

Overgewicht en obesitas bij kinderen

Verder kijken dan de kilo's

Edgar van Mil en Arianne Struik

Boom

© 2015 Edgar van Mil en Arianne Struik
© 2015 Uitgeverij Boom Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit 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 enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Studio Jan de Boer
Verzorging binnenwerk: Steven Boland
Illustraties binnenwerk: R.P.K. Struik, 's-Gravenhage

ISBN 9789089534262
NUR 870

www.boompsychologie.nl
www.edgarvanmil.com

Inhoud

Voorwoord <i>Jaap Seidell</i>	11
Voorwoord <i>Nanette van der Pol-de Lange</i>	13
Inleiding	15
I Visie	23
I.1 Overgewicht is een natuurlijke reactie van het lichaam	23
I.2 De eigen unieke stofwisseling	25
I.3 Definitie van overgewicht en obesitas	28
I.4 Gezondheidsrisico's	29
I.5 De aanpak van overgewicht is een leerproces	31
I.6 Lichaam en geest	31
I.7 Hoe is het overgewicht ontstaan?	33
I.8 Evidence-based aanpak	33
I.9 Aanpak thuis	34
I.10 Niet afzien maar genieten	35
I.11 Samenwerking met ouders en kind	35
I.12 Maatwerk	37
I.13 Volgorde van de interventies	37
I.14 Zelfmanagement en andere ondersteunende factoren	38
I.15 Geïntegreerde, multidisciplinaire aanpak	39

2	Voorspellers van overgewicht (risicofactoren)	43
2.1	Aanleg	44
2.2	Kritische momenten	45
2.3	Slaaptekort	51
2.4	Psychische stoornissen	54
2.5	Zwakke executieve functies	55
2.6	Verhoogde psychische stress	57
2.7	Een lage sociaal-economische status	66
2.8	Kinderen van één of twee obese ouders	66
3	Waarom is overgewicht zo'n probleem?	73
3.1	Complicaties van overgewicht bij kinderen	74
3.2	Het gezondheidsrisico van overgewicht op langere termijn	74
3.3	Metabool syndroom	75
3.4	Het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico	80
3.5	Hardnekkigheid van overgewicht	81
3.6	De lasten die het kind zelf ondervindt: pesten	81
3.7	Psychische klachten	82
3.8	Systeemfactoren	82
3.9	Verstoring in de stofwisseling: verdieping	83
4	Voeding: de energiebalans	99
4.1	De energiebalans	100
4.2	Energiegebruik	101
4.3	Een positieve energiebalans: er komt meer energie binnen dan nodig is	107
4.4	Een negatieve energiebalans: er komt minder energie binnen dan nodig is	109
4.5	Berekening van het energiegebruik	111
4.6	Standaard voorbeelddagmenu	118
4.7	De samenstelling van voeding	122
4.8	Voedingsgedrag	124
4.9	Erfelijkheid	125
4.10	Neuro-endocriene regulatie van de energiebalans: verdieping	126
5	Voeding: interventies	137
5.1	Voedingsinterventies bij overgewicht	137
5.2	Voedingsinterventies door verandering van voedingspatroon of -gedrag	145
5.3	Informatie van ouders en kind: liegen, verdraaien en verfraaien	150
5.4	Dieetdenken	152
5.5	Voedingsgedrag	153

6	Beweging is de basis	165
6.1	Energie verspillen	166
6.2	Sedentaire leefstijl	168
6.3	Andere positieve effecten van beweging	168
6.4	Een duurzame oplossing	172
6.5	Welke activiteit is het best voor het kind met overgewicht?	175
6.6	Fysiotherapie	177
6.7	Sporten en snacks	177
6.8	Ontspanning	178
7	Lichamelijke en medische oorzaken	183
7.1	Wat is een lichamelijke of medische oorzaak?	184
7.2	Indeling van de onderliggende lichamelijke oorzaken van overgewicht	184
7.3	Primair overgewicht	186
7.4	Secundair overgewicht	189
7.5	Wat betekent dit voor de praktijk?	199
8	Psychische aspecten van overgewicht	203
8.1	Pesten	204
8.2	Depressie bij kinderen met overgewicht	211
8.3	Angst bij kinderen met overgewicht	213
8.4	Zelfbeeld en lichaamstevredenheid	214
8.5	Eetstoornissen	216
8.6	Psychologische behandelingen	219
9	Systeemdynamiek: mogelijkheden en kansen	227
9.1	Systeem: problematiek of dynamiek	228
9.2	Analyse van het systeem	229
9.3	Soorten gezinsdynamiek	230
9.4	Functie van overgewicht in het systeem	238
9.5	Ouderschap en opvoeding	245
9.6	Samenwerking met ouders	251
10	Assessment	255
10.1	Aandachtspunten assessmentproces	256
10.2	Vragen en onderzoeken	261
10.3	Assessmenttool	273
10.4	Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico	275
10.5	Reële verwachtingen	276
10.6	Samenvatting	277

II Motivatie, psycho-educatie en doelen	281
II.1 De praktijk	282
II.2 Motivatie	285
II.3 Psycho-educatie	289
II.4 Doelen opstellen	300
II.5 Tot slot: 'Hier heb ik geen tijd voor'	303
I2 De aanpak	305
I2.1 De 'huismetafoor' voor de aanpak van overgewicht	305
I2.2 Het samenstellen van de aanpak	307
I2.3 Volgorde van de interventies	308
I2.4 Planning	310
I2.5 Tijdsduur	311
I2.6 Vorm en setting	311
I2.7 Samenwerkingsmodel	314
I2.8 De inhoud van de aanpak	316
I2.9 Evaluatie	324
I2.10 Tot slot: wat vinden kinderen en ouders hier nu echt van?	325
I3 Frequently Asked Questions	327
Bijlagen	335
1 Assessmenttool eenvoudig	337
2 Assessmenttool meervoudig	338
3 Assessmenttool complex	339
4 Overzicht digitaal materiaal	340
Index	342
Over de auteurs	344

De bij dit boek behorende assessmenttools, het stappenplan en de werkbladen zijn te downloaden vanaf www.edgarvanmil.com en www.overgewichtnobsitasbijkinderen.nl. In de tekst is dit steeds aangegeven met het volgende icoontje . Een overzicht van het materiaal is te vinden op p. 340.

