12 maanden geen opvolgmelk meer geven, maar halfvolle melk uit een beker. Gebruik van de zuigfles wordt afgebouwd.

## Algemene Voorlichting en advies

### Melkvoeding

De JGZ adviseert alle ouders om ten minste gedurende 6 maanden moedermelk te geven. Voeden op verzoek en rooming-in bevorderen een goede start. Moedermelk is een volwaardige voedingsbron tot de leeftijd van 6 maanden. Met borstvoeding kan worden doorgegaan zolang moeder en kind dat kunnen en willen. Indien geen of gedeeltelijk borstvoeding wordt gegeven, dan kan kunstvoeding<sup>1</sup> (< 6 maanden) of opvolgmelk (6-12 maanden) worden (bij)gegeven.

Kinderen hebben vanaf de zesde maand meer ijzer nodig, vanwege het uitputten van de bij de geboorte meegekregen lichaamsvoorraad ijzer. Koemelk bevat weinig ijzer. Opvolgmelk bevat toegevoegd ijzer, minder eiwit en minder natrium en verdient daarom de voorkeur voor kinderen van zes tot twaalf maanden boven koemelk.

### Behoeft

#### Borstvoeding

De Wereldgezondheidsorganisatie adviseert dat baby's op verzoek borstvoeding krijgen. Dit houdt in: zo vaak en lang als het kind wil, zowel overdag als 's nachts. In de eerste levensweek betekent dit minimaal acht voedingen per etmaal.

#### Kunstvoeding

De meeste kinderen willen vanaf 1 maand ongeveer 6 keer per dag een fles. In de eerste weken willen de meeste kinderen vaker gevoed worden. Ieder kind ontwikkelt een eigen ritme; er zijn kinderen die minder vaak drinken en anderen drinken juist vaker. Ook per dag kan dit verschillen.

Als vuistregel voor de benodigde hoeveelheid voeding in het eerste half jaar wordt een hoeveelheid van circa 150 ml per kg lichaamsgewicht aangehouden. Deze hoeveelheid wordt dan verdeeld over het aantal flessen dat de zuigeling per etmaal krijgt. De groei van het kind is de belangrijkste maat om te bezien of het kind genoeg voeding krijgt, belangrijker dan de exacte hoeveelheid voeding. Hierbij zijn geen minimale of maximale hoeveelheden vastgesteld en zijn de urine- en ontlastingproductie, naast het gewicht, een indirecte maat om te zien of het kind voldoende of misschien te veel binnenkrijgt. Er is geen wetenschappelijk bewijs voor het aanhouden van een maximale hoeveelheid kunstvoeding van 1 liter per dag.

De flessen worden regelmatig over de dag verdeeld en bij voorkeur de eerste zes weken ook 's nachts aangeboden. Ouders bepalen wanneer de fles wordt gegeven, maar het kind bepaalt hoever het de fles leegdrinkt.

Het is belangrijk dat ouders weten dat het niet nodig is de hele fles altijd leeg te drinken.

---

1) De warenwettelijke benaming voor kunstvoeding is volledige zuigelingenvoeding.

## (Bij)voeding

1. Vanaf de leeftijd van 4 maanden (= 17 weken) kan, als kind en ouders eraan toe zijn, bijvoeding geïntroduceerd worden. Dit dient als kennismaking met nieuwe smaken. Het gaat om kleine hapjes (dus een paar lepeltjes). Vanaf zes maanden (= 26 weken) wordt bijvoeding gegeven als hapje(s) naast volledige melkvoeding. Vanaf de leeftijd van 8 maanden dient bijvoeding geleidelijk de melkvoeding te gaan vervangen.
2. Om latere eetproblemen te voorkomen wordt geadviseerd om in ieder geval vóór de 10e maand te starten met grovere stukjes.
3. De JGZ adviseert ouders om in het voedingsschema smaken af te wisselen om de acceptatie van nieuwe voedingsmiddelen op latere leeftijd te verhogen. Tevens wordt geadviseerd om een nieuwe smaak bij herhaling ( $\geq 10$  keer), maar niet noodzakelijk op aaneengesloten dagen, aan te bieden, zelfs als het kind het voedingsmiddel in eerste instantie niet lijkt te lusten.
4. Ouders wordt geadviseerd om voeding niet op te dringen, maar de signalen van het kind te leren herkennen. Stelregel is dat de ouder bepaalt WAT en WANNEER het kind eet en het kind bepaalt HOEVEEL het eet.
5. Ter preventie van overgewicht en cariës adviseert de JGZ ouders om het leren drinken van water te stimuleren.
6. De JGZ adviseert ouders om vanaf de leeftijd van 6 maanden tot een eetritme te komen met niet meer dan 7 eet- en drinkmomenten (inclusief tussendoortjes)<sup>2</sup> per dag.

## Aandachtspunten

- Uit onderzoek blijkt dat de vetinname van kinderen van 9 maanden gemiddeld ongeveer 30 energie%<sup>3</sup> bedraagt, terwijl 40 energie% wordt aanbevolen. Daarom moet het gebruik van zachte dieetmargarine op brood en bereiding van de warme maaltijd met een vloeibare margarine of olie geadviseerd worden.
- Vanwege het uitputten van de bij de geboorte meegekregen lichaamsvoorraad ijzer hebben kinderen vanaf zes maanden meer ijzer nodig. Voedingsmiddelen als vlees, groente, brood en graanproducten zijn van belang voor de ijzervoorziening.
- Kinderen jonger dan één jaar behoren nog geen honing te krijgen in verband met het risico op botulisme.
- Aan de voeding wordt geen zout toegevoegd. Een hogere inname van natrium zou kunnen leiden tot een verhoogd risico op hypertensie en nierproblemen op latere leeftijd. Ons eten bevat van nature voldoende zout. Producten als seitan (eiwitrijk vegetarisch product gemaakt van tarwegluten), olijven en smeerkaas zijn van zichzelf

---

2) Uitgezonderd water of thee zonder suiker en melk.

3) Energieprocent (en%) is het aandeel dat een voedingsstof levert aan het totale aantal calorieën ofwel de totale energie-inname.

erg zout en mogen daarom alleen beperkt gebruikt worden. Bij kinderen van 6 maanden tot 1 jaar bij de maaltijd liever niet meer dan 1 à 2 boterhammen per week met smeerkaas geven.

