

# Toenemend overgewicht bij kinderen

*Evi Van Mol*

*Voedingskundige NICE*

**Het toenemende probleem van overgewicht bij kinderen neemt epidemische vormen aan. Zo'n epidemie vormt niet alleen een bedreiging voor de gezondheid op latere, volwassen leeftijd. Het zorgt ook voor meer psychosociale problemen als gevolg van bijvoorbeeld pesterijen en jaagt de kosten voor de gezondheidszorg maar ook voor de maatschappij de hoogte in (bv. door werkverzuim). Een goede preventie en een multidisciplinaire behandeling van kinderen die kampen met het probleem van overgewicht is meer dan noodzakelijk.**

**O**vergewicht vormt in onze moderne samenleving een groter wordend probleem. Uit de Belgische Gezondheidsenquête van 2001 is gebleken dat 44 % van de Belgen te veel weegt (BMI > 25). In 1997 was dit 40 %. Bij 12 % is zelfs sprake van obesitas (BMI > 30) (1).

Ook bij kinderen zien we een toename van gewichtsproblemen en vooral van obesitas. In Noord-Europa is 15 % van de kinderen te zwaar; in Zuid-Europa is dit aantal al opgelopen tot 30 % (2). De prevalenties van overgewicht en obesitas schommelen in Nederland en Vlaanderen rond respectievelijk 12 % en 2 %. Vergeleken met twintig jaar geleden is de prevalentie van overgewicht, zoals in alle geïndustrialiseerde landen, sterk toegenomen. Daarbij valt bovendien op dat de meest obese kinderen van tegenwoordig relatief zwaarder zijn dan hun leeftijdsgenootjes van twintig jaar geleden (3,4). Hoe ouder het kind is en hoe meer uitgesproken het overgewicht, hoe groter de kans dat het overgewicht op volwassen leeftijd blijft bestaan. Een derde van de obese volwassenen was als kind reeds te zwaar. Hoe jonger het kind is wanneer het gewicht sneller toeneemt dan de lengte, hoe groter ook de kans dat het overgewicht blijvend is (5). Daarom is het tijdig opsporen en ingrijpen zo belangrijk, zowel door de ouders en de maatschappij in het algemeen als door professionele hulpverleners. Interventies op kinderleeftijd blijken bovendien betere resultaten te geven op lange termijn dan interventies op volwassen leeftijd (5). Hoe jonger het kind is, hoe groter de kans dat het blijvend goede gewoontes aanleert.

## Oorzaken

De erfelijke aanleg zou voor 25 tot 40 % aan het probleem van overgewicht bijdragen (6). Gendefecten kunnen hiervan in zeldzame gevallen de oorzaak zijn. Voor meer dan de helft van de gevallen is het veel gebruikte excuus van erfelijke aanleg echter niet de rechtstreekse oorzaak van een overgewicht. De werkelijke



**Tabel 1: Gemiddelde dagelijkse voedingsaanbevelingen voor peuters en kleuters.**

	1,5 - 3 jaar	3 - 6 jaar
<b>Water</b>	0,5-1 liter	1,5 liter
<b>Brood (bruin)</b>	1-3 sneden	3-5 sneden
<b>Aardappelen (gekookt)</b>	1-2 stuks	1-4 stuks
<b>Groenten (vers, diepvries)</b>	50-100 g	100-150 g
<b>Fruit (vers)</b>	1-2 stuks	1-2 stuks
<b>Melk en melkproducten (halfvolle)</b> (volle tot de leeftijd van 3 à 4 jaar)	4 bekertjes	4 bekertjes
<b>Kaas</b>	1/2 sneetje	1/2-1 sneetje
<b>Vlees, vis, ei, vervangproduct</b>	75 g	75-100 g
<b>Smeervet</b>	5 g per sneetje	5 g per sneetje
<b>Bereidingsvet</b>	max. 15 g	15 g
<b>Restgroep</b>	niet nodig	niet nodig

Bron: De voedingsdriehoek: een praktische voedingsgids, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG), maart 2003 (www.vig.be > thema voeding)

reden schuilt vaak in een gestoorde energiebalans door enerzijds een te grote energie-inname en anderzijds een te beperkt energieverbruik als gevolg van te weinig lichaamsbeweging (6). Er wordt meer en anders dan vroeger gegeten, we houden ons minder aan vaste maaltijden, nemen meer energierijke tussendoortjes en gaan steeds meer een zittend leven leiden. Een te hoge energie-inname is vaak het gevolg van een overdreven consumptie van gesuikerde frisdranken, vet- en suikerrijke snacks

en fastfood, producten die doorgaans gemakkelijk te verkrijgen zijn en bovendien relatief goedkoop, aantrekkelijk en smakelijk zijn.

