

# Hoe signaleer en begeleid je kinderen met overgewicht?

Marienke van Middelkoop, Patrick Bindels

**Overgewicht op jonge leeftijd is een risicofactor voor overgewicht en chronische ziekten op latere leeftijd. Voor huisartsen is er alle reden om hun signalerende rol bij kinderen met overgewicht beter te gaan invullen. Huisartsen zelf vinden dat, en de ouders van deze kinderen verwachten het. Vaker lengte en gewicht meten, het overgewicht bespreekbaar maken en een gerichte netwerkaanpak in wijk, dorp of stad zijn de eerste stappen in een proactiever beleid.**

Obesitas is een van de meest uitdagende gezondheidsproblemen van dit moment. In 2021 had ruim 15% van de Nederlandse kinderen in de leeftijdsgroep 4-16 jaar overgewicht. Wie als kind overgewicht of obesitas had, heeft grote kans dat ook op volwassen leeftijd te hebben, en dus een verhoogd risico op chronische ziekten zoals diabetes mellitus type 2 of hart- en vaatziekten.<sup>1,2</sup> Het aantal kinderen van 4-12 jaar dat overgewicht heeft, stijgt nog steeds.<sup>3</sup> Het landelijke keten-

model voor de aanpak van obesitas bij kinderen voorziet, naast de jeugdgezondheidszorg, in een belangrijke rol voor de eerstelijns gezondheidszorg.<sup>4,5</sup> Huisartsen worden daarbij ondersteund door de NHG-Standaard Obesitas, maar blijken het toch moeilijk te vinden om deze rol goed in te vullen.<sup>6</sup> Een belangrijke reden is dat overgewicht het gevolg is van factoren die voor een deel buiten de invloedssfeer van de huisarts liggen. Het tegengaan van overgewicht vraagt om veranderingen in leefstijl en gedrag, en dat is voor veel mensen een uitdaging. En gedragsverandering bij kinderen met overgewicht is extra lastig, omdat we het dan veelal hebben over veranderingen binnen een systeem of een gezin.

## EEN COHORTONDERZOEK BIJ KINDEREN VAN 2-18 JAAR

Om meer inzicht te krijgen in overgewicht bij kinderen in de huisartsenpraktijk zijn we in Zuidwest Nederland gestart met DOERAK, een cohortonderzoek bij 733 kinderen van 2-18



Ouders vinden het goed als de huisarts tijdens een consult het overgewicht van hun kind ter sprake brengt.

Foto: ANP Foto

## DE KERN

- Kinderen met overgewicht bezoeken de huisarts iets vaker dan kinderen zonder overgewicht.
- Weliswaar komen oudere kinderen met overgewicht vaker met luchtweggerelateerde klachten naar de praktijk, maar gezien de lage bezoekfrequentie is dit geen goede ingang om hen succesvol te kunnen identificeren.
- Ouders zijn slecht in het herkennen van overgewicht bij hun eigen kinderen. Daarom moeten huisartsen het gewicht altijd zelf bepalen in de praktijk.
- Huisartsen hebben vaak het gevoel dat ouders en kinderen niet gemotiveerd zijn en niet verwezen willen worden, maar 94% van de ouders geeft aan dat de huisarts overgewicht bij hun kind ter sprake mag brengen.
- Maar liefst 88% van de huisartsen geeft aan behoefte te hebben aan scholing over het signaleren en behandelen van obesitas bij kinderen.

jaar met en zonder overgewicht die de huisarts bezochten.<sup>7</sup> We volgden deze kinderen gedurende 2 jaar, waarbij we vragenlijsten afnamen (onder andere over bewegen, eten, slaap, kwaliteit van leven), lengte en gewicht maten en HIS-gegevens noteerden. De kinderen of hun ouders tekenden een *informed consent*. Onze onderzoeksvragen waren: Komen kinderen met overgewicht vaker op het spreekuur? Komen ze met andere klachten? Kan dit gebruikt worden om deze kinderen in de praktijk op te sporen of moet dat op een andere manier gebeuren? Wat vinden ouders over de rol van de huisarts bij overgewicht van hun kind? In deze beschouwing presenteren we de belangrijkste onderzoeksresultaten en bespreken we wat die kunnen betekenen voor de huisartsenpraktijk.