You have brains in your head. You have feet in your shoes. You can steer yourself any direction you choose. You're on your own. And you know what you know. And YOU are the one who'll decide where to go... You're off to Great Places! Today is your day! Your mountain is waiting, So... get on your way!

Dr. Seuss

Voorwoord

Jaap Seidell, hoogleraar voeding en gezondheid aan de Vrije Universiteit te Amsterdam

Toen ik in 1983 aan mijn promotieonderzoek naar obesitas begon had deze problematiek nauwelijks enige aandacht in de medische wereld. Zeker bij kinderen was daar toen ook nog niet veel aanleiding toe. In de derde landelijke groeistudie uit 1980 bleek dat bij slechts 0,3% van de jongens van 2 tot 21 jaar sprake was van obesitas. Bij meisjes was dat 0,5%. Je zag als kinderarts dus niet vaak een kind met obesitas. Dertig jaar later was dat percentage bij jongens echter verzesvoudigd naar 1,8%, en bij meisjes was het meer dan vier keer zo hoog als in 1980 (2,2%). Er was in 1980 nog geen verdere uitsplitsing naar ernstige obesitas (ook wel ‘morbide obesitas’ genoemd). Die uitsplitsing is er nu wel, en het blijkt dat ernstige obesitas nu voorkomt bij 0,6% van de jongens en 0,5% van de meisjes. Dat komt neer op zo’n 18.500 kinderen met ernstige obesitas. Een groot deel van deze kinderen komt uit families waarin overgewicht al generaties lang bestaat en gemeengoed is geworden. De aanpak bij een dergelijke mate van obesitas behoeft intensieve en langdurige ondersteuning.

In 1983 kende ik wereldwijd slechts een handjevol kinderartsen die deze problematiek serieus namen. Een van deze kinderartsen, Rudolph Leibel uit New York, vertrouwde mij destijds toe dat hij zich ook machteloos achtte. Hij vertelde over een gesprek op het spreekuur met een jongen met ernstige obesitas en zijn moeder. Na een paar consulten pakte de moeder de hand van het kind en vertrok met de volgende woorden: ‘Kom John, deze dokter

heeft geen idee waar hij het over heeft.’ Hij vond dat ze gelijk had en besloot daarop zijn leven te wijden aan onderzoek naar de oorzaken van obesitas bij kinderen en dan met name de rol van erfelijke factoren.

Edgar van Mil was één van het handjevol Nederlandse kinderartsen die twintig jaar geleden serieuze interesse toonden in onderzoek naar en behandeling van obesitas bij kinderen. Zijn promotieonderzoek tegen het einde van de vorige eeuw betrof onderzoek naar kinderen met het syndroom van Prader-Willi. Het gelukkig redelijk zeldzame syndroom is het gevolg van een genetische afwijking. De kinderen vertonen een combinatie van spierslapte, onbedwingbare eetlust en vaak ernstige obesitas. Met een dergelijke achtergrond denk je als kinderarts bij obesitas niet automatisch ‘eigen schuld, dikke bult’. Obesitas is vaak het resultaat van een combinatie van erfelijke aanleg en omgevingsfactoren.

Na zijn subspecialisatie tot kinderarts-endocrinoloog bij onder meer de hoogleraar kindergeneeskunde en vooraanstaand obesitasdeskundige wijlen Henriette Delemarre-van de Waal aan het vu medisch centrum legde Van Mil zich toe op het ontwikkelen van een integrale aanpak in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch. Integraal wil in dit geval zeggen dat bij de behandeling van de kinderen met obesitas ook de ouders en de thuisomgeving betrokken worden. Integraal betekent tevens dat er in 's-Hertogenbosch wordt samengewerkt met onder meer de GGD, zodat er ook aandacht is voor preventie en vroege opsporing van obesitas.

Bij deze aanpak zijn de inzichten van coauteur Arianne Struik van groot belang. Zij is ontwikkelingspsycholoog en systeemtherapeut en een gezinsaanpak is bij obesitas bij kinderen essentieel. De oorzaken van obesitas zijn deels lichamelijk en deels psychisch, maar de behandeling richt zich vooral op gedragsverandering bij kinderen. Daarbij zijn de ouders/opvoeders natuurlijk een onmisbare schakel.

Dit boek is een aanwinst voor de literatuur over dit onderwerp omdat het niet alleen een verhandeling is over de oorzaken en behandeling van overgewicht en obesitas, maar ook vol staat met handige praktische hulpmiddelen en tips. Het is een mooie weergave van de toepassing van landelijk en lokaal beleid, wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk. Het is dan ook onmisbaar voor iedere zorgverlener die te maken heeft met obesitas bij kinderen.

Jaap Seidell
Januari 2015

Voorwoord

Nanette van de Pol-de Lange, moeder van drie kinderen (12, 9 en 7 jaar)

Toen de auteurs van dit boek mij vroegen om als ervaringsdeskundige een voorwoord te schrijven, gaf ik daar graag gehoor aan. Dit boek had mij, als het er eerder was geweest, zeker kunnen helpen in mijn strijd tegen kinderobesitas.