### Verkeerde eetgewoonten

Als het aan de kinderen zelf ligt, kiezen zij altijd en alleen maar voor vooral suikerrijke producten. Het lijkt een aangeboren voorkeur. Ouders hebben dan ook de belangrijke taak het voedingspatroon van hun kinderen van jongs af aan in

goede banen te leiden. Zelf het goede voorbeeld geven, werkt het best. Een te grote inname van zogenaamde lege calorieën (voedingsmiddelen die veel vet en/of suiker aanbrengen maar weinig of geen andere essentiële voedingsstoffen zoals vitamines en mineralen) heeft vaak tot gevolg dat kinderen de basisvoedingsmiddelen aan de kant schuiven en zo uiteindelijk ook te weinig meervoudige koolhydraten, de gezonde energieleveranciers, voedingsvezels, vitamines en mineralen binnenkrijgen. Een gebrek aan aandacht voor een goed ontbijt draagt eveneens bij tot slechte eetgewoonten en zo mogelijk ook tot het ontwikkelen van overgewicht (6). Inspelen op een gunstige gedragsverandering van zowel de ouders als de kinderen is prioritair om de problematiek van overgewicht goed te kunnen aanpakken.

### Ken de aanbevelingen

Gedurende de eerste levensjaren van een kind wordt de vraag naar voeding voornamelijk geregeld door een gevoel van honger en verzadiging. Alle kinderen hebben periodes waarin ze actiever zijn of sneller groeien. Dan eten ze ook meer. Als een kind bij een maaltijd te veel heeft gegeten, zal het dit bij het volgende eetmoment compenseren door minder te eten. Zodra kinderen drie à vier jaar oud zijn, worden de invloeden van de omgeving op de voedselinname echter groter en neemt dit compensatiemechanisme af. Het is belangrijk dat ouders maar ook andere opvoeders het natuurlijke gevoel van honger en verzadiging zoveel als mogelijk trachten te respecteren, bijvoorbeeld door een kind niet te dwingen zijn bord leeg te eten. Als een kind systematisch bij elke maaltijd verplicht wordt een voorgeschotelde portie op te eten, moet het telkens opnieuw zijn verzadigingsgevoel negeren waardoor de voeling ermee uiteindelijk ook zal verdwijnen. Op die manier kan het kind een te grote energie-inname tijdens de ene maaltijd niet meer compenseren door minder te eten bij een ander eetmoment. Een dagelijkse overschrijding van 100 kcal van de energie-inname ten opzichte van de energiebehoefte kan leiden tot een extra gewichtstoename van 5 kg per jaar (6).

Het is belangrijk dat ouders en opvoeders de gemiddelde voedingsaanbevelingen voor kinderen van een bepaalde

**Tabel 2: Gemiddelde dagelijkse voedingsaanbevelingen voor schoolkinderen en adolescenten.**

	6 - 12 jaar	12 - 18 jaar
<b>Water</b>	1,5 liter	1,5 liter
<b>Brood (bruin)</b>	5-9 sneden	7-12 sneden
<b>Aardappelen (gekookt)</b>	3-4 stuks	3,5-5 stuks
<b>Groenten (vers, diepvries)</b>	250-300 g	300 g
<b>Fruit (vers)</b>	2-3 stuks	3 stuks
<b>Melk en melkproducten (halfvolle)</b>	3 glazen	3-4 glazen
<b>Kaas</b>	1-2 sneetjes	2 sneetjes
<b>Vlees, vis, ei, vervangproduct</b>	75-100 g	100 g
<b>Smeervet</b>	5 g per sneetje	5 g per sneetje
<b>Bereidingsvet</b>	max. 15 g	15 g
<b>Restgroep</b>	niet nodig	niet nodig

Bron: De voedingsdriehoek: een praktische voedingsgids, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG), maart 2003 (www.vig.be > thema voeding)



leeftijd kennen om in een optimale voedingsstoffeninname te kunnen voorzien (tabel 1 en 2) en leren hoe zij het best met voeding en voedingsregels omgaan.

### Beweging

Naast veranderde eetgewoonten is ook het aandeel van de fysieke activiteit sterk achteruitgegaan. Kinderen brengen steeds meer tijd door achter de tv en de computer waardoor er minder tijd overblijft om buiten te spelen. Als kinderen minder bewegen, neemt hun energiebehoefte af. Daarnaast leidt inactiviteit tot een afname van de spiermassa wat een verdere vermindering van de energiebehoefte induceert. Ook hier speelt de voorbeeldfunctie van de ouders een grote rol. Kinderen met actieve ouders zijn doorgaans zelf veel actiever dan kinderen van inactieve ouders (6). Het is dus vooral aan de ouders om hun kinderen te stimuleren om te lopen, te springen, te dansen en hen hierin verder aan te moedigen door bijvoorbeeld zelf ook mee te doen.