- Nitraatrijke groente (spinazie, andijvie, bietjes, bleekselderij, sla, venkel en paksoi) wordt pas na de leeftijd van 6 maanden geïntroduceerd, niet vaker dan twee keer per week en niet in combinatie met vis. Dit geeft risico op de vorming van endogene nitrosamine, dat mogelijk kankerverwekkend is.
- (Smeer)leverworst bevat veel vitamine A waar kinderen snel te veel van binnenkrijgen. Bij kinderen van 6 maanden tot 1 jaar bij de maaltijd liever niet meer dan 1 à 2 boterhammen per week besmeerd met (smeer)leverworst geven.

### **Vitamine K-suppletie**

Moedermelk bevat weinig vitamine K en dekt de vitamine K-behoefte van het kind gedurende de eerste 3 levensmaanden niet. Direct na de geboorte wordt 1 milligram vitamine K gegeven. Daarna wordt bij de borstgevoede zuigeling een week na de geboorte gestart met suppletie van vitamine K, dagelijks 150 microgram per dag tot de leeftijd van 13 weken. Indien minimaal 500 ml volledige zuigelingenvoeding wordt gegeven, is suppletie van vitamine K niet noodzakelijk.

Voor prematuren geldt een vitamine K-suppletieadvies van 150 microgram per dag tot de gecorrigeerde leeftijd van 13 weken.

### **Vitamine D-suppletie**

Voor à terme geboren en wordt een dagelijkse vitamine D-suppletie van 400 IE (10 microgram/dag) geadviseerd tot een leeftijd van 4 jaar. Dit suppletieadvies geldt zowel voor kinderen die borstvoeding krijgen als voor kinderen die kunstvoeding (of een combinatie hiervan) krijgen.

Voor prematuren wordt een vitamine D-inname van 800-1000 IE per dag (20-25 microgram per dag) gedurende de eerste maanden aanbevolen, zowel voor kinderen die moedermelk krijgen als voor kinderen die kunstvoeding krijgen. Vanaf het gewicht van 1250 gram wordt 10 microgram per dag vitamine D additioneel gegeven.

Druppels vitamine D en K zijn zonder recept te koop bij apotheek of drogist. Aanwijzingen voor gebruik staan op de verpakking. Combinatiedruppels met vitamine A en D moeten ontraden worden in verband met het risico op overdosering van vitamine A.

### **Signalering van problemen**

Indien de ouders of de JGZ zorgen hebben op voedingsgebied, brengt de JGZ op basis van spontaan genoemde symptomen, het afnemen van een voedings- en eetanamnese en lichamelijk onderzoek, het voedingspatroon, eetgedrag en de lichamelijke toestand van het kind in kaart.

<b>Biometrie</b>	Lengte en gewicht worden op reguliere wijze bepaald en beoordeeld.
<b>Anamnese</b>	De JGZ neemt een voedingsanamnese af (wat, hoeveel en wanneer) en doet navraag naar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welbevinden van het kind (malaise, moeheid, lusteloosheid).</li> <li>• Eetgedrag (kokhalzen, manier waarop ouders het eetgedrag van hun kind ervaren en hanteren).</li> <li>• Eetlust (verandering van eetlust na ziekte, recidiverende koortsp perioden).</li> <li>• Defecatie (diarree, obstipatie, ontkleurde ontlasting, bloedbijmenging).</li> <li>• Mictie.</li> <li>• Gebruik van medicijnen.</li> </ul>
<b>Lichamelijk onderzoek</b>	Lichamelijk onderzoek en ontwikkelingsonderzoek worden zoals gebruikelijk uitgevoerd. Er wordt gelet op: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algemene indruk, voedingstoestand, tekenen van uitdroging.</li> <li>• Aspect en kleur van huid en slijmvliezen.</li> <li>• Mond (cariës), keel, neus en oren.</li> <li>• Hart en longen.</li> <li>• Abdomen (obstipatie).</li> </ul>

## Begeleiding en verwijzing bij (verdenking op) problemen

### Voedingsproblemen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de signalering, begeleiding en verwijzing door de JGZ bij voedingsproblemen. Een (kinder)diëtist kan informatie en begeleiding geven bij vragen over gezonde voeding en een gezond voedingspatroon, zeker als adviezen van de JGZ onvoldoende helpen.

Probleem	Begeleiding	Verwijzen
<b>Spugen</b>	<p>Meestal gewoon voorkomend bij zuigelingen door gulzig drinken of lucht happen. Mondjes teruggeven is fysiologisch. Bij veel spugen is advies: baby meer rechtop houden tijdens voeding en erna. Eventueel indikken van voedsel d.m.v. johannesbroodboompitmeel.</p> <p>Spugen kan ook leiden tot uitdroging (dehydratie). Als een zuigeling vrolijk is, goed groeit en minimaal zes natte luiers per dag heeft, is er geen reden tot bezorgdheid.</p> <p>Bij twijfel: voor en na verschonen de luiers wegen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar huisarts/kinderarts of kinderchirurg: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij persisterend spugen met gewichtsstilstand of -verlies.</li> <li>- Bij projectielbraken (pylorushypertrofie).</li> <li>- Bij kenmerken en symptomen van dehydratie.</li> </ul> </li> <li>• Naar prelogopedist voor extra aandacht voor houding, materiaal, manier van voeden.</li> </ul>

<p><b>Kokhalzen en verslikken</b></p>	<p>Kokhalzreflex (ook wel worgreflex genoemd) dient als bescherming, maar kan ook door opdringen van voedsel, door ziekte of stress/angst.</p> <p>Adviseer ontspannen en stabiele houding van ouders en kind tijdens voeding. Let op materiaal, techniek en samenstelling van de voeding.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar prelogopedist bij mondmotorische afwijking.</li> </ul> <p>NB: kan wijzen op een (beginnend) eetprobleem (zie blz. 16)</p>
<p><b>Darmkrampjes</b></p>	<p>Darmkrampjes worden vaak gezien als oorzaak voor (excessief) huilen van zuigelingen. Relatie met voeding is onduidelijk.</p> <p>Voedingswisselingen (van borst- naar volledige zuigelingenvoeding en van het ene soort volledige zuigelingenvoeding naar de andere) afraden.</p> <p>Darmkrampjes kunnen ook ontstaan door te veel voeding per keer of te veel lucht met de voeding mee.</p> <p>Prikkelreductie in de woonomgeving kan bijdragen om het huilen te reduceren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar huisarts/kinderarts: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij een vermoeden van een somatische oorzaak (pijn, urineweginfectie).</li> <li>- Bij psychosociale problematiek.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Diarree</b></p>	<p>De grote variatie in het normale ontlastingspatroon en de ontlastingsconsistentie worden besproken met de ouders. Bij borstvoeding kan na elke voeding dunne ontlasting optreden zonder dat er sprake is van diarree.</p> <p>Diarree wordt gedefinieerd als &gt; 4 keer/ etmaal dunne tot waterige ontlasting.</p> <p>Om uitdrogen te voorkomen wordt bij acute diarree geadviseerd borstgevoede kinderen vaker aan te leggen. Als acute diarree &gt; 1 dag bestaat, moet de zuigeling voor elke dunne luier 10 ml/kg ORS krijgen. Bij kinderen ouder dan 9 maanden geeft men in eerste instantie extra drinken (water, thee, geen vruchtensap).</p> <p>Voedingsadviezen hebben betrekking op adequate hoeveelheden vet, vezels, vocht en fructose.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar huisarts/kinderarts: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij tekenen van uitdroging ondanks adequate vochttoediening</li> <li>- Bij persisterende diarree &gt; 2 weken en verdenking op onderliggende ziekte</li> <li>- Bij (verdenking op) overloopdiarree bij chronische obstipatie, waarbij wijzigingen in voeding geen verbetering geven.</li> </ul> </li> </ul>

