

Overgewicht bij kinderen: Dickie Dick als ‘rol’-model?

Het aantal kinderen met overgewicht en obesitas neemt de laatste decennia sterk toe. Zorgwekkend, want hierdoor ontstaan op latere leeftijd vele gezondheidsproblemen. Hoe komt het dat kinderen steeds dikker worden? En belangrijker nog: wat is er tegen te doen? Met gemarkeerde voeding, bewegingsprogramma's en beïnvloeding van het gedrag valt heel wat winst te halen. Ook voor de huisarts is daarbij een rol weggelegd.

Enkele cijfers

Van overgewicht bij volwassenen is sprake bij een Quetelet-index (body mass index, BMI) van 25-30 kg/m²; van obesitas bij een BMI van meer dan 30 kg/m². Geschat wordt dat ongeveer 40% van de Nederlandse volwassenen last heeft van overgewicht en 10% van obesitas. In de Verenigde Staten liggen deze getallen nog veel hoger. Bij kinderen bevindt de grootste risicogroep voor overgewicht zich tussen 6 en 12 jaar. Vergeleken met 1980 is de prevalentie van overgewicht bij kinderen toegenomen van ongeveer 4% naar 10-12% nu; voor obesitas liggen deze getallen op respectievelijk 0,2% en 0,8-1,4% (afhankelijk van geslacht en leeftijd).

Recent hebben alle huisartsen een BMI-nomogram voor kinderen ontvangen. Hierop is aan de hand van lengte en gewicht de BMI af te lezen. Tevens zijn de internationaal aanvaarde afkapwaarden voor overgewicht en obesitas aangegeven, gerelateerd aan leeftijd en geslacht. De kaart is opgesteld door het KennisCentrum Overgewicht (www.overgewicht.org) en TNO.

Suiker door suiker

Bij kinderen met obesitas ziet men op jonge leeftijd al diabetes mellitus type 2 ontstaan. Diabetes mellitus type 2 kwam tot twintig jaar geleden nog maar zelden voor bij mensen onder de 30, maar wordt inmiddels in diverse westerse landen steeds vaker aangetroffen. In de Verenigde Staten is al sprake van type 2 bij eenderde van de nieuw gestelde diagnoses diabetes mellitus bij kinderen.

Mensen die als kind te dik waren, hebben ook op latere leeftijd vaker overgewicht. Bij zowel kinderen als volwassenen is het risico verhoogd op diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, galstenen, problemen aan het bewegingsapparaat en psychosociale klachten. Overgewicht vormt hierdoor een forse kostenpost. Dat betreft niet alleen directe kosten als gevolg van de genoemde aandoeningen, maar ook indirecte kosten samenhangend met ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en maatschappelijke aanpassingen aan meubilair op scholen en dergelijke. Bovendien is de kwaliteit van leven door de bijkomende morbiditeit bij personen met overgewicht verminderd.

Vet in de genen?

Een genetische invloed is er wel, maar de invloed daarvan is waar-

schijnlijk niet zo groot. Want waar de prevalentie van overgewicht wel is toegenomen, is de genetische pool nauwelijks veranderd. Veel belangrijker zijn de omgevingsfactoren. Beïnvloeding begint mogelijk al bij de ontwikkeling in de baarmoeder. Barker ontdekte dat kinderen met een laag geboortegewicht een inhaalgroei doormaakten op de leeftijd van 5 tot 10 jaar. Op latere leeftijd had deze groep meer kans op hart- en vaatziekten en diabetes mellitus. In Nederland kon men dit verband aantonen bij kinderen die geboren waren tijdens de hongervinter van 1944. Echter, bij kinderen geboren tijdens het beleg van Leningrad (St. Petersburg) was dit verband weer niet aantoonbaar, waardoor deze Barker-hypothese regelmatig onderwerp is van discussie.