We konden het eerst niet geloven. We zagen wel dat onze oudste dochter wat forser was dan andere kinderen, maar we vonden het niet zorgwekkend. Ik was een goede moeder, die alles voor haar kinderen overhad. Ik deed op alle fronten mijn uiterste best. Ik wist goed wat gezonde voeding was en wanneer ik mijn kind te veel eten gaf. Onze zoon was daar het levende bewijs van: hij woog geen grammetje te veel. Bovendien waren wij best streng: onze kinderen mochten lang niet zo veel eten als andere kinderen. Veel snoep en zoete drank kregen ze al niet, en ik leerde ze zelfs water en thee zonder suiker drinken. En toch... had onze oudste dochter, Femke, op 1-jarige leeftijd obesitas.

Eerst met het consultatiebureau, later met een diëtiste, namen we de leefstijl van Femke onder de loep. Poeh, wat vond ik het moeilijk om eerlijk te zeggen wat Femke dagelijks at en hoeveel ze bewoog. Waarom? Ik denk uit angst om te horen dat ik het niet goed deed.

Mijn man en ik kregen verschillende tips voor voeding en lichaamsbeweging, maar Femkes obesitas nam niet af. We werden doorverwezen naar het ziekenhuis voor nader onderzoek. Ik hoopte dat er een lichamelijke verkla-

ring voor het probleem zou zijn. Dan lag het tenminste niet aan mijn opvoeding en was het probleem misschien op te lossen met medicijnen. Er werden echter geen lichamelijke afwijkingen gevonden (waar ik nu enorm blij om ben!), maar we bleven komen voor controle.

Een tijdlang veranderde er weinig, totdat we bij kinderarts Edgar van Mil terechtkwamen. Femke en ik werden anders benaderd. Er werd niet meer met een vinger gewezen. Van Mil onderzocht, vroeg, legde uit, lichtte toe, deelde kennis. We werden een team met eenzelfde doel: Femke uit obesitas krijgen. Niet volgens algemene richtlijnen, maar volgens een individuele aanpak.

Mijn inzichten groeiden. Ik merkte dat ik eetpatronen aan het vergelijken was. Femke at een stuk minder ongezond dan de kinderen in onze omgeving, en dit gaf mij het gevoel dat wij heel gezond bezig waren. Maar Femke was er niet mee geholpen als ik ons eetpatroon vergeleek met eetgewoontes van anderen die óók niet goed waren. Ik moest kijken naar wat Femke nodig had aan voeding en haar dát aanbieden. Dat lijkt eenvoudig, maar was het niet.

Allereerst kwam ik mezelf tegen. Ik vond het moeilijk om het goede voorbeeld te geven. Ik kon behoorlijk kribbig worden als ik zelf niet iets lekkers kon pakken wanneer ik daar zin in had. Daarnaast vond ik het verschrikkelijk om mijn kind steeds verdrietig te zien als ze niet kreeg wat ze wilde.

De beste kans van slagen hadden we als de andere gezinsleden, dus broer, zus en papa, ook mee gingen in de leefstijlverandering. Dat werd mij niet in dank afgenomen. Toch verdween de chocoladepasta uit onze ontbijtla. Thomas' gevulde koek werd vervangen door een biscuitje, papa's worstenbroodjes door volkoren boterhammen, en we pakten vaker de fiets.

Maar daarmee was ik er nog steeds niet, want ook oma's, opa's, ooms, tantes en andere directbetrokkenen moest ik 'bekeren'. Dat vergde veel uitleggen (en soms uitvechten), toelichten, informeren, elke keer weer. Ik heb veel doorzettingsvermogen nodig gehad om die strijd te voeren.

Op 6-jarige leeftijd had Femke een gezond gewicht. Een vriendin vond dat ik de weg naar dit grote succes moest delen met lotgenoten via een website. Toen ik hiervoor foto's van Femke ging uitzoeken, schrok ik enorm en werd ik verdrietig. Waarom had ik het niet meteen in het begin gezien?

Obesitas bij je kind is moeilijk te bestrijden, maar het kan! Mijn wens is dat mensen hun vooroordelen opzijzetten en hun aannames onderzoeken. Niet oordelen, maar helpen. Het lezen van dit boek is daartoe een perfecte start!

Meer over mijn ervaringen lees je op www.kinderobesitas.com.

Nanette van der Pol-de Lange
Januari 2015

Inleiding

Overgewicht is een veelvoorkomend probleem bij kinderen. Het aantal kinderen met overgewicht is vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw toegenomen tot 15-20%. Het percentage kinderen met ernstig overgewicht (obesitas) is gegroeid tot 5,4%.^{1,2} Bij sommige leeftijdscategorieën of specifieke etnische groepen, zoals Turkse en Marokkaanse kinderen, zijn deze getallen nog hoger.³ De media staan bol van berichten die ons waarschuwen hoe ongezond dit is voor de komende generatie. Het probleem groeit nog steeds in omvang en overgewicht wordt beschouwd als het belangrijkste gezondheidsprobleem van de westerse wereld. Overgewicht is in sommige delen van Europa al verantwoordelijk voor 2-8% van de gezondheidszorgkosten en voor 10-13% van de sterfte.