Een Vlaamse studie heeft aangetoond dat obese jongens minder aan sport doen dan niet-obese jongens (7). Uit deze studie blijkt ook duidelijk dat obese jongens slechter scoren op testen waarvoor het lichaam moet worden verplaatst (bv. lopen, springen, sit-ups) in vergelijking met niet-obese jongens. Aangezien de meeste sportclubs zeer competitief zijn ingesteld, voelen minder fitte jongeren en vooral obesen zich minder aangesproken om zich bij zo'n sportclub aan te sluiten. Het gebrek aan beweging zou vooral bij jongens, meer dan bij meisjes, van invloed zijn op de ontwikkeling van overgewicht (7).

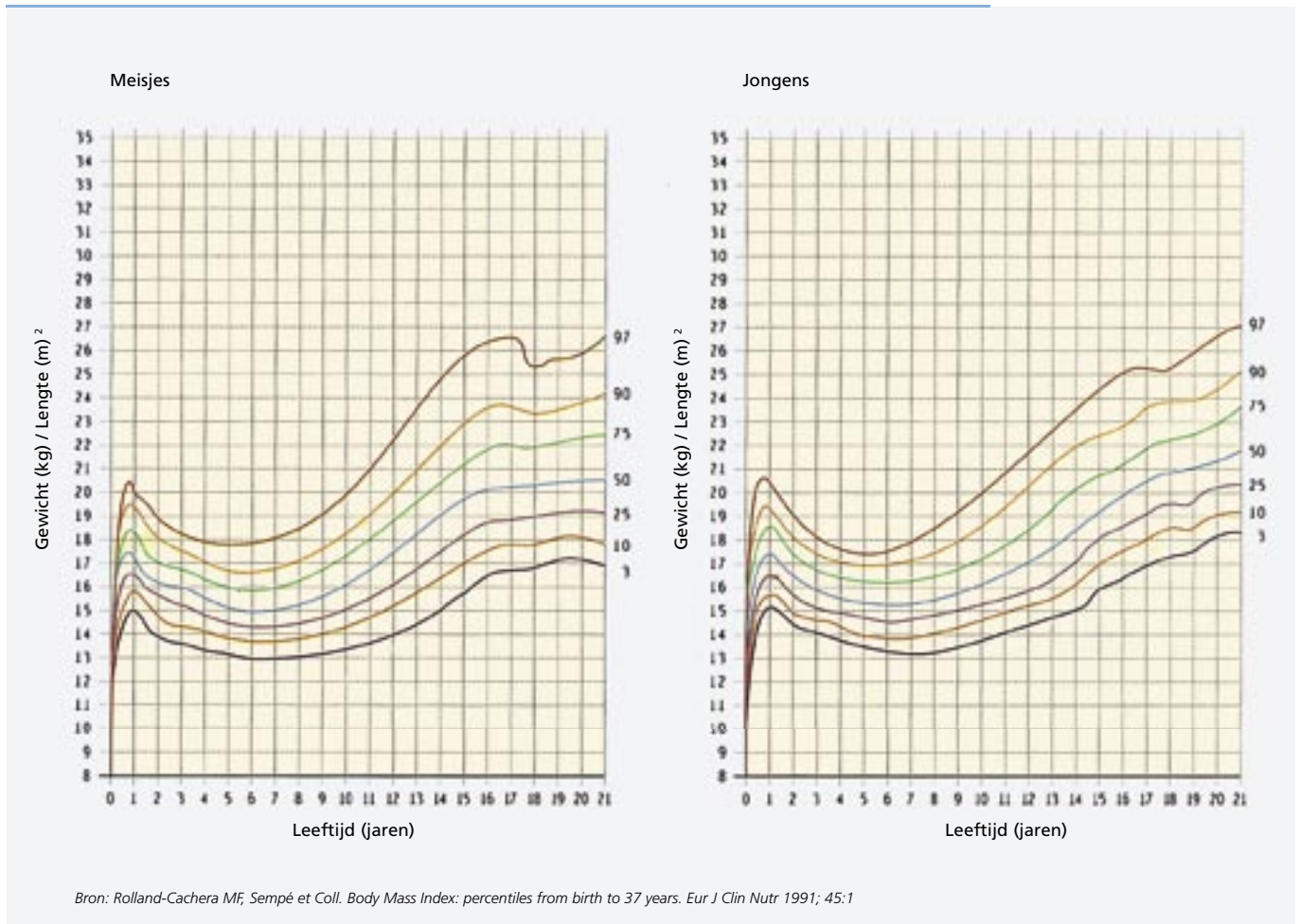
Vlaamse adolescenten tussen 13 en 18 jaar doen in het algemeen ook steeds minder aan sport (7). De helft van de jongens en 65 % van de meisjes in deze leeftijdsgroep is slechts matig tot niet sportief actief. De sport die wordt beoefend, beperkt zich meestal tot de lessen lichamelijke opvoeding op school. Ook dit zou te maken hebben met het al te competitieve karakter van de sportclubs.