### KINDEREN MET OVERGEWICHT OP HET SPREEKUR

In Nederland komt ongeveer 70% van de kinderen van 5-17 jaar gemiddeld 2 keer per jaar bij de huisarts.<sup>8</sup> Van de kinderen in DOERAK had 63,2% een normaal gewicht en 19,3% overgewicht. Die laatsten consulteerden de huisarts vaker dan kinderen zonder overgewicht: gemiddeld 7,3 keer (SD 5,7) versus 6,7 keer (SD 5,4) (OR 1,09; 95%-BI 1,01 tot 1,18).<sup>9</sup> In eerdere onderzoeken werd gevonden dat kinderen met overgewicht vaker musculoskeletale klachten hadden dan kinderen zonder overgewicht, maar in DOERAK vonden we geen verschil in het aantal consulten voor musculoskeletale klachten. Ook de in eerder onderzoek gevonden associatie tussen astma en allergische rinitis enerzijds en overgewicht anderzijds, waarbij inflammatie mogelijk een rol speelt,<sup>10</sup> konden we in DOERAK niet zonder meer bevestigen. In de totale groep van 2-18 jaar hadden kinderen met overgewicht niet méér consulten voor respiratoire klachten dan kinderen zonder overgewicht, maar we vonden wel een verschil tussen de groep < 12 jaar en de groep van 12-18 jaar.<sup>11</sup> In de leeftijd

12-18 jaar hadden kinderen met overgewicht significant meer consulten voor respiratoire klachten dan kinderen zonder overgewicht (OR 2,14; 95%-BI 1,14 tot 4,01), en dat gold ook voor astmagerelateerde klachten (OR 3,94; 95%-BI 1,20 tot 12,88) en allergiegerelateerde respiratoire klachten (OR 3,14; 95%-BI 1,25 tot 7,86). Bij kinderen < 12 jaar vonden we die associaties niet.

We kunnen concluderen dat kinderen met overgewicht de huisarts iets vaker bezoeken dan kinderen zonder overgewicht en dat oudere kinderen met overgewicht vaker met luchtweggerelateerde klachten komen. Maar gezien de lage bezoekfrequentie is dat geen goede ingang om kinderen met overgewicht te identificeren in de huisartsenpraktijk. We hebben een andere ingang nodig.

### OUDERS HERKENNEN OVERGEWICHT SLECHT

Kinderen komen relatief weinig bij de huisarts en het aantal kinderen dat vanwege overgewicht op consult komt, is nog kleiner.<sup>12</sup> Willen we overgewicht vroegtijdig kunnen behandelen, dan zou het een uitkomst zijn als ouders overgewicht bij hun kinderen konden herkennen. Hoe ingewikkeld dat is, blijkt echter uit meerdere onderzoeken. Ouders herkennen overgewicht bij hun kind in ruim 62% van de gevallen niet goed, en bij jonge kinderen (2-6 jaar) is dat zelfs 86%.<sup>13</sup> Het is goed om daar als huisarts rekening mee te houden. Daar komt bij dat je als huisarts niet kunt vertrouwen op het zelfgerapporteerde gewicht. In DOERAK vergeleken we het zelfgerapporteerde gewicht met het in de praktijk gemeten gewicht.<sup>14</sup> Bij kinderen van 2-8 jaar met overgewicht rapporteerden de ouders een significant lager gewicht dan het gemeten gewicht (gemiddeld verschil (MD) -1,08 kg; 95%-BI -1,77 tot -0,39), terwijl ouders van kinderen met ondergewicht juist een significant hoger gewicht rapporteerden (MD 0,32 kg; 95%-BI 0,02 tot 0,62). Kinderen van 9-17 jaar met overgewicht rapporteerden zelf eveneens een significant lager gewicht dan wat gemeten werd (MD -1,28 kg; 95%-BI -2,08 tot -0,47). Kinderen van 9-17 jaar met een normaal gewicht deden dat trouwens ook (MD -0,51 kg; 95%-BI -0,79 tot -0,23). De conclusie is dat je als huisarts niet kunt vertrouwen op het zelfgerapporteerde gewicht van kinderen. In de praktijk moeten huisartsen kinderen zelf meten en wegen om vast te stellen of er sprake is van overgewicht.