Er is momenteel veel aandacht voor dit groeiende probleem bij kinderen, en iedereen heeft er een eigen mening over. Geregeld staat er wel een nieuw onderzoek naar obesitas in de krant, er worden televisieprogramma's aan gewijd en er verschijnen talloze boeken met nieuwe, veelbelovende diëten. Professionals willen het wiel opnieuw uitvinden. Er is zo een wildgroei aan diëten, behandelingen, programma's en interventies ontstaan die niet bewezen effectief zijn en zelfs een averechts effect kunnen hebben. Hierdoor krijgen ouders en kind steeds verschillende adviezen.

Veel kinderen met overgewicht en hun ouders hebben al van alles geprobeerd en zijn gefrustreerd geraakt door het gebrek aan resultaat. Kinderen worden gepest en ontwikkelen psychische klachten, zoals een negatief zelf-

beeld, angsten en depressie. Ouders voelen zich tekortschieten en geven de moed op. Wordt het kind eenmaal volwassen, dan voeren ze vaak een levenslange strijd tegen de overvloedige kilo's en is de kans klein dat op eigen kracht weer een normaal gewicht wordt bereikt.

Mede om deze reden ligt de focus op preventie van obesitas bij jonge kinderen. Omdat jonge kinderen hard groeien en erg leerbaar zijn, is overgewicht bij hen nog relatief gemakkelijk te verhelpen. Maar kinderen (zeker vanaf zes jaar) met obesitas groeien er meestal niet vanzelf meer overheen, en deze kinderen zullen intensief aan de slag moeten om een gezond gewicht te bereiken, maar het kan! Om het overgewicht van hun kind effectief aan te kunnen pakken, hebben ouders de juiste voorlichting en kennis nodig. Maar wie kun je geloven in de hedendaagse stortvloed aan hippe diëten en andere interventies?

Meer dan twintig jaar geleden maakte Edgar van Mil kennis met het probleem overgewicht bij kinderen tijdens een wetenschappelijke stage in het Canadese Children's Exercise and Nutrition Centre van het kinderziekenhuis van de McMaster University. Terug in Nederland deed Van Mil een promotieonderzoek naar energiemetabolisme bij kinderen met overgewicht aan de Universiteit Maastricht. Na zijn opleiding tot kinderarts onder andere in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht, deed hij een vervolgopleiding tot kinderarts-endocrinoloog aan het VU medisch centrum. Sinds zijn komst in het Jeroen Bosch Ziekenhuis bouwt Van Mil aan een samenwerkingsverband tussen alle betrokken partijen om een integrale aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen vorm te geven.

De mechanismen die van belang zijn bij overgewicht hebben vaak al hun oorsprong in de vroege kinderjaren. Als ontwikkelingspsycholoog en systeemtherapeut en specialist op het gebied van emotionele problematiek, stressregulatie, trauma en hechting bij kinderen heeft Arianne Struik kennis over en ervaring met de psychische en gezinsfactoren. De lichamelijke en psychische factoren spelen niet alleen beide een rol, maar zijn ook zo met elkaar verweven dat ze niet los van elkaar kunnen worden gezien of aangepakt. Zo bleek uit een grootschalig onderzoek dat een zeer groot gedeelte van de volwassenen met klachten zoals overgewicht, obesitas, kanker, hart- en vaatziekten en diabetes in hun jeugd meerdere traumatische gebeurtenissen had meegemaakt. Obesitas lijkt één van de belangrijke lichamelijke langetermijngevolgen van kindermishandeling.⁴ De geïntegreerde aanpak van lichamelijke en psychische factoren en mechanismen maakt dit boek zo uniek.

De wetenschappelijke kennis over overgewicht bij kinderen op lichamelijk en geestelijk gebied is in begrijpelijke taal beschreven en vertaald naar een

praktische, laagdrempelige aanpak voor professionals, maar ook voor ouders zelf. En daar is grote behoefte aan.⁵ Een huisarts die een kind met oorpijn op haar spreekuur krijgt en constateert dat het ook overgewicht heeft, hoort in het dichte woud van zorgaanbieders makkelijk de juiste route te kunnen kiezen. De jeugdverpleegkundige die specifiek screent op overgewicht, moet snel beslissen wat te doen. Zij moeten niet ontmoedigd raken door de almaar groter wordende complexiteit in de aanpak van deze aandoening of het gebrek aan succes van de aanpak tot nu toe. Zij hebben kennis en concrete handvatten nodig om te bepalen hoe zij het probleem zullen aansnijden, wat de juiste aanpak is en hoe zij het vertrouwen van ouders en kinderen kunnen winnen om de eerste stap te zetten richting gedragsverandering. Maar ook een gemeentefunctionaris die de keuze heeft tussen het aanleggen van een speeltuintje of het financieren van een leefstijlproject in de wijk moet weten welke invloed zijn of haar keuze kan hebben.

Professionals zullen ook hun houding en gedrag moeten veranderen. Te lang dacht men dat mensen met overgewicht gewoonweg een gebrek aan discipline hadden en sprak men hen belerend toe, vaak met een averechts effect. Ouders en kind hebben een steunende, respectvolle professional nodig, die de regie overlaat aan de ouders. Maar ook aan het kind, want het kind krijgt een centrale rol in deze aanpak. Samen met de professional zoeken ouders en kind naar een aanpak die past bij het gezin. Het belangrijkste doel van de aanpak is het beperken van de gezondheidsrisico's en ervoor zorgen dat het kind lekker in zijn vel komt te zitten. En de weg ernaartoe is geen strijd en niet afzien, maar een uitdaging waar je van kunt genieten.