*Binnen het huidige maatschappijbeeld heeft men nog altijd meer aandacht voor de cosmetische gevolgen van overgewicht dan voor de ernstige medische gevolgen.*

### Gevolgen van overgewicht en obesitas

Binnen het huidige maatschappijbeeld heeft men nog altijd meer aandacht voor de cosmetische gevolgen van overgewicht dan voor de ernstige medische gevolgen en de hoge kosten die daaraan zijn verbonden voor de overheid. De medische gevolgen van overgewicht situeren zich zowel op korte als op lange termijn. Kortetermijneffecten zijn problemen die het zwaarlijvige kind reeds op jonge leeftijd ondervindt, zoals fysieke veranderingen en de ontwikkeling

**Figuur 1:** De BMI-curve volgens percentielen.



van de puberteit die anders verloopt dan bij de leeftijdsgenootjes, orthopedische complicaties, respiratoire problemen en metabole storingen (ouderdomsdiabetes of diabetes type 2 manifesteert zich steeds vaker reeds op jonge leeftijd) (6,8). Op lange termijn hebben obesitaskinderen een verhoogd risico op een bestendig probleem van overgewicht, op jicht, hart- en vaatziekten, kanker en bijgevolg ook op een verhoogde sterftkans. Deze consequenties treden meestal pas op op volwassen leeftijd (6).

De kans op psychosociale problemen neemt eveneens toe bij overgewicht en obesitas. Dikke kinderen worden dikwijls gepest en gediscrimineerd. Als gevolg hiervan komen zij in een sociaal isolement terecht en ontwikkelen ze een negatief zelfbeeld. Zij ontwikkelen emotionele problemen en gedragsstoornissen en kunnen uiteindelijk zelfs in een depressie vervallen.

### Wanneer is een kind te dik?

Volwassenen kunnen aan de hand van de BMI (Body Mass Index = gewicht (kg)/ lengte (m)<sup>2</sup>) nagaan of zij een gezond gewicht hebben. Een BMI-waarde hoger dan 25 duidt op overgewicht. Wie een cijfer bekomt hoger dan 30, is obees. Het concept van de BMI kan ook bij kinderen worden toegepast, zij het met aangepaste evaluatiewaarden. Bij kinderen wijzigt de BMI met de leeftijd omdat de hoeveelheid lichaamsvet tijdens de kinderjaren verandert. Ook het geslacht speelt een rol. De berekende BMI van het kind kan worden uitgezet in de geëigende percentielcurven (figuur 1). Een BMI tussen percentiel 85 en 95 wordt als overgewicht beschouwd. Bij een percentiel hoger dan 95 is er sprake van obesitas.



Foto: VLAM

Als grenswaarde voor overgewicht en obesitas kunnen ook de percentielen worden gebruikt die op de leeftijd van 18 jaar overeenkomen met een BMI van respectievelijk 25 en 30 (5,9). Bij de begeleiding en de behandeling van kinderen met overgewicht is het wenselijk hun BMI in de tijd te volgen. Deze methode geeft eerder een algemeen beeld van de situatie. Om de mate van overgewicht of obesitas van een kind preciezer te kennen, is het handiger om de procentuele BMI toe te passen.

Hierbij wordt berekend hoeveel procent de BMI van het kind boven de gemiddelde BMI voor zijn leeftijd ligt (tabel 3).

Ten slotte is het aan te raden om naast de BMI-waarden ook de groeidiagrammen te blijven hanteren. Zij zeggen immers meer over de algemene gezondheidstoestand van een kind en vormen een belangrijk hulpmiddel om na te gaan of een kind geen groei- of gewichtsachterstand heeft voor zijn leeftijd. Wanneer het kind zich in de groeicurve op de percentiel 50 bevindt, zou zijn BMI-curve eveneens met de percentiel 50 moeten overeenkomen.