<p><b>Moeizame of harde ontlasting</b></p>	<p>Frequentie en consistentie van poepluiers verschillen, zeker bij borstvoeding. Moeizame of harde ontlasting kan een signaal zijn van te weinig of verkeerde voeding.</p> <p>Raad een 'extra schepje' bij het klaarmaken van kunstvoeding af.</p> <p>Richtlijnen goede voeding worden gevolgd met adequate hoeveelheden vezels en vocht (water). Bij kunstvoeding kan de voeding gewijzigd worden in een type met een verhoogd lactosegehalte, aangepaste vetsamenstelling en aangepaste eiwitsamenstelling.</p> <p>Als voedingsadviezen onvoldoende helpen: toevoegen van orale laxantia (handelwijze conform JGZ-richtlijn 'Zindelijkheid').</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar huisarts/kinderarts bij: <ul style="list-style-type: none"> <li>- meconiumlozing &gt; 24 uur;</li> <li>- obstipatie bij leeftijd &lt; 3 maanden;</li> <li>- bloed in ontlasting (NB: fis-suur?);</li> <li>- ontkleurde ontlasting;</li> <li>- gewichtsstilstand of -verlies;</li> <li>- als voedingsmaatregelen niet of onvoldoende helpen.</li> </ul> </li> <li>• Naar kinderdiëtist of gedragstherapeut/pedagoog als wijziging van voedingsmaatregelen en/of voedingsgedrag noodzakelijk lijkt.</li> </ul>
<p><b>Onvoldoende groei</b></p>	<p>Als het kind levendig is, ongeveer zes plasluiers per dag heeft en niet afvalt is er geen reden tot bezorgdheid. Houd rekening met 'catch-up'- en 'catch-down'-groei.</p> <p>Druk op verhoogde inname kan eetsituatie negatief beïnvloeden.</p> <p>Aandachtspunten zijn tijdsduur, frequentie en samenstelling van de voeding.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar kinderarts/huisarts bij: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewichtsverlies &gt; 10% (of meer dan -2,5 SD) in eerste elf levensdagen.</li> <li>- Verandering in gewicht/leeftijd groter dan -1 SD op de groeicurve binnen periode van drie maanden.</li> <li>- Bij chronische ondervoeding: verandering in lengtegroei groter dan 0,5-1 SD per jaar op de groeicurve bij kinderen &lt; 4 jaar (&gt; 4 jaar 0,25 SD/jaar).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Te veel groei</b></p>	<p>Bij kinderen &lt; 2 jaar wordt de gewichtsgroei gemonitord aan de hand van groeidiagrammen voor gewicht naar leeftijd bij 0-15 maanden en groeidiagrammen voor gewicht naar lengte voor 1-4 jaar. Specifieke BMI-afkapwaarden zijn voor kinderen &lt; 2 jaar niet beschikbaar.</p> <p>Zo nodig hulp van gedragstherapeut/pedagoog (CJG) bij twijfel over eetgedrag.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar diëtist bij twijfel aan juistheid van het voedingspatroon.</li> </ul> <p>Voor oorzaken en behandeling zie JGZ-richtlijn 'Overgewicht'.</p>

## Eetproblemen

### Begeleiding:

Zie Praktische pedagogische adviezen voor ouders van kinderen van 0-19 jaar op blz. 6 en 7.

### Verwijzen:

- Naar de prelogopedist bij problemen op het gebied van materiaal, techniek, houding, mondmotoriek.
- Naar een kindardiëtist bij vragen over voeding en voedingspatroon.
- Naar de huisarts/kinderarts :
  - Indien voorlichting, advisering en begeleiding door de JGZ niet (voldoende) helpt.
  - Als een (ernstige) onderliggende somatische ziekte wordt vermoed.

Bij een vermoeden van een eetstoornis waarbij psychiatrische hulp is vereist kan de jeugdarts/huisarts/kinderarts zo nodig verwijzen naar de ggz. De JGZ beoordeelt allereerst of een vermoeden bestaat van somatische problematiek. Bij twijfel wordt naar huisarts/kinderarts verwezen voor nader onderzoek om (onderliggende) somatische problematiek uit te sluiten. Vervolgens kan dan naar een kinderpsycholoog of kinderpsychiater worden doorverwezen.

## Symptomen die kunnen wijzen op een somatische oorzaak

Hieronder geven we symptomen die kunnen wijzen op een somatische oorzaak van voedings- en/of eetproblemen<sup>4</sup> en/of op een eetstoornis. Aangezien de symptomen bij alle leeftijdscategorieën in grote lijnen overeenkomen is onderstaand schema toe te passen bij de contacten met 0- tot 4-jarigen en met kinderen op de basisschoolleeftijd.

### Bij anamnese:

- Orale en/of mondmotorische symptomen: overmatig kwijlen, orale infectie, cariës.
- Dysfagie/odynofagie<sup>5</sup>: verslikken na iedere voeding, kwijlen, persisterende pijn bij slikken > 1 week, alleen passage vloeibare voeding.
- Spugen: projectielbraken, persisterend spugen en gewichtsstilstand of -verlies.
- Keel-, neus-, oren- en luchtwegproblematiek: recidiverende bovenste luchtweginfectie (> 8 per jaar) en gewichtsstilstand of -verlies, chronische rinitis en mondademhaling, gestoorde slaap met stokkende ademhaling en ademstilstanden.
- Afwijkende defecatie: bloed bij ontlasting (NB: fissuur?), ontkleurde ontlasting, persisterende diarree (> 2 weken) en gewichtsstilstand of -verlies.
- Neurologische symptomen en ontwikkelingsachterstand: hoofdpijn, epilepsie, afwijkend looppatroon.