De sociaal-economische status is wel een risicofactor voor obesitas, dat wil zeggen dat de prevalentie van obesitas toeneemt bij een lager opleidingsniveau van de ouders. Ook de etniciteit is een risicofactor. Turkse en Marokkaanse kinderen hebben vaker overgewicht; in deze culturen worden mollige kinderen gezien als teken van welstand.

Ieder pondje door het mondje

Hoe dan ook is de energiebalans natuurlijk het belangrijkste. Iedere dag een suikerklontje meer calorieën innemen dan verbruikt worden, leidt in tien jaar tot drie kilo extra gewicht. Iedere dag tien minuten minder beweging heeft bij gelijke calorie-inname hetzelfde effect.

In onze maatschappij is calorierijke voeding gemakkelijk beschikbaar. Bovendien worden veel producten gezoet om ze ‘lekkerder’ te maken. Dan werkt het dubbelop: mensen zijn geneigd meer te eten van iets dat ze lekker vinden én krijgen met de toegevoegde suikers ook nog eens extra calorieën binnen.

Ook neemt de inactiviteit toe, bijvoorbeeld door het aantal uren achter de televisie en de computer. Nederland steekt internationaal gezien nog gunstig af, omdat we ons hier vaker per fiets en lopend verplaatsen dan in andere westerse landen.

(Op)voedende ouders

Mensen met een hogere opleiding hebben weliswaar vaker zittend werk, maar bewegen ook meer. Ook is er bij gezinnen met hoger opgeleide ouders veelal een beter voedingspatroon. Toch kunnen hiermee de verschillen in prevalentie van overgewicht tussen de diverse sociaal-economische klassen onvoldoende verklaard worden.

Ouders vormen voor kinderen het referentiekader als het om voeding en beweging gaat. Bijna alle huisartsen komen in hun praktijk gezinnen tegen waarin overgewicht wel besmettelijk lijkt. Ouders bepalen wanneer er hoeveel van wat wordt gegeten. Als ouders weinig regelmaat in hun eetgedrag hebben, heeft dat weerslag op het eetpatroon van hun kinderen. Een warme maaltijd met het hele gezin blijkt te leiden tot meer consumptie van groente en fruit en minder frisdrank. Dat voeding ingebed zit in opvoeding moge dui-

delijk zijn: eet je bord leeg en wie zoet is krijgt lekkers.

Ook hebben ouders mogelijk een andere houding ten opzichte van hun dikke kinderen. Hoe moeilijk deze onderzoeken ook te kwantificeren zijn, het lijkt erop dat kinderen met overgewicht minder positieve feedback van hun ouders krijgen dan hun slanke soortgenoten. Hoe dan ook spelen ouders niet alleen een belangrijke rol bij het ontstaan van overgewicht en obesitas, maar ook bij een latere behandeling.

Wie stelt de diagnose?

De leeftijdsgroep van 6 tot 12 jaar – waarin het overgewicht vooral voorkomt – heeft niet zo frequent contact met de huisarts als andere leeftijdsgroepen. Signalering van overgewicht zal vooral gebeuren via de jeugdgezondheidszorg en op scholen. Screening via de huisartsenpraktijk op overgewicht bij kinderen voldoet niet aan de criteria die aan een dergelijke actie gesteld mogen worden. Maar de huisarts is wel gezinsarts en heeft de mogelijkheid om door case-finding kinderen met overgewicht op het spoor te komen. Bovendien kunnen huisartsen door hun kennis van de gezinnen een belangrijke rol vervullen, niet alleen in de opsporing, maar ook bij de beïnvloeding van de ouders.



foto: Fotostock

Kind aan de lijn

De behandeling van overgewicht is niet erg populair: veel werk en weinig effect. Maar bij kinderen met overgewicht is de situatie gunstiger. Waar bij volwassenen wordt gestreefd naar gewichtsreductie, gaat het bij kinderen om het handhaven van het bestaande gewicht. Door de groei zal bij een gelijkblijvend gewicht de BMI afnemen. Zo heeft een kind van 5 jaar met een lengte van 110 cm en een gewicht van 35 kg een BMI van 28 kg/m². Als dit gewicht op 6-jarige leeftijd nog steeds 35 kg is en het kind is gegroeid naar 118 cm, dan is de BMI gedaald naar 25 kg/m².