**Tabel 3: Berekening en betekenis van de procentuele BMI (5).**

$$\text{Procentuele BMI} = \frac{\text{Actueel gewicht of actuele BMI van het kind}}{\text{Gemiddeld gewicht voor een bepaalde lengte, leeftijd en geslacht of de gemiddelde BMI voor een bepaalde leeftijd (percentiel 50)}} \times 100 \%$$

- Een procentuele BMI van:
- 90 tot 120 % = normaal
  - 120 tot 140 % = overgewicht
  - 140 tot 160 % = obesitas
  - 160 tot 190 % = ernstige obesitas
  - > 190 % = zeer ernstige obesitas

### Multidisciplinaire aanpak

Wanneer er bij een kind een vermoeden is van overgewicht wordt de BMI van het kind bepaald. Dit resultaat geeft een indicatie over de mate van overgewicht of obesitas op dat moment. De arts of de diëtist informeert vervolgens ook naar de vroegere gegevens over de lengte en het gewicht van het kind om een beeld te krijgen van de evolutie van de BMI tijdens de afgelopen jaren.



**Tabel 4:** Doelen van behandeling bij kinderen met overgewicht, rekening houdend met de leeftijd van het kind en de ernst van het overgewicht (5).

Procentuele BMI	Jonger dan 7 jaar	7 – 13 jaar	Vanaf 14 jaar
120 tot 140 % (overgewicht)	Gewichtscntrole	Gewichtscntrole	Gewichtscntrole
140 tot 160 % (obesitas)	Gewichtscntrole	Gewichtscntrole	Behandelingsdoel bepalen na grondige multidisciplinaire diagnostiek
160 tot 190 % (ernstige obesitas)	Gewichtscntrole	Behandelingsdoel bepalen na grondige multidisciplinaire diagnostiek	Gewichtsverlies wenselijk
> 190 % (zeer ernstige obesitas)	Behandelingsdoel bepalen na grondige multidisciplinaire diagnostiek	Gewichtsverlies wenselijk	Gewichtsverlies wenselijk

Daarna wordt er een anamnese afgenomen. Hierbij wordt uitgebreid ingegaan op de eetgewoonten binnen het gezin, de regelmaat van eten, de hoeveelheden die het kind consumeert, het eetgedrag (bv. emotioneel of lijngericht eetgedrag), de fysieke activiteit, de uitlokkende of

instandhoudende factoren voor het gewichtsprobleem, de psychologische achtergrond van het kind en de motivatie van het gezin en het kind om iets aan het probleem van overgewicht te doen. Daarnaast kan aanvullend onderzoek nodig zijn naar andere mogelijke oor-

zaken en de ernst van de complicaties van het overgewicht (bv. bloedonderzoek, een orale glucosetolerantietest of OGGT, skeletrijping, röntgenonderzoek, slaaponderzoek, bloeddrukbeplating, psychologisch onderzoek). Omdat zeer verschillende aspecten kunnen bijdragen tot het ontstaan en de instandhouding van overgewicht is een multidisciplinaire aanpak van arts, diëtist en psycholoog van groot belang. Na het stellen van de diagnose wordt overgegaan tot het bepalen van een aangepaste behandeling (figuur 2). Bij de planning van de behandeling moeten de volgende criteria steeds in rekening worden gebracht: de leeftijd van het kind en de ernst van het overgewicht. Deze criteria bepalen niet alleen het vooropgestelde doel, maar ook de behandelingsvorm (tabel 4).