Dit boek voorziet professionals van de algemene basiskennis en hulpmiddelen om zelf aan de slag te gaan met kinderen en hun gezinnen, maar ook te kunnen bepalen wanneer het verstandig is een kind door te verwijzen. Eveneens is het een bron van specialistische kennis voor professionals, zoals kinderartsen, verpleegkundig specialisten, psychologen, psychiaters en systeemtherapeuten in de tweede en derde lijn. Wij zijn ervan overtuigd dat het mogelijk is om overgewicht bij kinderen succesvol aan te pakken en dat dit niet ingewikkeld hoeft te zijn. In veel situaties zijn geen gespecialiseerde artsen of psychologen nodig en kunnen ouders en kinderen veel zelf, mits ze goed worden geïnformeerd. Daarvoor is dit boek in de eerste plaats bedoeld.

Leeswijzer

Elk hoofdstuk begint met een korte inleiding waarin wordt beschreven wat de lezer na het lezen van het hoofdstuk aan kennis heeft opgedaan. Dit boek kan worden gelezen door een uiteenlopende doelgroep en bevat daarom naast

algemene basiskennis ook specialistische medische kennis, die niet voor elke lezer interessant zal zijn. In het begin van het hoofdstuk en bij de paragrafen in kwestie staat aangegeven welke passages specialistische kennis bevatten en eventueel kunnen worden overgeslagen.

In dit boek wordt soms in de ‘wij-vorm’ geschreven. Dit heeft een reden. Door deze wij-vorm proberen we aan te geven dat de onderliggende mechanismen bij overgewicht bij iedereen kunnen voorkomen en normale reacties van het lichaam zijn. Met wij wordt dus ‘wij mensen’ bedoeld. Door in de wij-vorm te spreken worden ook professionals geholpen om respectvol om te gaan met gezinnen waarin overgewicht speelt en meer begrip voor hen op te brengen. Dit plaatst kind en ouders minder in de rol van slachtoffer en mislukkeling, en zo worden ouders en kind uitgenodigd om onderdeel van het aanpakteam te worden.

In de casusbeschrijvingen wordt het overgewicht niet expliciet vermeld, omdat het vanzelfsprekend is dat er bij alle kinderen sprake is van overgewicht. Daar waar ‘kind’ staat kan ook ‘jongere’ worden gelezen. Met ‘ouders’ worden verzorgers bedoeld, dus waar ‘ouders’ staat, kan ook ‘pleegouders’, ‘gezinshuisouders’ of ‘adoptieouders’ worden gelezen, met als enige verschil dat de aanlegcomponent en omstandigheden tijdens de zwangerschap uiteraard niet op hen van toepassing zijn.

Ook groepsleiders van kinderen die in een residentiële setting wonen, zijn verzorgers. In de praktijk kan het overgewicht van kinderen die in een leefgroep wonen vaak snel toenemen. De groepsleiding moet al met zoveel problemen rekening houden, zoals moeilijk gedrag, ruzies tussen jongeren en problemen met ouders, dat een toenemend gewicht van een van de kinderen geen prioriteit heeft. Integendeel: omdat deze kinderen al zoveel moeten meemaken en missen in hun leven ontstaat de neiging hen te troosten met snoep of snacks. ‘Ze zijn al zo zielig, dat kan je hun dan toch niet onthouden?’ Als het kind daarnaast ook nog psychiatrische medicatie gebruikt, kan de toename in gewicht helemaal snel gaan. Als er al leefstijlafspraken worden gemaakt, zijn die bovendien moeilijk vast te houden, doordat er steeds andere verzorgers zijn. Helaas is het kwaad dan al vaak geschied en blijft het kind levenslang worstelen met overgewicht. Dit boek kan dan ook voor een groepsleiding een leidraad zijn om in de groep een gezond leefklimaat vorm te geven.

De adviezen die in dit boek beschreven zijn, zijn van toepassing op kinderen van alle leeftijden. Omdat er echter verschillen zijn in stofwisseling, lichamelijke rijping, behoefte aan voedingsstoffen en psychosociale ontwikkeling, worden leeftijdsspecifieke zaken aangegeven met kopjes waarin het leeftijdsbereik is aangegeven waarvoor de interventie geschikt is. De belang-

rijkste elementen uit de tekst worden steeds kort samengevat. In de boxen is gedetailleerde informatie over onderwerpen weergegeven die wellicht niet voor alle lezers interessant is. Ook interventies zijn apart weergegeven.

Het boek bestaat uit twaalf hoofdstukken. Hoofdstuk 1 beschrijft onze visie op overgewicht bij kinderen en de uitgangspunten voor een succesvolle aanpak. We betogen dat overgewicht geen ziekte is, maar een normale reactie van het lichaam op een abnormale omgeving. De aanpak van overgewicht moet vooral door het kind en de ouders zelf worden gedaan, en de regie over die aanpak ligt bij het gezin zelf. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de huidige stand van de wetenschap over de voorspellende factoren die het risico op overgewicht vergroten. In hoofdstuk 3 wordt beschreven wat de gevolgen zijn van overgewicht en waarom overgewicht niet goed is voor lichaam en geest. De gezondheidsrisico's, waaronder het metabool syndroom, en de psychische gevolgen van overgewicht worden hier besproken.

In hoofdstuk 4 wordt besproken hoe de basisprincipes van de energiebalans kunnen worden gebruikt om het energiegebruik te berekenen. Dan wordt toegelicht hoe de neuro-endocriene regelmechanismen zich aanpassen aan langdurig overgewicht en wordt duidelijk dat een streng dieet leidt tot een natuurlijke tegenreactie van het lichaam, wat vaak een reden is dat afvallen niet lukt. Door de onderliggende mechanismen van de stofwisseling te begrijpen kan een aanpak worden bedacht die deze tegenreactie van het lichaam omzeilt. Een andere oorzaak voor de toename van het aantal kinderen met overgewicht is dat ouders, maar ook professionals die met kinderen te maken hebben, onvoldoende op de hoogte zijn van de juiste voedingsadviezen. Hoe men voedingsinterventies het best kan vormgeven, gebruikmakend van de kennis uit hoofdstuk 4, wordt beschreven in hoofdstuk 5. Ook wordt beschreven hoe ouders en kind geholpen kunnen worden om van deze uitdaging te gaan genieten.

