

**Regionale Transmurale Afspraak
Zuidoost Brabant**

Overgewicht bij kinderen

Toelichting

Achtergrondinformatie

Prevalentie:

Uit CBO: Sinds 1997 is het percentage 4 t/m 15 jarige jongens met overgewicht gestegen van gemiddeld 8,0% naar 13,6%. Meisjes blijken vaker te dik te zijn dan jongens, met name op jongere leeftijd. Gemiddeld is de prevalentie van overgewicht onder meisjes van 4 t/m 15- jarigen gestegen van 11,4% in 1997 naar 16,8% in 2002-2004

Kinderen met overgewicht worden relatief vaak volwassenen met overgewicht. Dit geldt in meerdere mate voor meisjes. De voorspellende waarde van overgewicht voor overgewicht op volwassen leeftijd neemt toe met de leeftijd.

Deze samenwerkingsafspraken gaan uit van landelijke richtlijnen en protocollen. O.a. het Signaleringsprotocol Overgewicht (2004) en overbruggingsplan (2005), de CBO richtlijn obesitas (2007), het NHG-standpunt Toekomstvisie huisartsenzorg en Jeugd (2008) en de Handreiking samenwerking huisarts jeugdgezondheidszorg.(2008)

Definities

BMI

Bij deze samenwerkingsafspraken worden de definities van de CBO richtlijnen gehanteerd:

Op dit moment is de BMI de enige maat met internationaal geaccepteerde en toegepaste leeftijd- en geslachtsspecifieke referentiewaarden.

Om het aantal fout-negatieven en fout-positieven op grond van de BMI-criteria te minimaliseren is in het ontwikkelde signaleringsprotocol voor overgewicht binnen de Jeugdgezondheidszorg in Nederland de klinische blik toegevoegd. Deze klinische blik is explicieter gemaakt met de vier criteria lichaamsbouw, etniciteit, puberteit en vetverdeling.

De internationale criteria zijn gemaakt voor kinderen vanaf 2 jaar, voor jongere kinderen zijn nog geen criteria beschikbaar.

Via de website: <http://groeiweb.pgdata.nl/calculator.asp> kunt u eenvoudig de leeftijds, geslachtsgerelateerde BMI weergeven met daarbij de SDS van deze BMI waarde. $BMI = \text{Gewicht (kg)} / \text{lengte (m)}^2$
BMI-SDS betekent: BMI waarde gecorrigeerd met de gemiddelde standaarddeviatiescore (SDS)

Klinische blik

De klinische blik van de onderzoeker is gebaseerd op kunde en ervaring en moet in deze gevallen de doorslag geven. De klinische blik is echter niet te standaardiseren. Het is wel mogelijk de klinische blik van artsen te verscherpen door de volgende kenmerken bij de beoordeling van de BMI te betrekken.

- Lichaamsbouw

Korte benen, gespierd zijn of breed gebouwd zijn kunnen leiden tot een hoge BMI waarde zonder dat sprake is van overgewicht. Het omgekeerde komt ook voor. Een kind met nog normale BMI, dat zeer smal gebouwd is en/of zeer lange benen heeft, kan toch overgewicht hebben.

- Puberteitsstadium

Vlak voor het begin van de puberteit treedt een fysiologische groeidip op, waardoor kinderen een hogere BMI hebben dan bij onderzoek gedacht werd. In een later stadium van de puberteit treedt juist een groeiversnelling op waardoor weer het omgekeerde kan worden waargenomen. Inzicht in het puberteitsstadium kan bij meisjes verkregen worden door navraag te doen naar de menarchedatum, zo die al bereikt is. Bij jongens is het mogelijk door lichamelijk onderzoek aan de hand van de puberteitsstadia volgens Tanner (Tanner 1969)

- Etniciteit

Andere lichaamsbouw dan de Kaukasische bouw kan vertekening van de BMI geven. Internationaal wordt nagedacht om de afkapwaarden van obesitas bij kinderen van Aziatische afkomst lager te leggen. Anderzijds worden kinderen van Midden- en Zuid-Amerikaanse afkomst op grond van hun lichaamsbouw sneller als te dik aangemerkt. Ook bij mediterrane kinderen en kinderen uit centraal Afrika kunnen kinderen zonder de klinische blik onjuist gediagnosticeerd worden.

De groeicalculator heeft de mogelijkheid om voor Turkse en Marokkaanse kinderen de BMI-SDS te berekenen voor u.

- Verdeling van vet over het lichaam

Het type vetafzetting, vooral rond de buik met relatief smalle benen en armen, geeft grotere kans op gezondheidsschade later. Bij de klinische blik behoort het nagaan van de groeicurven tot het huidige meetmoment. Een continue licht verhoogde BMI lijkt in de praktijk minder alarmerend dan een snel stijgende BMI.