**Tabel 5:** Praktische voedingstips in het kader van de preventie en de behandeling van overgewicht bij kinderen.

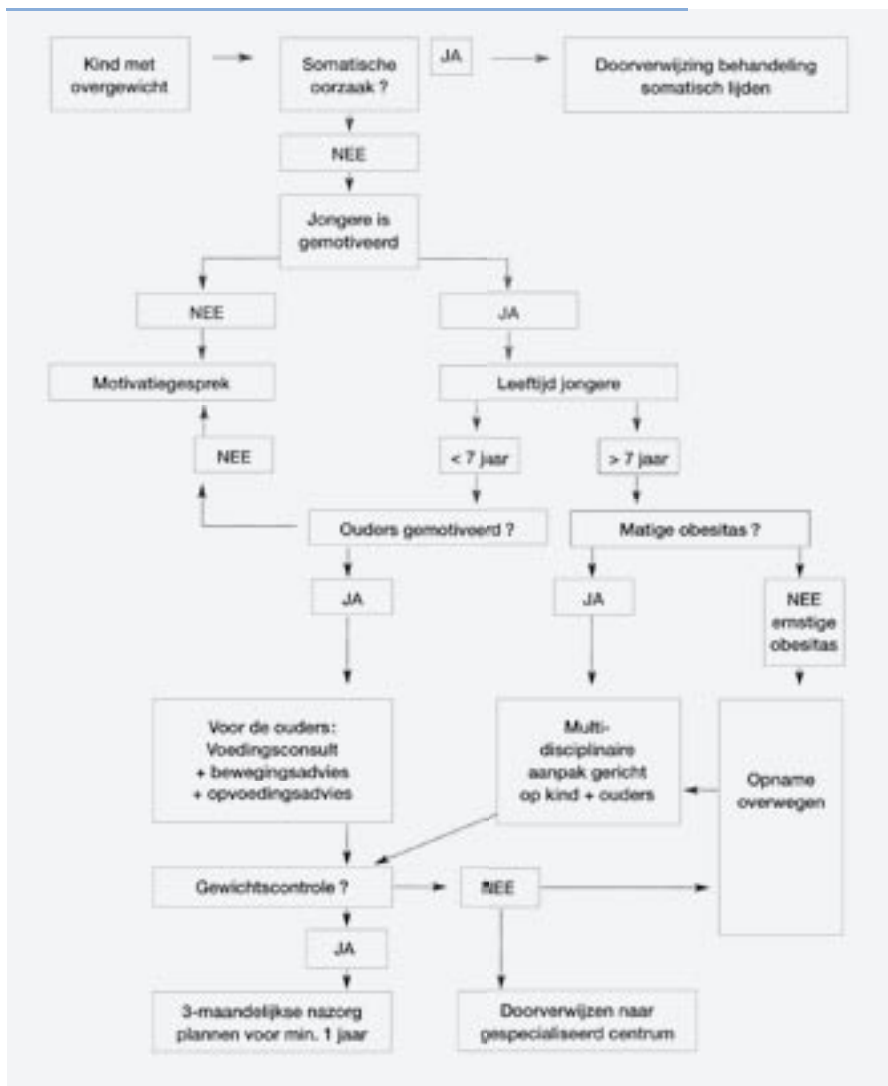
Liever niet	Liever wel
een glas frisdrank	een glas water, fruitsap of melk
een boterham met choco of bruine suiker	een boterham met stukjes vers fruit
een koek met chocolade	een kinderkoek of enkele letterkoekjes
gefrituurde bereidingen	gebakken aardappeltjes, fishsticks en frietjes in de oven gebakken (ook slechts in beperkte mate)
suikerrijke snoepjes	een fruitsla of stukjes vers fruit op prikkertjes
chips	gezonde chips, bv. schijfjes komkommer, radijs en wortel
volle melk met een schepje gesuikerde instant cacao-poeder	halfvolle of magere melk met een schepje pure cacao-poeder
een boterham met vette vleeswaren (bv. salami)	een boterham met ontvette ham, op smaak gebracht met bv. schijfjes augurk, zure uitjes, mosterd en eventueel een blaadje sla, een schijfje tomaat of komkommer
vetrijke slaatjes	zelfgemaakte slaatjes: 1 eetlepel magere platte kaas mengen met 1 eetlepel dressing en verder op smaak brengen met bv. stukjes kip, tonijn of zalm en goed kruiden

### Gewichtscntrole

De behandeling wordt best gestart op een moment waarop gewichtscntrole als doel volstaat. Onder gewichtscntrole verstaat men een stagnering van het gewicht of een relatief kleinere gewichtstoename in verhouding tot de groei. De mate van het overgewicht zal zo automatisch afnemen in de tijd.

Bij kinderen die volop groeien, wordt altijd gestreefd naar gewichtscntrole. Deze behandeling gebeurt meestal ambulantly, zonder voorschrift van een restrictief dieet. Het vooropgestelde doel van de behandeling is het aanleren van gezonde eet- en leefgewoonten. Het

**Figuur 2:** Beslissingsboom die als leidraad kan dienen bij het bepalen van de best passende behandeling voor een kind met overgewicht (5).



## Advies en begeleiding

In het kader van gewichtscontrole wordt een voedingsschema opgesteld op basis van de algemene praktische voedingsaanbevelingen (tabel 1 en 2). Wanneer gewichtsverlies nodig is, wordt er een persoonlijk dieetschema uitgewerkt met een verlaagde energiewaarde ten opzichte van de energiebehoefte. Daarnaast moeten de kinderen sterk worden aangemoedigd om meer fysiek actief te zijn.

Om het vooropgestelde doel te kunnen bereiken, moeten vooraf duidelijke afspraken worden gemaakt met het kind. Het is belangrijk dat het kind de doelstellingen kent (gewichtscntrole of gewichtsvaling). Daarnaast kan bijvoorbeeld een beloning (geen voeding maar bv. samen iets leuk doen) worden afgesproken als het kind de doelstellingen haalt. Andere hulpmiddelen zijn een contract, een eet- en bewegingsdagboekje en aangepaste informatie over gezonde tussendoortjes, dranken en maaltijden.