### SIGNALEREN

Is het vastleggen van mogelijk overgewicht in de praktijk een geaccepteerde handeling, ook als het kind voor een andere reden het spreekuur bezoekt? In een landelijke enquête onder 333 huisartsen bleek dat 91% vond dat ze een rol moesten spelen in het signaleren van obesitas bij kinderen, maar slechts 23% antwoordde dat ze bij een vermoeden van overgewicht of obesitas actie ondernamen en de BMI bepaalden tijdens het consult. De huisartsen die betrokken waren bij DOERAK brachten in de consulten een gezonde leefstijl meestal niet ter sprake, verwezen weinig kinderen door en planden niet vaak vervolgspraken om het overgewicht te bespreken.<sup>15</sup> Toch

gaven vrijwel alle ouders (93,8%) in het DOERAK-cohort aan dat ze het eens waren met de stelling dat de huisarts overgewicht bij hun kind ter sprake mag brengen, ook wanneer het kind voor een andere klacht komt.

Er liggen dus wel degelijk kansen om overgewicht te signaleren bij een kind dat op consult komt, ook wanneer dat om een andere reden is. Waarom worden die kansen niet benut? Voelt de huisarts zich onvoldoende toegerust? Is er onvoldoende kennis over de behandel- en verwijsopties? De 333 huisartsen in de eerder aangehaalde enquête noemden diverse barrières. Het vaakst gaven ze aan dat ze het gevoel hadden dat ouders en kind niet gemotiveerd waren en niet verwezen wilden worden. En maar liefst 88% gaf aan behoefte te hebben aan scholing over het signaleren en behandelen van kinderen met obesitas.<sup>16</sup>

### AANSLUITEN BIJ BESTAANDE INITIATIEVEN

Welke rol kunnen huisartsen spelen bij het behandelen van overgewicht bij kinderen? Of, beter gesteld, hoe ver gaat die rol? Er is weinig discussie over dat huisartsen naast het signaleren in ieder geval een rol hebben in het toegeleiden van het kind naar initiatieven in wijk, stad of regio. Systematische literatuuronderzoeken naar de effectiviteit van interventies zoals chirurgie, medicatie, ouderprogramma's en leefstijlinterventies hebben laten zien dat multidisciplinaire leefstijlinterventies leiden tot significante, maar kleine veranderingen in het lichaamsgewicht van kinderen.<sup>17,18</sup> Een Gecombineerde Leefstijl Interventie zoals die in Nederland voor volwassenen bestaat, is er voor kinderen niet, maar wel is in 2018 een Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas gelanceerd.<sup>5</sup> In het kader van dit model zijn diverse netwerkinitiatieven gestart, waaronder Kind naar Gezonder Gewicht van JOGG, dat uitgebreide ondersteuning voor het kind biedt.

In deze netwerkaanpak is de huisarts degene die het overgewicht vaststelt (zowel door te meten en wegen als 'op zicht'), vaststelt wat er speelt en vervolgens de aanpak bespreekt. Om het gesprek met ouders en kind te ondersteunen is er een folder 'Praten over gewicht met kinderen en ouders' en er is ook een e-learning die zorgprofessionals kan ondersteunen om het gesprek aan te gaan.<sup>19</sup> In Nederland werken inmiddels 40 gemeenten met Kind naar Gezonder Gewicht, maar deze aanpak is dus nog lang niet overal geïmplementeerd. Er zijn op dit moment gesprekken gaande om bekostiging vanuit de basisverzekering mogelijk te maken.

### AANBEVELINGEN

Overgewicht is een toenemend probleem in onze maatschappij en overgewicht op jonge leeftijd is een risicofactor voor overgewicht op latere leeftijd.<sup>20</sup> Voor huisartsen is er alle reden om hun signalerende rol bij kinderen met overgewicht beter te gaan invullen. Huisartsen zelf vinden dat, en de ouders van deze kinderen verwachten initiatief van hun huisarts.

De aanpak van overgewicht vraagt om interventies op diverse niveaus: overheid, samenleving en gezondheidszorg. De over-

gewichtepidemie kunnen we als huisartsen niet oplossen in de spreekkamer, maar we kunnen wel een bijdrage leveren aan de oplossing. Een proactief beleid lijkt op zijn plaats. Je hebt niet altijd een timmermansoog nodig om overgewicht te kunnen zien, maar wel is het nodig om vaker de lengte en het gewicht te meten van kinderen die op het spreekuur komen. Alleen dan kan een foutieve inschatting voorkomen worden, ook bij de ouders. Naast deze proactieve signalering is de volgende stap om het overgewicht bespreekbaar te maken. Het zou goed zijn als huisartsen hiervoor meer gerichte (communicatie) gereedschappen kregen. Daar ligt nog ruimte voor verbetering en nieuw onderzoek. Om uiteindelijk tot een effectief geïntegreerd advies en behandeling te komen moet de huisarts op de hoogte zijn van en samenwerken met multidisciplinaire initiatieven op wijkniveau en binnen de eigen zorggroep.<sup>2</sup> Signaleren, bespreekbaar maken, ondersteunen en gericht verwijzen bij overgewicht bij kinderen: we mogen het wel meer gewicht geven in de huisartsenpraktijk. ■