Natuurlijk is ook lichaamsbeweging een factor van belang. Het gebrek aan lichaamsbeweging van kinderen, de dagelijkse portie rennen, klauteren, fietsen en springen, heeft niet alleen effecten op de lichamelijke en sociale ontwikkeling van het kind, maar ook op de stofwisseling. Hoe dit vanuit evolutionair oogpunt te begrijpen is, wat de samenhang is met de psychische ontwikkeling van het kind en hoe belangrijk het daarom is om lichaamsbeweging weer op het dagelijkse menu te krijgen wordt behandeld in hoofdstuk 6. Als de diverse oorzakelijke en in stand houdende factoren van het overgewicht zijn opgehelderd, blijven er kinderen bij wie het niet goed te begrijpen is dat het overgewicht blijft bestaan. Dan rijst de vraag of er geen medische oorzaak aan

ten grondslag ligt. In hoofdstuk 7 staan lichamelijke en medische oorzaken beschreven die kunnen leiden tot het ontstaan van overgewicht of het behoud daarvan. Wanneer aan kinderen wordt gevraagd hoe erg het is om overgewicht te hebben, schatten zij dat ernstiger in dan het missen van een arm of been. Al heel vroeg associëren kinderen overgewicht met domheid, lelijkheid en gebrek aan wilskracht. Het is daarom begrijpelijk dat obese kinderen vaak het mikpunt zijn van spot en pesterijen en een negatief zelfbeeld en psychische klachten ontwikkelen. Maar psychische klachten, zoals ADHD of een eetstoornis, kunnen ook een factor zijn in het ontstaan van overgewicht. Hoofdstuk 8 gaat verder in op de samenhang tussen overgewicht en psychische problemen en de aanpak daarvan. Het is ook mogelijk dat bepaalde problematiek in het gezin of de familie zo bepalend is dat leefstijlverandering niet haalbaar lijkt. Hoofdstuk 9 gaat over de dynamiek in gezinnen en families die hieraan ten grondslag kan liggen en over oplossingen die eraan kunnen bijdragen om leefstijlverandering ook in die gezinnen mogelijk te maken.

De drie laatste hoofdstukken in dit boek gaan eigenlijk hand in hand. Het assessment is geen test maar meer een proces, en dat proces heeft niet alleen een diagnostische functie, maar maakt al deel uit van het veranderproces in het gezin. Er zijn werkbladen ontwikkeld die hierbij kunnen ondersteunen. De werkbladen, het stappenplan en de assessmenttools zijn gratis te downloaden van www.overgewichtnobsitasbijkinderen.nl of www.edgarvanmil.com, in de tekst is dit aangegeven met ↓. De professional heeft gedurende het hele proces een basishouding waarin doorlopend gewerkt wordt aan het motiveren en psycho-educatie wordt gegeven. Nadenken en onderhandelen over doelen helpt ook weer om de motivatie te vergroten. In hoofdstuk 10 staan talloze vragen die van belang kunnen zijn om de onderliggende factoren in kaart te brengen. Die informatie wordt vervolgens vertaald naar ouder en kind met behulp van een praktische assessmenttool. Ouders en kind moeten begrijpen welke factoren een rol spelen zodat zij de regie nemen over de aanpak. In hoofdstuk 11 wordt uitgebreid ingegaan op motivatie en psycho-educatie, een belangrijke sleutel tot succes. Door psycho-educatie krijgen ouders en kind de kennis om zelf een goed plan te kunnen bedenken dat bij hen past. Je kunt de voorbeeldteksten in dit hoofdstuk gebruiken bij de uitleg aan ouders en kind, al dan niet gecombineerd met motiverende interventies. Dan wordt ingegaan op het opstellen van haalbare doelen en hoe de werkbladen hierbij kunnen ondersteunen. In hoofdstuk 12 komt tot slot de aanpak aan de orde. Ouders en kind kunnen op basis van hun vergaarde kennis met behulp van het assessmenttool keuzes maken voor aanpassingen in hun leefstijl en een aanpak op maat bedenken. Ondersteund door professionals bedenken ze zelf een plan dat haalbaar is en

past bij het gezin, en waarin zowel korte- als langetermijndoelen zijn opgenomen. Zo worden interventies geen losse snippers, maar een samenhangend plan op maat. Ouders en kind vormen namelijk zelf de samenhang tussen die interventies. Zij behouden de regie en het overzicht. Hoofdstuk 13 is een lijst met antwoorden op veelgestelde vragen (Frequently Asked Questions).

In de bijlagen zijn de assessmenttools opgenomen. Daarnaast zijn er werkbladen ontwikkeld die het gezin in een gezinswerkmap kan verzamelen (↓). Het kind kan er tekeningen indoen, en er kunnen medische onderzoeksuitslagen of brieven van andere betrokkenen in worden opgeborgen. De werkmap wordt zo als het ware het dossier *van* het gezin *voor* het gezin. Deze werkbladen zijn nog in ontwikkeling. We willen iedereen uitnodigen zijn of haar ervaringen met het gebruik ervan en voorstellen tot verbetering met ons te delen.