De sleutelfiguren van elke obesitasbehandeling zijn de ouders (5). Zij bepalen uiteindelijk wat er in huis wordt gehaald en kunnen de mate van fysieke activiteit van hun kinderen ook nog in grote mate bijsturen. Om de implementatie van de voedings- en bewegingsadviezen te garanderen, is het belangrijk om hen van voldoende concrete informatie te voorzien en hen bij de toepassing ervan ook verder te begeleiden (tabel 6). Samen met de ouders kan worden gezocht naar antwoorden op de vraag hoe zij als ouders grenzen kunnen stellen en hoe zij deze kunnen laten respecteren zonder weerstand of verzet uit te lokken. Het is belangrijk om doodlopende en contraproductieve conflicten te vermijden over bijvoorbeeld de maaltijdporties, het al dan niet opeten van de groenten en het nemen van snoep of frisdranken. Als opvoedingsregel wordt

kind wordt met behulp van motivatietechnieken gestimuleerd om gezonde, weinig caloriedense voedingsmiddelen te kiezen en zich aan gestructureerde en vaste maaltijdmomenten en -plaatsen te houden (tabel 5). Daarnaast wordt het ook aangemoedigd om meer lichaamsbeweging te nemen.

## Gewichtsverlies

Eens de puberteit en ook de groei-periode voorbij of wanneer de obesitas erg uitgesproken wordt, is gewichtscontrole als behandelingsdoel onvoldoende (tabel 4). Gewichtsverlies is dan wenselijk en in sommige gevallen zelfs noodzakelijk. De energie-inname wordt dan met 30 % tot maximaal 40 % van de energiebehoefte verlaagd. Naast aanpassingen van het eetpatroon worden de kinderen ook aangemoedigd meer fysieke activiteit in hun dagschema in te bouwen.

Samen met het kind en de ouders moet de meest geschikte behandeling worden uitgewerkt. Het betreft doorgaans een intensieve ambulante, multidisciplinaire behandeling waarin zowel pediater, huisarts, diëtist, psycholoog en eventueel een kinesist zijn betrokken.

Als het een zeer ernstige obesitas betreft (procentuele BMI >190 %), wordt het zeer moeilijk om via een ambulante programma het gewenste gewichtsverlies te bereiken. Een opname moet dan worden overwogen, bijvoorbeeld in het Zeepreventorium van De Haan. Daar worden de patiënt en zijn gezin vanuit een multidisciplinaire benadering opgeleid en begeleid naar kennis en vaardigheden om correct te leren omgaan met het probleem van overgewicht. Zo kan de behandeling ook later, in het sociale en het familiale leven, verder adequaat worden uitgevoerd.

*De sleutelfiguren van elke obesitasbehandeling zijn de ouders.*



**Tabel 6: Voedings- en bewegingsadviezen (ook voor de ouders) (6).**

- Probeer kinderen te laten eten volgens de aanbevolen hoeveelheden.
- Leer ze regelmatig en op vaste tijdstippen te eten.
- Drie hoofdmaaltijden en twee tot drie gezonde tussendoortjes zijn ideaal.
- Beperk de hoeveelheid gesuikerde dranken en geef de voorkeur aan water.
- Beperk kant-en-klare maaltijden en producten; zelf correct bereide maaltijden bevatten doorgaans meer vitamines en minder vetten.
- Maak duidelijke afspraken met het kind over het aantal snoepmomenten per week.
- Laat uw kind eerst iets gezond eten (bijvoorbeeld een stuk fruit) en daarna pas een snoepje.
- Beloon een goed gedrag niet systematisch met vette en/of zoete traktaties. Geef een extra knuffel of plan bijvoorbeeld een leuke uitstap naar het park, het bos of de zoo.
- Probeer uw kind dagelijks ten minste een half uur te laten bewegen en geef als ouder het goede voorbeeld.
- Maak goede afspraken met het kind over het aantal uren dat het per dag tv mag kijken of computeren.
- Stimuleer kinderen om lid te worden van een sportclub of jeugdbeweging.

in het algemeen gesteld dat wat het kind eet steeds de verantwoordelijkheid is van de ouders. Het kind mag daarentegen wel zelf beslissen over hoeveel het eet van wat wordt aangeboden. Indien er twijfels zijn omtrent de motivatie van het kind of de houding van de ouders, moet de rol van de psycholoog als lid van het multidisciplinaire team vergroten.