Goede voeding, goede beweging, goed gedrag

De behandeling van overgewicht bij kinderen kent drie aspecten:

- ▶ Een *voedingsadvies* voor kinderen moet gemakkelijk te begrijpen zijn. Het principe van de 'verkeerslicht'-voeding is dat de verschillende voedingsmiddelen worden gemarkeerd met een kleur. Van groen gemarkeerde voeding mag je net zoveel eten als je wilt. Rood gemarkeerde voeding mag alleen bij hoge uitzondering wor-

den gegeten. Rood gemarkeerd zijn bijvoorbeeld frisdranken, waarin zeer veel calorieën zitten die vrijwel 'ongemerkt' worden opgenomen.

(Voor uitgebreidere informatie zie www.voedingscentrum.nl.)

- ▶ Er zijn verschillende soorten *bewegingsprogramma's* opgezet voor kinderen met overgewicht, te weten:
 - een geprogrammeerd bewegingspatroon, waarbij het kind op vaste tijdstippen gaat bewegen, alleen of in teamverband;
 - een leefstijlprogramma, waarbij kinderen een soort bewegingsmenu krijgen waaruit zij zelf activiteiten kunnen kiezen. Aan de activiteiten zijn punten toegekend en per dag moet daarvan een totaal aantal gehaald worden;
 - het vervangen van zittende activiteiten door fysieke activiteiten.
 Uit onderzoek is gebleken dat bij de preventie van overgewicht het verminderen van zittende activiteiten effectiever is dan het stimuleren van sporten. Voor obese kinderen gaat het om een combinatie van sporten en dagelijkse activiteiten en vooral plezier in bewegen.
- ▶ De *gedragstherapeutische aanpak* kent een aantal zelfcontroleprocedures. In eerste instantie gaat het om het in kaart brengen van het eigen eetpatroon (zelfregistratie), het maken van een planning van nieuwe eetgewoonten (zelfregulatie) en het zelf bedenken van beloningen voor gewenst gedrag (positieve zelfbekrachtiging). Bij de zelfcontrole maakt men ook gebruik van cognitieve technieken, die bij kinderen goed aanslaan. Dit veronderstelt wel een bepaalde vaardigheid van de begeleider.

De houding van de ouders is zeer belangrijk voor de motivatie. Zij zijn te beschouwen als co-therapeuten; als de ouders onvoldoende medewerking verlenen, neemt de kans op succes van de behandeling van het kind met overgewicht duidelijk af.

De rol van de huisarts

De huisarts kan overgewicht bij kinderen signaleren en met behulp van het BMI-nomogram objectiveren. Vervolgens kunnen het kind en de ouders worden gemotiveerd tot bestrijding van het overgewicht. De begeleiding daarvan kan de huisarts zelf ter hand nemen bij lichte vormen van overgewicht, gebruikmakend van NHG-Patiëntenbrieven of folders van het Voedingscentrum. Een andere mogelijkheid is verwijzing naar een diëtiste met aandacht voor kinderen. Vanwege de gedragstherapeutische aspecten zou een teamgerichte aanpak zinnig zijn, maar in Nederland zijn nog maar weinig poliklinieken operationeel die zijn ingericht op een dergelijke aanpak van overgewicht bij kinderen. (LB)

Dit artikel is totstandgekomen op basis van informatie van en in samenwerking met dr. Carry Renders, projectleider van het KennisCentrum Overgewicht.

Literatuur

- Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg. Themanummer, oktober 2002.
- Seidell JC, Visscher TLS. Voeding en gezondheid. Obesitas. Ned Tijdschr Geneeskd 2003;147:281-6.