4) Deze symptomen worden door kinderartsen 'somatische alarmsymptomen voor de JGZ' genoemd.

5) Dysfagie = slikstoornis, oodynofagie = pijn tijdens het slikken.



### **Bij biometrie:**

Onvoldoende groei: verandering gewicht/leeftijd  $> -1$  SD op de groeicurve binnen 3 maanden en/of afname in lengtegroei 0,5-1 SD/jaar bij kinderen  $< 4$  jaar of 0,25 SD/jaar bij kinderen  $> 4$  jaar.

### **Bij lichamelijk onderzoek:**

Micro-/macrocephalie, dysmorfieën, huidafwijkingen/eczeem/bleek zien, hepato-/splenomegalie.

### **Symptomen die kunnen wijzen op een eetstoornis**

JGZ beoordeelt de samenhang, de aard en de ernst van de hieronder genoemde symptomen. Er is een verhoogde kans op een eetprobleem of eetstoornis als er sprake is van:

- Langdurige voedselweigering of langdurige slechte voedselinname (langer dan 1 maand).
- Leeftijd waarop de problemen zich voor het eerst aandienen  $< 2$  jaar.
- Aanwezigheid van ten minste een van de volgende symptomen:
  - anticipatoir kokhalzen;
  - pathologisch voedingswijze.

Onder het begrip 'anticipatoir kokhalzen' wordt verstaan: kokhalzen voordat het voedsel geproefd is of zelfs zonder dat het kind het voedsel in de mond heeft genomen.

Onder 'pathologische voedingswijze' vallen:

- 's Nachts voeden (bij kind  $> 6$  maanden).
- Achtervolgen ('stalken') met voeding.
- Dwingend voeden.
- Mechanistisch voeden (op de klok, zonder acht te slaan op tekenen van honger en verzadiging, ongeïnteresseerd).
- Afleidingsmanoeuvres bij het voeden.

## Kinderen in de leeftijd van 1-4 jaar

Als een kind 1 jaar oud is, is de overgang van volledige melkvoeding naar zowel vaste als vloeibare voeding voltooid en is de basis gelegd voor een gevarieerd voedingspatroon en voor een adequaat eetgedrag. In de periode van 1-4 jaar wordt dit verder uitgebreid.

Een gevarieerde voeding voorziet dan in de behoefte aan alle voedingsstoffen, met uitzondering van vitamine D.

Voor diversiteit in eetculturen en bijzondere voedingsgewoonten (bijvoorbeeld vegetarisme): zie de volledige richtlijn.

Een gezond voedingspatroon houdt in:

- Regelmaat: drie hoofdmaaltijden en op vaste momenten iets tussendoor, met een maximum van zeven eet- en/of drinkmomenten per etmaal.
- Variatie, met ruime hoeveelheden groente, fruit en bruin- of volkorenbrood om de behoefte aan voedingsvezels te dekken.

## (Volgen van) groei en ontwikkeling

De biometrie wordt verricht volgens de handleiding Groeidiagrammen 2010. De JGZ volgt de ontwikkeling van de motoriek, de communicatie, de persoonlijkheid en het sociale gedrag van het kind conform de standaardwerkwijze en met behulp van het Van Wiechenonderzoek op voldoende contactmomenten om de groei en ontwikkeling adequaat te monitoren.

Vanaf de leeftijd van 1 jaar kan het kind in principe met de andere leden van het gezin mee-eten. De motorische ontwikkeling is aanvankelijk nog onrijp, waardoor de oog-hand-mondcoördinatie niet vloeiend uitgevoerd wordt. Als het kind 2 jaar is, kan het goed eten met de lepel en drinken uit een beker.

Autonomie ('zelf doen') en imitatie, kieskeurigheid, zelfstandigheid en het ontdekken van de eigen persoon maken dat peuters wispelturige eters zijn. De meeste peuters vertonen enige mate van neofobie. Bovendien kunnen zij de ene dag veel, de andere dag weinig tot niets eten.

Met het toenemen van de spraak en taal kan de peuter beter aangeven wat hij (meestal) wel of niet wil.

## Algemene Voorlichting en advies

### Gezonde voeding

Vanaf de leeftijd van 1 jaar moet bij de samenstelling van de voeding worden gelet op:

- De hoeveelheid en de aard van het vet (magere en halfvolle melk(producten) gebruiken en weinig verzadigd vet).
- De hoeveelheid voedingsvezels (bruin brood eten, en voldoende groente en fruit).
- De ijzervoorziening (in combinatie met vitamine C-bron betere opname).
- De keuze van dranken (frisdrank en gezoete dranken beperken).
- Vitamine D-suppletie van 10 microgram per dag vindt bij alle kinderen tot 4 jaar plaats, ongeacht de zuigelingenvoeding of gewone voedingsmiddelen die het kind krijgt.

### Adequaat eetgedrag

- Adviseer ouders maximaal 7 eet- en/of drinkmomenten (inclusief tussendoortjes) per dag aan te houden zittend op een vaste plaats, bijvoorbeeld aan een tafel.
- Door tafelregels af te spreken en korte praktische gedragsinstructies weten kinderen wat er van hen verwacht wordt. Goed voorbeeldgedrag van de ouders is nodig.
- Adviseer als een kind een bepaald voedsel weigert, dit bij herhaling (10-15 keer) aan te bieden in een ontspannen omgeving zodat het kind leert zijn angst voor het voedsel te overwinnen.
- Verder draagt bij aan goed eetgedrag: leuke sfeer aan tafel, aantrekkelijke presentatie van het voedsel, aandacht voor het kind en eten zonder afleiding (televisie e.d.)
- Het kind bepaalt zelf HOEVEEL het eet, de ouders bepalen WAT en WANNEER het kind eet.

### Signalering

Zie 0-1 jarigen, op blz. 11 en 12.

## Begeleiding en verwijzing bij (verdenking op) Problemen

### Voedingsproblemen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de begeleiding en verwijzing door de JGZ bij voedingsproblemen. Veel ouders hebben zorgen over het eten van hun peuter. Een goede voedingsanamnese en eventueel een voedingsdagboekje geven de JGZ handvatten bij de begeleiding. Een kinderdiëtist kan begeleiden bij het normaliseren van het voedingspatroon en eetgedrag en het bereiken van een normaal gewicht, zeker als eerder gegeven adviezen door de JGZ niet het gewenste effect hebben.