Verantwoording

De aanpak in dit boek is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en richtlijnen. We noemen hier een aantal belangrijke. In 2008 is het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) opgericht met het doel om alle partijen in de zorg bij elkaar te brengen en initiatieven zo veel mogelijk op elkaar te laten aansluiten. Deze samenwerking heeft geresulteerd in de Zorgstandaard Obesitas,⁶ die gebaseerd is op de Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Obesitas bij Volwassenen en Kinderen van het CBO.⁷ Hiervoor is een addendum ontwikkeld voor kinderen met overgewicht tot morbide obesitas.⁸ Op dit moment worden de zorgstandaarden Obesitas, Diabetes en Cardiovasculair Risicomanagement verankerd in een gemeenschappelijke basis. Het is de bedoeling dat de diverse disciplines hun eigen richtlijnen en protocollen ontwikkelen gebaseerd op de zorgstandaard, bijvoorbeeld een richtlijn Overgewicht Jeugdgezondheidszorg (JGZ).⁹ Daarnaast heeft het CBO ook een zorgmodule Zelfmanagement ontwikkeld, waarin wordt beschreven hoe professionals mensen met één of meer chronische ziekten kunnen ondersteunen om zelf de regie te voeren.¹⁰ Na het schrijven van dit boek verschenen de Kwaliteitscriteria voor de zorg voor jongeren met obesitas, waarin jongeren van 12-18 jaar zich uitspreken over wat zij belangrijk vinden.¹¹ Het doet ons deugd te lezen dat onze visie daarbij aansluit en we hopen dat wij met dit boek onze bijdrage kunnen leveren aan een betere aanpak voor kinderen met overgewicht.

Dit boek is ook gebaseerd op jarenlange praktijkervaring.

We hebben geprobeerd zo veel mogelijk de juiste bronvermelding te achterhalen. Mochten wij echter verzuimd hebben uw naam te noemen, dan vragen we u om contact met ons op te nemen. Wij zullen de bron dan vermelden in een nieuwe druk. Verder willen wij Wendy Dambacher, Nicole Dickhaut,

Ellis Hoogveld, Jolanda Pete Németh en Ellie Smulders hartelijk danken voor hun aandeel aan de totstandkoming van dit boek.

Edgar van Mil en Arianne Struik
Februari 2015

Referenties

- 1 van den Hurk K, van Dommelen P, van Buuren S, Verkerk PH, Hirasing RA. Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003 compared to 1980 and 1997. *Archives of disease in childhood* 2007; **92**(11): 992-5.
- 2 van Nassau F, Singh AS, van Mechelen W, Brug J, Chinapaw MJ. Body mass index, waist circumference and skin-fold thickness in 12- to 14-year-old Dutch adolescents: differences between 2003 and 2011. *Pediatric obesity* 2014.
- 3 van Dommelen P, Schonbeck Y, van Buuren S, Hirasing RA. Trends in a life threatening condition: morbid obesity in Dutch, Turkish and Moroccan children in The Netherlands. *PLOS ONE* 2014; **9**(4): e94299.
- 4 Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine* 1998; **14**(4): 245-58.
- 5 Partnerschap Overgewicht Nederland. Care for obesity. Chronic, coordinated care for children with overweight and obesity. Positioneringsnotitie. Amsterdam, mei 2013.
- 6 Schwiebbe L, Talma H, van Mil EG, Fetter WP, Hirasing RA, Renders CM. Diagnostic procedures and treatment of childhood obesity by paediatricians: The Dutch approach. *Health policy* 2013; **111**(2): 110-5.
- 7 Partnerschap Overgewicht Nederland. Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam, November 2010.
- 8 CBO. Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Obesitas bij Volwassenen en Kinderen. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications; 2008.
- 9 Partnerschap Overgewicht Nederland. Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Obesitas bij Volwassenen en Kinderen'. Amsterdam; 2011.
- 10 Overgewicht. Preventie, signalering, interventie en verwijzing. JGZ-richtlijn. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2012.
- 11 Zorgmodule zelfmanagement 1.0 Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten. Utrecht: CBO; 2014.
- 12 Kwaliteitscriteria zorg voor jongeren met obesitas (BMI > 30) Geformuleerd door jongeren van 12-18 jaar: Nederlandse Obesitas Vereniging; 2014.

HOOFDSTUK I

Visie

Dit boek begint met een beschrijving van onze visie op overgewicht bij kinderen. Deze visie is gebaseerd op recente wetenschappelijke inzichten vanuit de humane biologie, kindergeneeskunde, kinderendocrinologie, kinderinspanningsgeneeskunde, ontwikkelingspsychologie en systeemtherapie en meer dan twintig jaar praktijkervaring. In dit boek integreren we onze kennis en ervaring op het gebied van lichaam en geest en vertalen dit in eenvoudige taal naar de praktijk. Dit boek is dan ook geen handboek, maar een weergave van onze visie op overgewicht bij kinderen. Na het lezen van dit hoofdstuk is duidelijk vanuit welke uitgangspunten deze kinderen en hun gezinnen het best kunnen worden geholpen.

1.1 Overgewicht is een natuurlijke reactie van het lichaam

Obesitas is een ernstige mate van overgewicht. In dit boek wordt de internationale definitie aangehouden, gebaseerd op de leeftijds- en geslachtsgebonden *body mass index curves* van Tim Cole en anderen (zie paragraaf 1.3 voor de beschrijving).¹ Sinds 1999 is obesitas door de Wereldgezondheidsorganisatie erkend als een grote bedreiging voor de (wereld)gezondheid, omdat duidelijk kon worden aangetoond dat deze aandoening leidt tot levensbedreigende chronische ziekten – met name hart- en vaatziekten, maar ook tot vormen

van kanker – en daarmee tot een verhoogde kans op vroegtijdig ontstaan van disfunctioneren van het lichaam of overlijden.² Pas in 2013 heeft de invloedrijke American Medical Association besloten obesitas als ziekte te betitelen.³ Het grote voordeel van het definiëren van obesitas als ziekte is dat het onderwerp meer aandacht van de medische wetenschap heeft gekregen en dat de kennis over het onderwerp daardoor nog steeds snel toeneemt.