Risicofactoren:

- hart- vaatziekten < 55 jaar bij 1^e en/of 2^e graads familieleden;
- type 2 diabetes mellitus bij 1^e en/of 2^e graads familieleden;
- dyslipidemie bij 1^e en/of 2^e graads familieleden;
- obesitas bij 1^e graads familieleden.
- Lage sociaal economische status
- Ouders met overgewicht
- Kinderen met emotionele problemen
- Inadequaat voedingspatroon ouders
- Laag geboortegewicht gekoppeld aan snelle toename van lichaamsgewicht in de eerste 2 jaar
- Baby's met hoog geboortegewicht
- Turkse en Marokkaanse baby's
- Autoritaire of permissieve opvoedingsstijl

Complicaties:

- orthopedisch complicaties (Blount, epiphysiolyse)
- Hypertensie
- Dyslipidemie
- Diabetes mellitus II
- Insulineresistentie
- Hyperandrogenisme (PCO)
- Hyperuricemie
- Cholelithiasis
- Steatohepatitis
- "metabool syndroom" – "syndroom X"
- Acanthosis nigricans
- Slaapapneu /nachtelijke hypoventilatie

Werkwijze JGZ

Bij geconstateerd overgewicht en/ of obesitas worden in eenzelfde JGZ-consult of een vervolconsult de risicofactoren en de motivatie in kaart gebracht voor begeleiding door de jeugdgezondheidszorg en/of verwijzing naar de huisarts/ kinderarts/ externe interventies.

Hierbij worden de lengtegroei, de algehele gezondheid, eventueel medicatiegebruik en de begaafdheid van het kind in acht genomen. Kinderen met overgewicht waarvan de ouders gemotiveerd zijn actie te ondernemen krijgen volgens protocol bij de JGZ een aantal consulten (maximaal drie extra per contactmoment) aangeboden.

Binnen deze consulten vindt een aantal interventies plaats:

1. aanvullen anamnese lijst
2. bespreken gevolgen overgewicht
3. opstellen haalbaar veranderplan (volgens methodiek motivational interviewing)
4. meegeven (schriftelijke) informatie m.b.t. voeding; eet- en drinkgedrag; activiteit
5. meegeven huiswerk (eet-en beweegdagboek)
6. aanpassen veranderplan
7. meten middelomvang (meerwaarde t.b.v. motivatie vanwege snellere afname dan de BMI; echter grote interobserver-variabiliteit)

De JGZ maakt binnen drie consulten een inschatting m.b.t. mogelijke verwijzingen naar eerste of tweede lijn (diëtiste, fysiotherapeut, multidisciplinaire interventies, BJZ, GGZ)

In Eindhoven bestaat de mogelijkheid om binnen de JGZ het kind met overgewicht en de ouders een intensieve motivatie-interventie aan te bieden vanuit het project Lekkerbek in Balans van de GGD.

Handhaven van het gewicht is het 1^e streven; vaak is dit voldoende, BMI daalt bij groei. Kleine gedragsveranderingen zijn vaak voldoende (1 glas frisdrank telt 100 Kcal). Een vervolgcontrole na een jaar is gebruikelijk.

Multidisciplinaire interventie

Bij overgewicht geldt dat adviezen alleen onvoldoende zijn. Een gecombineerde aanpak in de vorm van een multidisciplinaire interventie is nodig. Zowel in de 1^e lijn als intramuraal zijn hiervan goede voorbeelden in de regio (zie contactgegevens). De JGZ is goed op de hoogte van alle mogelijkheden in de regio. De huisarts kan gebruik maken van de mogelijkheden die er zijn binnen de lokale of regionale setting, of verwijzen/overleggen met JGZ wat de beste aanpak is.

Onderbouwing controle

Het hebben van overgewicht/obesitas vergroot de kans op het ontstaan van insulineresistentie, diabetes mellitus II, hypertensie, hart- en vaatziekten, gestoord lipidspectrum, leversteatose en vele andere gezondheidsproblemen. en daarmee voortijdig overlijden.

Obesitas is een chronische aandoening die langdurige zorg en begeleiding behoeft. Controle op het optreden van complicaties moet minimaal jaarlijks plaatsvinden.

Onderbouwing verwijzing en terugverwijzing

Bij obesitas of overgewicht bij een kind met extra risicofactoren en/of complicaties van overgewicht is een verwijzing naar de kinderarts aangewezen.

De kinderarts doet nader onderzoek naar co-morbiditeit en komt tot een advies voor een adequate behandeling.

Bij overgewicht verwijst de huisarts naar JGZ. De jeugdarts maakt binnen drie consulten een inschatting m.b.t. mogelijke verwijzingen naar eerste of tweede lijn (diëtiste, fysiotherapeut, multidisciplinaire interventies, Bureau Jeugdzorg, GGZ)

Bij psychosociale, ontwikkelings- of opvoedingsproblemen verwijst de huisarts naar JGZ, Centrum Jeugd en Gezin, GGZ of Bureau Jeugdzorg. Bij twijfel kan dit in overleg met de jeugdarts gebeuren.

De jeugdarts verwijst kinderen met bijkomende medische problemen naar de huisarts.

Informatieoverdracht

Een adequate informatieoverdracht is bij verwijzing en terugverwijzing van belang. Dit is een belangrijk aandachtspunt en over de wijze waarop dit plaats kan vinden worden momenteel regionaal verdere afspraken gemaakt.

Namens regionale huisartsen

Edith Plum, Mark Smit, Cora van de Velden

Namens regionale kinderartsen

Catharina-ziekenhuis: Roelof Odink

Elkerliek ziekenhuis: Wilfred Hurkx

Máxima Medisch Centrum: Marjo Verreussel

St. Anna ziekenhuis: Simone Velzeboer

Namens regionale jeugdartsen/JGZ

GGD Brabant Zuidoost: Annemiek Brugman

Zuidzorg: Danielle de Coo

Zorgboog: Judith Schwarte

Namens transmurale stichtingen

Susan van den Bergh, coördinator HaCa

Dirk Wijkel, coördinator Thema

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld door de transmurale stichtingen HaCa, Quartz, SMáSH en Thema.