Probleem	Begeleiding	Verwijzen
<b>Spugen</b>	Als het kind normaliter goed eet, vrolijk en actief is, geen koorts heeft en regelmatig plast en poept is er geen reden om zorgen te maken. Let op voldoende vochtinname. Te weinig plassen en extreme lusteloosheid zijn tekenen van dehydratie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar huisarts/kinderarts bij persisterend braken (&gt; 3 x daags gedurende de laatste 1-3 dagen) en/of tekenen van dehydratie.</li> </ul>
<b>Diarree</b>	<p>Peuterdiarree wordt vrijwel altijd veroorzaakt door een onevenwichtige voeding (zoals overmaat aan vruchtensappen en vocht, tekort aan vetten en vezels). Adviseer volle melk(producten), dieetmargarine op brood en een bak- en braadproduct of olie voor de warme maaltijd voor een verhoogde vetinname. Vezels zitten in groente, fruit en bruin of volkoren brood. Vruchtensap, vooral appelsap, vermijden.</p> <p>Let op voldoende vochtinname.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar huisarts/kinderarts: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij persisterende diarree (&gt; 4 x daags dunne ontlasting gedurende &gt; 2 weken)</li> <li>- Als de diarree samengaat met gewichtsstilstand of -verlies.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Moeizame of harde ontlasting</b>	Aanpassen van het voedingspatroon (meer vezels, meer vet). Let op voldoende vochtinname (waterinname). Daarnaast aandacht voor een regelmatig eetpatroon en een goed ontbijt. (zie ook JGZ-richtlijn Zindelijkheid)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar huisarts/kinderarts bij bloed bij de ontlasting (uitsluiten fissuur) en/of gewichtsstilstand of -verlies.</li> </ul>
<b>Onvoldoende groei</b>	<p>Gewichtsverlies of onvoldoende gewichtstoename kunnen acuut plaatsvinden (bijv. bij koorts, infecties of verlies van eetlust) en chronisch (bij o.a. parasitaire infecties, chronische ziekten, verwaarlozing en eetproblemen). In geval van ondervoeding bij chronische ziekten kan de lengtegroei ook afbuigen.</p> <p>Rekening moet worden gehouden dat druk op een verhoogde inname (het kind zou meer moeten eten) de eetsituatie negatief zal beïnvloeden, waardoor onvoldoende groei.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar huisarts/kinderarts: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij kinderen <math>\geq</math> 1 jaar bij een verandering in gewicht/lengte van &gt; -1 SD op de groeicurve binnen 3 maanden.</li> <li>- Verwijzing vindt bij kinderen &lt; 4 jaar plaats bij een afname in lengtegroei van 0,5-1 SD in afgelopen jaar.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Te veel groei</b>	Voorlichting, advisering en verwijzing vinden plaats volgens het overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Zie JGZ-richtlijn 'Overgewicht' (2012).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij obesitas verwijzen naar huisarts/kinderarts.</li> </ul>

## Eetproblemen

### Begeleiding:

Allereerst dient de bezorgdheid van ouders over het eten van hun kind te worden vermindert wanneer het normale faseproblematiek betreft, door de nadruk te leggen op groei in plaats van wat en hoeveel het kind zou moeten eten. De groeisnelheid van peuters is lager dan die van zuigelingen. Bij het geven van adviezen aan ouders is kennis over de normale ontwikkeling van het eetgedrag het uitgangspunt. De JGZ moet rekening houden met het abstractievermogen en de taalvaardigheid bij laaggeschoolde ouders en/of ouders die het Nederlands slecht beheersen en advies op maat geven.

Veel jonge kinderen kunnen hun emoties nog niet onder woorden brengen en vertalen dit in verandering van eetgedrag. Jonge kinderen kunnen verder een terugval in eetgedrag laten zien voor, tijdens en na een ziekteperiode of ziekenhuisopname. Ook ingrijpende gebeurtenissen, zoals een verhuizing of een scheiding, kunnen tijdelijke ontregeling veroorzaken. Het is belangrijk dat hardnekkig verstoord eetgedrag zo snel mogelijk wordt genormaliseerd om toenemende spanningen en patroonvorming te voorkomen.

Voor een samenvatting van praktische pedagogische advisering voor ouders van kinderen van 0-19 jaar zie blz. 5.

### Verwijzen:

- Naar een prelogopedist bij problemen op het gebied van materiaal, techniek, houding, mondmotoriek/-sensoriek.
- Naar een kinderdiëtist bij vragen over voeding en voedingspatroon.
- Naar de huisarts/kinderarts vindt plaats:
  - Als voorlichting, advisering en begeleiding door de JGZ onvoldoende helpen.
  - Als het eetprobleem de groei en ontwikkeling van het kind bedreigt en/of als een ernstige) onderliggende organische ziekte wordt vermoed.
  - Bij een vermoeden van een eetstoornis. De jeugdarts/huisarts/kinderarts kan na uitsluiten van een somatische oorzaak doorverwijzen naar een kinderpsycholoog of kinderpsychiater.

Voor symptomen die kunnen wijzen op een somatische oorzaak en symptomen die op een eetstoornis wijzen verwijzen we naar het onderdeel kinderen van 0-1 jaar.

# KINDEREN EN JONGEREN IN DE LEEFTIJD VAN 5-19 JAAR

Op de basisschoolleeftijd wordt een groep kinderen gezien (de restrictieve eters) die al van jongs af aan weinig eten, maar wel een normaal gevarieerd eetpatroon laten zien. Zij bezetten veelal de onderste lijnen van de groeicurve. Daarnaast is er de groep kinderen (de selectieve eters) die opvallend kieskeurig zijn. Als moeilijk eten gepaard gaat met een overmatige gerichtheid van kinderen op hun voedingspatroon, lichaamsvorm of lichaamsgewicht kan dit een aanwijzing zijn voor een beginnende klassieke eetstoornis (anorexia nervosa, boulimia nervosa).

## (Volgen van) groei en ontwikkeling

Tijdens contactmomenten volgens het basistakenpakket worden alle kinderen op reguliere wijze gemeten en gewogen. Naast het gewicht zelf is het verloop ervan relevant. Het biometrische onderzoek wordt aangevuld met de 'klinische blik' van de onderzoeker.