Tot de leeftijd van ongeveer 6 à 7 jaar wordt er uitsluitend met de ouders gewerkt omdat peuters en kleuters de verantwoordelijkheid over hun eetpatroon of hun fysieke activiteit nog niet kunnen opnemen. Naarmate de kinderen ouder worden, kunnen zij zelf meer verantwoordelijkheid krijgen en een meer actieve rol spelen in hun behandelingsprogramma.

Om effectieve resultaten te behalen is het ten slotte aangewezen dat de kinderen gedurende ten minste een jaar therapie volgen. Na een jaar kan dan met het multidisciplinaire team worden bekeken hoe de kinderen hun eet- en bewegingspatroon hebben aangepast en of zij ook op psychosociaal niveau een positieve evolutie hebben doorgemaakt.

### Nazorg en preventie

Obesitas is een chronische problematiek waarmee men zijn hele verdere leven rekening moet houden. Nazorg

en ondersteuning zijn heel belangrijk. Het obese kind en heel zijn omgeving moeten goed worden geïnformeerd en bereid zijn hun levensstijl voorgoed te veranderen. Vaak is dit gedeelte van de behandeling het moeilijkste. Veel gezinnen met obese kinderen vervallen snel opnieuw in hun oude gewoontes. Daarom is het aan te bevelen dat ouders en kinderen op regelmatige tijdstippen bij de arts en de diëtist op controle blijven komen.

Voorkomen is ten slotte beter dan genezen. Ouders moeten ervan worden overtuigd om hun kinderen van jongs af aan goede eetgewoonten aan te leren en hen te stimuleren een actief leven te leiden. Er moet regelmatig worden herinnerd aan enkele belangrijke basisprincipes zoals de dag starten met een goed ontbijt, drie hoofdmaaltijden nemen en slechts twee tot drie gezonde tussendoortjes en als gezin zoveel mogelijk trachten samen te eten op vaste tijdstippen, ook al is dit soms moeilijk te combineren met drukke beroepsbezigheden. Daarnaast moet het gebruik van basisvoedingsmiddelen zoals brood, aardappelen, melk, groenten en fruit worden gepromoot. Kant-en-klarmaaltijden zijn doorgaans energierijker (vetter) en zouter dan traditionele, thuis bereide maaltijden en bevatten in het algemeen minder groenten en voedingsvezels. Frisdranken, chips en andere energierijke tussendoortjes en snacks worden best

beperkt. Geef als ouder of opvoeder niet langer systematisch snoep als beloning.

Ook de overheid moet haar verantwoordelijkheid opnemen. Via een multidisciplinair en multisectorieel samenwerkingsverband moet zij proberen een omgeving te creëren waarin obesitas weinig kans heeft om zich te ontwikkelen.

### Literatuur

1. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie, Gezondheidsenquête 2001 – <http://www.iph.fgov.be/sasweb/his/nl/index.htm>
2. Global Report Indicates one in 10 schoolchildren is too fat, [www.intel-health.com/lh/ih/H/EMIHC267/333/21142/382578.html](http://www.intel-health.com/lh/ih/H/EMIHC267/333/21142/382578.html), may 12, 2004 (zie ook <http://www.iotf.org/media/IOTFmay12.htm>)
3. Braet C., Van Winckel A.J.M. Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht. Bohn Stafleu Van Loghum 2001. ISBN 90 313 3646 7
4. Frederiks AM, Van Buuren S, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Body Mass Index measurements in 1996-1997 compared with 1980. Arch Dis Child 2000; 82: 107-112
5. Obesitas, de consensus van de BASO. Een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas (zie ook [www.nice-info.be](http://www.nice-info.be) > Nutriflash, september 2002)
6. Terug naar de gezonde basis. Campagne ter preventie van overgewicht bij kinderen in Nederland, [www.gezondebasis.nl](http://www.gezondebasis.nl), oktober 2002
7. M. Wouters. Fitheid en fysieke activiteit bij Vlaamse jongeren. Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek 2004, jaargang 31, nr 2
8. Weiss R. et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. N Engl J Med 2004; 350 (23): 2362-2374
9. T.J. Cole, M. C. Bellizzi, K. M. Flegal, W. H. Dietz. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320:1240-1243
10. Gezonde voeding voor kleuters. NICE, november 2003 ([www.123aantafel.be](http://www.123aantafel.be))
11. J.P.Thissen. Obesitas: huidige problematiek en epidemiologie. Verschenen in: Impact van voeding op gezondheid. Recente ontwikkelingen – 4. Garant 2002, ISBN 90-441-1341-0
12. Excess weight in childhood and adolescence: prevalence and problems. Food Today, nr. 40, november 2003