### LITERATUUR

1. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, Van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev* 2008;9:474-88.
2. Adabag S, Huxley RR, Lopez FL, Chen LY, Sotoodehnia N, Siscovick D, et al. Obesity related risk of sudden cardiac death in the atherosclerosis risk in communities study. *Heart* 2015;101:215-21.
3. Cijfers over jeugd en opvoeding: Kinderen en jongeren met overgewicht. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2022. <https://www.nji.nl/cijfers/overgewicht>, geraadpleegd 22 juni 2022.
4. Uit balans: de last van overgewicht (Nota Overgewicht 2009). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2009.
5. Sijben M, Van der Velde M, Van Mil E, Stroo J, Halberstadt J. Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2018.
6. Van Binsbergen JJ, Langens FN, Dapper AL, Van Halteren MM, Glijstee R, Cleynert GA, et al. NHG-Standaard Obesitas. Utrecht: NHG, 2020.
7. Paulis WD, Van Middelkoop M, Bueving H, Luijsterburg PA, Van der Wouden JC, Koes BW. Determinants of (sustained) overweight and complaints in children and adolescents in primary care: the DOERAK cohort study design. *BMC Fam Pract* 2012;13:70.
8. Boersma-van Dam E, Weesie Y, Hek K. Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties eerste lijn: Jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2011-2017. Utrecht: Nivel, 2018.
9. Van Leeuwen J, Van Middelkoop M, Paulis WD, Bueving HJ, Bindels PJ, Koes BW. Overweight and obese children do not consult their general practitioner more often than normal weight children for musculoskeletal complaints during a 2-year follow-up. *Arch Dis Child* 2018;103:149-54.
10. Beuther DA. Recent insight into obesity and asthma. *Curr Opin Pulm Med* 2010;16:64-70.
11. Van Leeuwen J, El Jaouhari Z, Paulis WD, Bindels PJ, Koes BW, Van Middelkoop M. Differences in respiratory consultations in primary care between underweight, normal-weight, and overweight children. *NPJ Prim Care Respir Med* 2019;29:15.
12. Paulis WD. Childhood obesity in primary care: not yet general practice [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus MC, 2016.
13. Rietmeijer-Mentink M, Paulis WD, Van Middelkoop M, Bindels

- 
- PJ, Van der Wouden JC. Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Matern Child Nutr* 2012;9:3-22.
14. Van Leeuwen J, Van Middelkoop M, Paulis WD, Bindels PJ, Koes BW. General practitioners cannot rely on reported weight and height of children. *Prim Health Care Res Dev* 2019;20:e14.
  15. Paulis WD, Van Middelkoop M, Bueving HJ, Luijsterburg PA, Koes BW. Discussing overweight in primary care. *Arch Dis Child* 2015;100:899-900.
  16. Paulis WD, De Jong A, Van Avendonk M, Boukes F, Van der Wouden J. Kinderen met obesitas in de huisartsenpraktijk: een online onderzoek onder huisartsen. *TSG* 2012;90:171-5.
  17. Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D, et al., Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6:CD012651.
  18. Al-Khudairy L, Loveman E, Colquitt JL, Mead E, Johnson RE, Fraser H, et al., Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6:CD012691.
  19. Niemer SI, Camfferman R, Van Maarschalkerweerd P, Sijben M, Seidell J, Halberstadt J. Praten over gewicht met kinderen en ouders: Een folder voor zorg-, school-, en wijkprofessionals, Amsterdam: Vrije Universiteit, 2019.
  20. Friedemann C, Heneghan C, Mahtani K, Thompson M, Perera R, Ward AM. Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4759.

Van Middelkoop M, Bindels PJ. Hoe signaleer en begeleid je kinderen met overgewicht? *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-2134-2.  
Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: dr. M. van Middelkoop, universitair hoofddocent: m.vanmiddelkoop@erasmusmc.nl; prof. dr. P.J.E. Bindels, hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde.  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.