Op de basisschoolleeftijd nemen de cognitieve, verbale, motorische en sociale mogelijkheden van kinderen snel toe, onder andere door het didactische en sociale aanbod op school en door uitbreiding van het derde milieu. In de (pre)puberteit kan een kind door lichamelijke veranderingen onzeker worden en zich niet meer vertrouwd met het eigen lichaam voelen. (Pre)pubers zoeken naar de eigen identiteit, eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid, losmaking van de ouders, hebben meer contacten met en toegenomen afhankelijkheid van de achting van leeftijdsgenoten.

## Algemene Voorlichting en advies

### Gezonde Voeding

*Gezonde voeding* betekent elke dag eten uit alle vakken van de Schijf van Vijf. Vaste eet- en drinkmomenten samen met de ouders zijn belangrijk: ontbijt, lunch en warme maaltijd. Er is ook ruimte voor extra's. De ruimte voor de hoeveelheid tussendoortjes is afhankelijk van het geslacht en van hoeveel het kind eet en beweegt. De maximale ruimte voor extra's is ongeveer 200-300 kcal/dag. Energy- en sportdrinkjes zijn populair bij jongeren. Energydrinks worden niet aanbevolen vanwege de hoeveelheid toegevoegd cafeïne (veroorzaakt rusteloosheid, nervositeit). Sportdrink is calorierijk, want bedoeld voor (top) sporters, en draagt zeker bij regelmatig gebruik bij aan het ontstaan van overgewicht. Alcohol wordt tot het 18e jaar ontraden.

*Vitamine D-suppletie.* Voor kinderen en jongeren met een donkere huidskleur of kinderen en jongeren die niet voldoende buiten komen geldt ook na de leeftijd van 4 jaar een suppletieadvies van 10 microgram vitamine D per dag.

## Adequaat Eetgedrag

Met betrekking tot het ontwikkelen van *adequaat eetgedrag* wordt bij contacten met kinderen en jongeren gelet op:

<b>Rol van ouders en leeftijdsgenoten</b>	Zolang het kind thuis woont, zijn de ouders degenen die het goede voorbeeldgedrag horen te geven, waarbij zij o.m. verantwoordelijkheid bijbrengen voor eetmomenten tussendoor. Het eetpatroon en inkoopbeleid van de ouders zijn een factor in de voedingskeuzes die jongeren maken. De invloed van leeftijdsgenoten neemt met het stijgen van de leeftijd toe. In sommige culturen zijn meerdere opvoeders ('extended family') en kan eten een grotere sociale rol hebben dan in de Nederlandse cultuur.
<b>School</b>	Gezonder maken van het aanbod op school leidt tot gezonder keuzegedrag van jongeren. Er zijn verschillende lesmodules over gezond en duurzaam eten en educatieve preventieprogramma's over de risicofactoren van eetstoornissen.
<b>Beeldschermtijd</b>	In verband met de samenhang tussen televisiekijken/ computeren en extern en emotioneel eetgedrag en het minder sporten en bewegen door te veel beeldschermtijd is het stellen van een limiet door ouders van belang.
<b>Lijnen</b>	Uiterlijk wordt belangrijker: bij kinderen van 9-10 jaar met een gezond gewicht kan al sprake zijn van een negatief zelfbeeld en/of lijngedrag. (Extreem) lijnen wordt ontraden. Bij (licht) overgewicht wordt aanbevolen: een volwaardige voeding – met voldoende energie, vitamines en mineralen, maar met weinig snoep, snacks, vette en zoete producten en frisdranken – in combinatie met extra lichaamsbeweging.

## Signalering van problemen

### Basisschool

Voor kinderen in het basisonderwijs wordt tijdens het contactmoment en/of aan de hand van een vragenlijst voor ouders naar de tevredenheid over het eten van hun kind gevraagd. Houd rekening met eventuele laaggeletterdheid en taalbegrip. Er wordt op de reguliere manier een anamnese afgenomen. Als er zorgen of problemen op het gebied van het eetgedrag bestaan worden deze nader in kaart gebracht (anamnese, biometrie) en eventueel verder onderzocht om specifieke somatische oorzaken en/of (kinder)psychiatrische oorzaken op te sporen.

### PGO 5/6 jaar (groep 2)

Eetproblemen komen op deze leeftijd minder vaak voor dan bij peuters. De regelmaat

van de schoolgang draagt hieraan bij. Er kan sprake zijn van resterende peuterproblematiek of van eetproblemen en eetstoornissen zoals die bij oudere kinderen worden gezien. Net als bij 1- 4-jarigen zal een eetprobleem als eetstoornis geclassificeerd worden al naar gelang de duur en de ernst van het verstoorde eetgedrag en de gevolgen ervan.

### **PGO 10/11 jaar (groep 7)**

Tijdens het PGO wordt onder meer naar het welbevinden, het voedingspatroon, genotmiddelengebruik en vrijetijdsbesteding gevraagd. Onderdelen uit de SDQ/KIVPA en signalen van ouders, leerkrachten of leeftijdsgenoten kunnen aanleiding zijn voor nader onderzoek door de JGZ. Een extra zorgvuldige benadering van het kind is gewenst als door school of ouders zorgen rond het eetgedrag worden uitgesproken, juist als onderliggende emotionele problematiek of eetstoornispathologie wordt vermoed.

Een overmatig sterke gerichtheid van het kind op eten en piekeren over uiterlijk of gewicht vragen om nadere aandacht. Ten aanzien van het eetgedrag is navraag naar lijngericht en emotioneel eten van belang. Vooral de twee laatste vormen van eetgedrag geven een verhoogd risico op het ontstaan van overgewicht, ondergewicht of een eetstoornis. Ook de manier waarop ouders met het eetgedrag van hun kind omgaan, is een belangrijk onderwerp van gesprek.

### **Voortgezet onderwijs**

#### **13/14 jaar en ouder**

Op deze leeftijd neemt het risico op het ontstaan van een klassieke eetstoornis toe. Jongeren met anorexia nervosa weigeren hun lichaamsgewicht te handhaven op een voor hun leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht. Daarnaast hebben zij een intense angst om dik te worden en is er sprake van een stoornis in de beleving van het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm, waardoor het eigen lichaam als dikker wordt ervaren dan het in werkelijkheid is. Bij boulimia nervosa treden herhaald eetbuien op, waarbij de jongere de controle over zijn eetgedrag verliest en in korte tijd zeer veel eet.

(Vroeg)signalering van eetstoornissen wordt bemoeilijkt doordat jongeren vaak ontkennen dat er een probleem is. Bovendien spelen angst en schaamte een rol. Pas als jongeren zich echt veilig voelen en er sprake is van een vertrouwensband durven ze eerlijk over hun eetgedrag te zijn.