Helaas kleeft aan dit voordeel ook een nadeel. Men verwacht van de medisch-wetenschappelijke wereld een oplossing voor het probleem, terwijl die oplossing daar maar voor een klein deel te vinden is. Er zal geen pil komen om deze ziekte te genezen, en voor de aanpak van overgewicht is het noodzakelijk om het juist niet als ziekte te zien, maar als een normale reactie op een abnormale omgeving. In onze moderne westerse samenleving worden we gestimuleerd om inactief te zijn en meer te eten dan nodig is. Dat noemen we een obesogene, oftewel dikmakende omgeving. De mens is niet langer gedwongen om zich extra in te spannen om in zijn levensbehoeften te voorzien. We ervaren deze omgeving niet als een probleem. Integendeel, we ervaren juist een geluksgevoel als we ons in een restaurant tegoed doen aan een overdaad aan eten. Evolutionair is dit makkelijk te verklaren. Aangezien de mens in vroeger tijden vooral door hongersnood werd bedreigd, was het in het voordeel van het voortbestaan van zijn soort om af te toe te veel te eten en wat extra voorraden op te kunnen slaan in de vorm van vetweefsel. De prettige ervaring van een overdadige maaltijd maakte dat we er telkens weer opnieuw naar verlangden, en dat heeft de mens geholpen om te overleven. Pas 8000 jaar geleden ontwikkelde de mens voor het eerst potten om granen in op te slaan, waardoor ‘calorieën’ makkelijker konden worden bewaard. Overgewicht komt dus voort uit een al duizenden jaren oude wenselijke, zelfs noodzakelijke reactie. In de huidige omgeving van onbeperkt verkrijgbaar voedsel is deze reactie echter niet meer zo wenselijk.

Het besef dat overgewicht een natuurlijke reactie van het lichaam is en geen ziekte op zich, plaatst de aandoening in een ander perspectief. Het onderliggende mechanisme wordt niet aangemerkt als ziek, fout of defect, maar als een normale eigenschap van het menselijk lichaam en wordt daarmee minder verwerpelijk. Het mechanisme hoeft ook niet te worden behandeld of vervangen. Het blijft een bruikbaar mechanisme, bijvoorbeeld als men op gewicht moet komen na een periode van gewichtsverlies door bijvoorbeeld ziekte. Het moet in onze tijd echter op een andere manier worden ingezet, beter gecontroleerd.

Niet alleen het overlevingsmechanisme om een teveel aan voedsel op te slaan, maar ook het overlevingsmechanisme dat ervoor zorgt dat we steeds

blijven verlangen en zoeken naar voedsel dat ons een fijn gevoel geeft, kan bij overgewicht een nadelige rol spelen. Dat overlevingsmechanisme gebruikt de Amerikaanse psychiater Bruce Perry bijvoorbeeld in zijn *reward neural systems*-model. Hierin beschrijft hij dat in het lichaam stoffen vrijkomen (zoals de gelukshormonen serotonine of dopamine) die een fijn, belonend en veilig gevoel geven als men zoete, zoute of vette dingen eet. Het gebruik van drugs en alcohol of zelfbeschadiging (snijden, pulken en krabben) geeft ook dat beloningsgevoel en dat fijne gevoel kan zelfs verslavend werken. Perry beschouwt het mechanisme niet als verkeerd of slecht, maar zet het juist in tegen overgewicht. Het gemis van dat fijne gevoel is een van de factoren die het moeilijk maken om te stoppen met het eten van zout, zoet of vet eten. Het 'beloningssysteem' kan echter ook gestimuleerd worden door andere factoren, zoals muziek, ritmische zintuiglijke prikkeling, positieve interactie met andere mensen, vermindering van psychische stress, ontspanning, gedrag volgens normen en waarden, lichamelijk contact en (bij adolescenten en volwassenen) seks. Door deze activiteiten komen dezelfde stoffen vrij als bij het eten van zout, zoet of vet voedsel. Men kan dus hetzelfde fijne gevoel verkrijgen door het eten te vervangen door andere activiteiten, en dat zou kunnen helpen bij het veranderen van eetgedrag. Dit model wordt gebruikt bij het vormgeven van een gezonde leefstijl (zie paragraaf 5.5.2 en 5.5.3).

Door het aangeboren mechanisme om meer te eten dan je nodig hebt te beschouwen als een natuurlijk mechanisme waar we in tijden van overvloed controle op dienen te houden, kan men een veel positievere houding aannemen ten opzichte van het probleem overgewicht. Acceptatie van het probleem maakt de weg vrij om gedrag te gaan aanpassen, en die gedragsverandering is hard nodig. Men wordt immers continu geprikkeld om meer te eten en minder te bewegen en zal dus zijn weg in deze obesogene omgeving moeten zien te vinden.

Overgewicht is een normale reactie van het lichaam op een abnormale omgeving.

1.2 De eigen unieke stofwisseling

De stofwisseling of het metabolisme is het geheel aan biochemische processen en onderdeel daarvan is de energiestofwisseling of energiehuishouding, waarbij het lichaam energie vrijmaakt uit voeding die gebruikt wordt voor