Een zorgvuldige benadering van de jongere is gewenst bij zorgen die worden uitgesproken door school, ouders, vrienden of vriendinnen of het kind of de jongere zelf. Met signalen zal zorgvuldig en behoedzaam worden omgegaan om het kind of de jongere niet af te schrikken en indien nodig te overtuigen van de noodzaak om hulp te zoeken. Het onderkennen van de noodzaak om hulp te zoeken wordt bemoeilijkt door het ontkennen van de problemen door de jongere. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de jongere is hierbij belangrijk.



Extra aandacht is nodig voor de voeding van topsporters en balletdansers (aandacht voor voldoende energie-inname, daarnaast vormen zij een risicogroep voor de klassieke eetstoornissen).

## Onderzoek

Aangezien de vraagstelling aan de ouders en/of jongeren bij alle leeftijdscategorieën overeenkomen en het onderzoek en de verwijscriteria op dezelfde wijze door de JGZ worden uitgevoerd respectievelijk gehanteerd is onderstaand schema toe te passen bij de contacten met kinderen op de schoolleeftijd.

Vragen en onderzoek bij kinderen van 5-19 jaar:

<p><b>Basisanamnese, vragen die altijd gesteld worden (eventueel via vragenlijst)</b></p> <p><b>Aanvullend voor contactmomenten met kinderen van 10 jaar en ouder</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welbevinden van het kind (malaise, moeheid, lusteloosheid, snel koud).</li> <li>• Vrijtijdsbesteding/lichaamsbeweging/porten (wat, hoeveel).</li> <li>• Eetlust (veranderende eetlust na ziekte, recidiverende koortsperiodes).</li> <li>• Defecatie (diarree, obstipatie, ontkleurde ontlasting, bloedbijmenging).</li> <li>• Mictiepatroon (urinewegsinfectie).</li> <li>• Gebruik van medicijnen.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Beginnende) puberteitsontwikkeling, menarche, menstratiepatroon.</li> <li>• Alcohol- en drugsgebruik.</li> </ul>
<p><b>Specifieke anamnese</b></p>	<p>Aan de ouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe eet uw kind? Hoe is de eetlust van uw kind?</li> <li>• Ervaart u problemen met het eten van uw kind?</li> <li>• Heeft u zorgen over het eten van uw kind?</li> </ul> <p>Aan de tiener:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe is je eetlust? Heb je problemen met eten?</li> <li>• Gebruik je eten als troost of compensatie?</li> <li>• Lijn je? Eet je bepaalde dingen niet of juist heel veel?</li> </ul>
<p><b>Biometrie</b></p>	<p>Lengte en gewicht worden op reguliere wijze bepaald en beoordeeld.</p>
<p><b>Ontwikkelingsonderzoek</b></p>	<p>Kinderen 5-6 jaar Baecke-Fassaert-motoriektest; eventueel aanvullende vragenlijsten SDQ/KIVPA.</p>
<p><b>Bij problemen en/of afwijking biometrie:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitgebreide voedingsanamnese (wat, hoeveel, wanneer).</li> <li>• Lichamelijk onderzoek.</li> <li>• Symptomen die kunnen wijzen op een somatische achtergrond nagaan en zo nodig de SCOFF of ESP afnemen bij verdenking op klassieke eetstoornis (zie onder).</li> </ul>

<p><b>Lichamelijk onderzoek</b></p> <p><b>Aanvullend voor contactmomenten met kinderen van 10 jaar en ouder</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algemene indruk, voedingstoestand, BMI.</li> <li>• Aspect en kleur van huid en slijmvliezen.</li> <li>• Mond (cariës), keel, neus en oren.</li> <li>• Hart en longen.</li> <li>• Abdomen (obstipatie).</li> <li>• Puberteitsontwikkeling.</li> </ul>
<p><b>Zijn er verwijs-/ alarmsymptomen aanwezig?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwijzen naar de huisarts of indien mogelijk rechtstreeks naar kinderarts.</li> </ul>
<p><b>Zijn er geen verwijs-/ alarmsymptomen aanwezig?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voedingsadvies/begeleiding door jeugdarts, verpleegkundig specialist of diëtist (zie blz. 19 of de bijlage van deze samenvatting) en/of</li> <li>• Pedagogisch-gedragsmatig advies/begeleiding door jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist of pedagoog van het CJG (zie blz. 5).</li> </ul>

## Signaleringsinstrumenten bij verdenking op een klassieke eetstoornis

### SCOFF

1. Wek je braken op omdat je je met een volle maag niet goed voelt? (Sick)
2. Ben je bang dat je geen controle meer hebt over de hoeveelheid die je eet? (Control)
3. Ben je meer dan 7 kilo afgevallen in 3 maanden tijd? (one stOne)
4. Denk je dat je te dik bent, terwijl anderen vinden dat je mager bent? (Fat)
5. Vind je dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in je leven? (Food)

### ESP

1. Ben je tevreden over je eetgewoonten?
2. Eet je weleens in het geheim?
3. Heeft je gewicht invloed op hoe je je voelt?
4. Heb je nu last van een eetstoornis of heb je dat in het verleden ooit gehad?

## Begeleiding en verwijzing bij (verdenking op) problemen Voedingsproblemen

Het merendeel van de problemen die samenhangen met voeding zoals in het hoofdstuk voor kinderen in de leeftijd van 1-4 jaar beschreven (spugen, diarree etc.) zijn van voorbijaande aard. Schoolgaande kinderen en adolescenten kunnen evenwel nog steeds

problemen hebben met moeizame en harde ontlasting door een ongezond voedingspatroon en weinig beweging. Advies heeft betrekking op het normaliseren van het voedingspatroon en meer lichaamsbeweging.

## Eetproblemen

### Begeleiding:

In het algemeen gelden de pedagogische adviezen voor ouders van kinderen van 0-19 jaar (zie blz. 5). Wanneer er sprake lijkt te zijn van een lichte vorm van verstoord eetgedrag kunnen voorlichting en advies gegeven worden en kan kortdurende begeleiding door de JGZ of de pedagoog van het CJG ingezet worden. Bij de advisering kan de arts of verpleegkundige het beste gebruikmaken van motiverende gespreksvoering. Deze methode kan ongeschikt zijn bij laagopgeleide ouders en/of ouders die het Nederlands beperkt beheersen; veel voorlichtingsmateriaal is niet bruikbaar voor deze ouders.

Voorlichting en advies door de JGZ kunnen zijn: voorlichting over voeding en beweging, het slankheidsideaal, het kritisch analyseren van media- en reclameboodschappen, het omgaan met problemen, het belang van zelfvertrouwen en een positieve lichaamsbeleving.

### Verwijzen:

Bij een vermoeden van een eetstoornis kan de jeugdarts, de huisarts of de kinderarts zo nodig verwijzen naar de ggz. Bij alle kinderen en jongeren met een voedings- of eetprobleem wordt allereerst beoordeeld of er een vermoeden is van een *somatische oorzaak*. Zo ja, dan wordt verwezen naar de huisarts/kinderarts. Deze zal, indien nodig, op basis van de bevindingen verder verwijzen naar andere zorgverleners. Voor een overzicht van symptomen die kunnen wijzen op een somatische achtergrond van voedings- en/of eetproblemen verwijzen we naar het hoofdstuk over de 1- tot 4-jarigen.

De JGZ verwijst eveneens naar de huisarts/kinderarts:

- Bij ernstig ondergewicht of obesitas
- Als begeleiding door de JGZ onvoldoende helpt.
- Bij een vermoeden dat complexe sociaal-emotionele, gezins- of opvoedingsfactoren ten grondslag liggen aan het verstoorde eetgedrag.
- Indien de JGZ (beginnende) eetstoornispathologie vermoedt en/of wanneer op twee of meer antwoorden van de SCOFF óf de ESP positief wordt gescoord (NB: voor vraag 1 van de ESP negatief).

Op individueel niveau kan de JGZ bij een eetprobleem samen met de jongere en zijn ouders nagaan of het voedingspatroon volwaardig is en kan de JGZ opvoedingsadviezen geven.

Ten slotte kan, indien hiervoor lokale of regionale mogelijkheden zijn, worden besproken

met ouders en kinderen of kortdurende psychosociale of opvoedkundige begeleiding dient te worden ingezet door de JGZ, door een videohometrainer of een gedragswetenschapper (pedagoog) van het CJG. Videohometraining is vanwege de visuele en vaak non-verbale elementen een goed middel bij het adviseren van laagopgeleide ouders en/of ouders die het Nederlands beperkt beheersen.

Als interventie door de JGZ onvoldoende helpt wordt verwijzing (her)overwogen.

# BIJLAGE 1

## Dagelijks aanbevolen hoeveelheden basisvoedingsmiddelen

De gewichten gelden steeds voor het product zoals het wordt gegeten. Bij kinderen gelden de laagste waarden voor de jongste kinderen, de hoogste waarden voor de oudste kinderen.

### Jongens en mannen

Productgroep	1-3 jaar	4-8 jaar	9-13 jaar	14-18 jaar	19-50 jaar
<b>Groente</b>	50-100 g 1-2 opscheplepels	100-150 g 2-3 opscheplepels	150-200 g 3-4 opscheplepels	200 g 4 opscheplepels	200 g 4 opscheplepels
<b>Fruit</b>	150 g 1½ stuks	150 g 1½ stuks	200 g 2 stuks	200 g 2 stuks	200 g 2 stuks
<b>Brood</b>	70-105 g 2-3 sneetjes	105-140 g 3-4 sneetjes	140-175 g 4-5 sneetjes	245 g 7 sneetjes	245 g 7 sneetjes
<b>Aardappelen, rijst, pasta, peulvruchten</b>	50-100 g 1-2 aardappelen/ opscheplepels	100-150 g 2-3 aardappelen/ opscheplepels	150-200 g 3-4 aardappelen/ opscheplepels	250 g 5 aardappelen/ opscheplepels	250 g 5 aardappelen/ opscheplepels
<b>Melk(producten)</b>	300 ml	400 ml	600 ml	600 ml	450 ml
<b>Kaas</b>	½ plak (10 g)	½ plak (10g)	1 plak (20 g)	1 plak (20 g)	1 ½ plak (30 g)
<b>Vlees(waren), vis, kip, eieren, vleesvervangers</b>	50-60 g	60-80 g	80-100 g	100-125 g	100-125 g
<b>Halvarine</b>	10-15 g 5 g/sneetje	15-20 g 5 g/sneetje	20-25 g 5 g/sneetje	35 g 5 g/sneetje	35 g 5 g/sneetje
<b>Bereidingsvetten</b>	15 g 1 eetlepel	15 g 1 eetlepel	15 g 1 eetlepel	15 g 1 eetlepel	15 g 1 eetlepel
<b>Dranken</b>	¾ liter	1 liter	1-1½ liter	1-1½ liter	1½-2 liter

## Meisjes en vrouwen

Productgroep	1-3 jaar	4-8 jaar	9-13 jaar	14-18 jaar	19-50 jaar
<b>Groente</b>	50-100 g 1-2 opscheplepels	100-150 g 2-3 opscheplepels	150-200 g 3-4 opscheplepels	200 g 4 opscheplepels	200 g 4 opscheplepels
<b>Fruit</b>	150 g 1½ stuks	150 g 1½ stuks	200 g 2 stuks	200 g 2 stuks	200 g 2 stuks
<b>Brood</b>	70-105 g 2-3 sneetjes	105-140 g 3-4 sneetjes	140-175 g 4-5 sneetjes	210 g 6 sneetjes	210 g 6 sneetjes
<b>Aardappelen, rijst, pasta, peulvruchten</b>	50-100 g 1-2 aardappelen/ opscheplepels	100-150 g 2-3 aardappelen/ opscheplepels	150-200 g 3-4 aardappelen/ opscheplepels	225g 4-5 aardappelen/ opscheplepels	200 g 4 aardappelen/ opscheplepels
<b>Melk(producten)</b>	300 ml	400 ml	600 ml	600 ml	450 ml
<b>Kaas</b>	½ plak (10 g)	½ plak (10g)	1 plak (20 g)	1 plak (20 g)	1½ plak (30 g)
<b>Vlees(waren), vis, kip, eieren, vleesvervangers</b>	50-60 g	60-80 g	80-100 g	100-125 g	100-125 g
<b>Halvarine</b>	10-15 g 5 g/sneetje	20 g 5 g/sneetje	20-25 g 5 g/sneetje	30 g 5 g/sneetje	30 g 5 g/sneetje
<b>Bereidingsvetten</b>	15 g 1 eetlepel	15 g 1 eetlepel	15 g 1 eetlepel	15 g 1 eetlepel	15 g 1 eetlepel
<b>Dranken</b>	¾ liter	1 liter	1-1½ liter	1-1½ liter	1½ -2 liter

Bron: Richtlijnen voedselkeuze, 1 maart 2011.



**Nederlands Centrum Jeugdgezondheid**

Churchillaan 11  
3527 GV Utrecht

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



Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid