

University of Groningen

Jeugdgezondheidszorg, huisarts en kinderarts

Berger, M. Y.; Reijneveld, S. A.

Published in:
Tijdschrift voor Kindergeneeskunde

DOI:
[10.1007/s12456-011-0022-y](https://doi.org/10.1007/s12456-011-0022-y)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2011

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Berger, M. Y., & Reijneveld, S. A. (2011). Jeugdgezondheidszorg, huisarts en kinderarts: Samen is slimmer in de zorg voor het obese kind. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, 79(4), 111-117.
<https://doi.org/10.1007/s12456-011-0022-y>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Hempel, kinderrevalidatiearts, dhr. drs. K. de Boer, revalidatiearts, dhr. prof.dr. R.G.H.H. Nelissen, orthopedisch chirurg, dhr. drs. J. Nagels, orthopedisch chirurg, Werkgroep Perifeer Zenuwletsel, LUMC, Leiden.

Correspondentieadres: Mw. S.M. Hofstede-Buithuis, Werkgroep Perifeer Zenuwletsel, LUMC, Postbus 9600, 2300 RC Leiden, S.M.Hofstede-Buithuis@lumc.nl.

Literatuur

- 1 Blaauw G, Pons C, red. Letsels van de plexus brachialis. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
- 2 Birch R, Bonney G, Wynn Parry CB. Surgical disorder of the peripheral nerves. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 1998.
- 3 Malessy MJA. Brachial plexus surgery factors affecting functional recovery [proefschrift]. Leiden, 1999.
- 4 Pondaag W, Malessy MJA, Dijk JG van, Thomeer RTWM. Natural history of obstetric brachial plexus palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2004;46:138-44.
- 5 Hoeksma AF. Obstetrical brachial plexus injury [proefschrift]. Amsterdam, 2004.
- 6 Pondaag W, Boer WR de, Wijlen-Hempel MS van, et al. External rotation as a result of suprascapular nerve neurotization in obstetric brachial plexus lesions. *Neurosurgery.* 2005;57:530-7.
- 7 Steindler A. Operative treatment of paralytic conditions of the upper extremity. *J Orthop Surg.* 1919; 1:608-19.
- 8 Clarke H, Curtis C. An approach to obstetrical brachial plexus injuries. *Hand Clin.* 1995;11:583-96.
- 9 Gilbert A, Brockman R, Carlioz H. Surgical treatment of brachial plexus birth palsy. *Clin Orthop Relat Res.* 1991;264:39-47.

Jeugdgezondheidszorg, huisarts en kinderarts: samen is slimmer in de zorg voor het obese kind

M.Y. Berger, S.A. Reijneveld

Samenvatting

De leefstijl van de jeugd kan wel eens problemen gaan opleveren voor de gezondheidszorg van morgen. Veertien procent van de Nederlandse kinderen is obees. Dat betekent dat 14% een grote kans heeft om op jonge leeftijd al hart- en vaatziekten te hebben. De zorg voor het kind verdient mede daarom alle aandacht. De somatische zorg is in Nederland verdeeld over drie echelons: de jeugdgezondheidszorg (JGZ) verzorgt de preventieve zorg, de huisarts de eerstelijns curatieve zorg en de kinderarts de tweede- en derdelijns curatieve zorg. Alleen wanneer er echt wordt samengewerkt, kunnen we iets doen aan de obesitasepidemie. In dit artikel geven we enkele suggesties.

Inleiding

Nederland vergrijsjt; het aantal geboorten blijft gelijk.¹ Dat betekent dat onze kinderen een zware zorgtaak staat te wachten. Gelukkig lijkt het goed te gaan met het Nederlandse kind; een internationaal Unicef-onderzoek geeft aan dat Nederlandse kinderen op basis van zes indicatoren, waaronder gezondheid en veiligheid, het hoogst scoren in een vergelijking met de 21 rijkste landen in de

wereld.² Kortom, ook de zorgvraag van Nederlandse kinderen lijkt klein. Waarom dan prioriteit geven aan de zorg voor het kind? Een belangrijke reden is dat de lichamelijke gezondheid en het welbevinden van de jeugd zwaar onder druk staan. De levensstijl van kinderen is sterk veranderd en leidt overal in de wereld in toenemende mate tot obesitas, diabetes mellitus type 2 en het vóórkomen van andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten op jonge leeftijd. De prognose van kinderen met deze aandoeningen is nog niet goed in kaart gebracht, maar een toename van comorbiditeit en zorgvraag op de volwassen leeftijd lijkt zeer aannemelijk. Daarnaast neemt het aantal kinderen met een chronische ziekte toe. Dat komt door betere overlevingskansen bij bijvoorbeeld vroeggeboorte en kanker.³ De Raad voor Gezondheidsonderzoek schat dat 14 tot 20% van alle kinderen, dat wil zeggen 546.000-780.000 kinderen, een chronische ziekte of aandoening heeft die levenslang problemen geeft. Reden genoeg om de zorg voor het kind op de agenda te zetten.

Tabel 1: Samenvatting van de sterkte van bewijs dat bepaalde factoren het risico op gewichtsstijging en obesitas verhogen of verlagen (WHO 2003)

Bewijs	Afname risico	Toename risico
overtuigend	<ul style="list-style-type: none"> • regelmatige lichaamsbeweging • hoge inname van voedingsvezel 	<ul style="list-style-type: none"> • zittend leven • hoge inname van voedsel met hoge energiedichtheid en arm aan micronutriënten
waarschijnlijk	<ul style="list-style-type: none"> • gezinnen en scholen die gezonde voeding van kinderen bevorderen • borstvoeding 	<ul style="list-style-type: none"> • intensieve marketing van energiedichte voedingsmiddelen en fastfood • hoge inname van dranken met een hoog suikergehalte
mogelijk	<ul style="list-style-type: none"> • voeding met een lage glykemische index 	<ul style="list-style-type: none"> • ongunstige sociaaleconomische omstandigheden • grote porties • buitenshuis eten
onvoldoende	<ul style="list-style-type: none"> • toename van eetmomenten 	<ul style="list-style-type: none"> • hoge inname van alcoholische dranken

Bron: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2008.¹²

De somatische zorg voor het kind is in Nederland verdeeld over drie echelons: de jeugdgezondheidszorg (JGZ) verzorgt de preventieve zorg, de huisarts de eerstelijns curatieve zorg en de kinderarts de tweede- en derdelijns curatieve zorg. Bij psychosociale zorg voor kinderen zijn onder andere ook de jeugdzorg en kinderen jeugdpsychiatrie betrokken.

In dit artikel beargumenteren wij waarom het noodzakelijk is de schotten tussen deze echelons weg te halen om adequate zorg aan de kinderen van nu te kunnen blijven geven. Wij gaan daarbij in op nieuwe ontwikkelingen die de samenwerking zeker zullen gaan bevorderen en doen suggesties voor innovatieve acties die de zorg voor het kind ten goede zouden komen. Wij nemen het dikker wordende kind hierbij als voorbeeld. Voor de wetenschappelijke onderbouwing en aanbevelingen baseren wij ons volledig op de multidisciplinaire CBO-richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen, het Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht van de JGZ en enkele sleutelartikelen over de preventie en behandeling van obesitas bij kinderen.

Het probleem obesitas

Kinderen worden alsmaar dikker. Overgewicht komt op steeds jongere leeftijd voor. De prevalentie van overgewicht bij 2-4-jarigen verdriedoude in de periode van 1987 tot 2001. Ongeveer 16% van de Europese kinderen heeft overgewicht en 8% is obees.⁴ De Vijfde Landelijke Groeistudie laat zien dat dit percentage voor Nederlandse kinderen 14% is, maar voor Turkse en Marokkaanse kinderen in Nederland respectievelijk 32 en 27%.¹ Ernstig overgewicht gaat ge-

paard met een slechtere algemene gezondheid, meer huisartscontacten, meer schoolverzuim vanwege ziekte en een negatief zelfbeeld.⁵ Overgewicht wordt gerelateerd aan een verhoogde kans op een scala aan andere alledaagse lichamelijke klachten die het algemeen welzijn van kinderen met overgewicht negatief beïnvloeden.⁶⁻⁹ Kinderen met overgewicht worden relatief vaak volwassenen met overgewicht. De voorspellende waarde van overgewicht voor overgewicht op volwassen leeftijd neemt toe met de leeftijd. Circa 70% van de obese kinderen zal obesitas hebben als volwassene, terwijl dat percentage voor adolescenten 80% is.¹⁰

De etiologie van overgewicht en obesitas is multifactorieel. Obesitas komt vaak familiair voor. Dit heeft een erfelijke component, maar het komt voornamelijk door de gewoonten en de omgeving die familieleden met elkaar delen. Omgevingsfactoren zijn cruciaal als determinant van voedings- en beweeggedrag.¹¹ De term 'obesogene omgeving' geeft een omgeving weer waarin het gemakkelijk is te veel energie in te nemen via voeding en/of te weinig energie te gebruiken door lichamelijke inactiviteit.¹² Er is inmiddels overtuigend wetenschappelijk bewijs dat een zittende leefstijl (onder andere tv-kijken) en hoogenergetische en micronutriëntarme voeding gewichtstoename en obesitas bevorderen. Aan de andere kant is het duidelijk dat het regelmatig lichamelijk actief zijn en een hoge vezelinname het risico op overgewicht verkleinen (tabel 1).¹³

Het eerste wat opvalt wanneer je op zoek gaat naar effectieve preventieve en therapeutische interventies bij kinderen is het schrikbarende gebrek aan bewijs voor effectiviteit van welk inter-

ventieprogramma dan ook. Dit komt ten dele omdat er eenvoudigweg geen onderzoek naar is gedaan, maar ook omdat het onderzoek dat verricht is van slechte kwaliteit is. Als er al een conclusie valt te trekken, dan is die dat een multidisciplinaire aanpak de voorkeur heeft. Deze multidisciplinaire programma's bestaan meestal uit één of meer van de volgende componenten: voedingsadvies of advies met betrekking tot lichamelijke activiteit, gedragstherapiecomponenten, verminderen van zittende activiteiten en het bevorderen van een actieve leefstijl, en sociale en/of psychologische ondersteuning. De US Preventive Services Task Force (2010) geeft in zijn recentste overzicht aan dat met een dergelijke aanpak, mits matig tot sterk intensief ingezet, op de korte termijn een matige gewichtsreductie kan worden bereikt. Kennis over effecten op een termijn van meer dan een jaar ontbreekt nog grotendeels.¹⁴

Gegeven de multifactoriële etiologie en het ontbreken van effect van eenzijdige interventies is het een illusie te denken dat overgewicht bij kinderen effectief kan worden aangepakt vanuit het perspectief van één enkel zorgchelon. Samenwerking lijkt daarom de sleutel tot succes.

Nieuwe ontwikkelingen die samenwerking kunnen bevorderen

De grootste innovatie is de breed uitgesproken wil tot samenwerking binnen de drie echelons.¹⁵⁻¹⁷ Voor samenwerking is echter een goede communicatie en uitwisseling van informatie noodzakelijk. Digitale overdracht van informatie, zowel het zenden als het ontvangen ervan, heeft grote voordelen. Een tweede grote stap vooruit is dan ook de digitalisering van de medische dossiers binnen de JGZ, waarmee in 2010 is gestart. Een derde, zeker zo grote vooruitgang is de uitspraak van de Nederlandse huisartsen dat zij het elektronisch medisch dossier ter inzage voorleggen aan andere zorgverleners die een aandeel hebben in de ketenzorg rondom de patiënt met een chronische aandoening via het keteninformatiesysteem (KIS).¹⁸

Natuurlijk betekenen deze goede voornemens nog lang geen uitwisseling van relevante gegevens tussen JGZ, huisarts en kinderarts. Zo stelt de JGZ zeer expliciet op zijn website: 'Het DD JGZ wordt uitsluitend gebruikt binnen de jeugdgezondheidszorg. Het is dus niet toegankelijk voor huisartsen, ziekenhuizen, scholen, gemeenten, jeugdzorg, politie, justitie of andere personen en instanties. Ook niet als zij bij de

zorg voor het kind betrokken zijn.' Bovendien stelt de huisarts directe raadpleging van de basisgegevens van het elektronisch patiëntendossier vooralsnog alleen beschikbaar aan andere curatieve artsen. Desalniettemin is het begin voor goede informatieoverdracht aanwezig.

Preventie van obesitas

Preventie van overgewicht en obesitas is de beste strategie om complicaties op latere leeftijd te voorkomen. Er is echter geen bewezen effectieve preventieve benadering bekend. Wel zijn er risicogroepen gedefinieerd. In een coherent beleid zouden deze groepen herkend en begeleid moeten worden.

Vooralsnog is het beleid daar niet op gericht. Bekende risicogroepen zijn:¹² mensen met een lage sociaaleconomische status (SES), allochtonen, chronisch zieken en gehandicapten, kinderen met een laag geboortegewicht en vervolgens een snelle inhaalgroei¹⁹ en kinderen met ouders met overgewicht of obesitas.²⁰ Bij heel jonge kinderen is het hebben van ouders met obesitas veel belangrijker dan hun eigen overgewicht als voorspeller van obesitas op volwassen leeftijd. Bij toenemende leeftijd neemt het belang van het obese zijn als kind toe en het hebben van obese ouders af. Van de kinderen die op 15-17-jarige leeftijd geen obesitas en geen obese ouders hadden, werd 5% obese als jongvolwassene. Van de kinderen uit diezelfde leeftijdsgroep die zelf al obese waren op die leeftijd en twee ouders met obesitas hadden, werd 81% obese als jongvolwassene.¹⁰ Recent Nederlands onderzoek laat verder zien dat met name gewichtstoename in de leeftijd tussen 4 en 7 jaar voorspelt of een kind als 16-jarige puber dik is.²¹ In Nederland kan de JGZ bij de preventie van overgewicht een cruciale rol spelen. Immers, op de vaste contactmomenten, zoals gedefinieerd binnen het Basistakenpakket van de JGZ, worden alle kinderen gemeten en gewogen, en daarnaast wordt gezondheidsvoorlichting gegeven. De JGZ heeft dan ook een plan ontwikkeld waarbij, naast interventies in de openbare gezondheidszorg, er tevens sprake is van reguliere monitoring van lengte en gewicht, en het zo vroeg mogelijk signaleren van overgewicht en obesitas.²² Het plan bestaat uit vijf thema's: het stimuleren van borstvoeding, buitenspelen en ontbijten, alsmede het reduceren van het consumeren van gezoete dranken en van tv-kijken. Het betreft in eerste instantie primaire pre-

Tabel 2: Afkapwaarden BMI: overgewicht en obesitas

Leeftijd in jaren	Jongens		Meisjes	
	Overgewicht	Obesitas	Overgewicht	Obesitas
2	18,41	20,09	18,02	19,81
3	17,89	19,57	17,56	19,36
4	17,55	19,29	17,28	19,15
5	17,42	19,30	17,15	19,17
6	17,55	19,78	17,34	19,65
7	17,92	20,63	17,75	20,51
8	18,44	21,60	18,35	21,57
9	19,10	22,77	19,07	22,81
10	19,84	24,00	19,86	24,11
11	20,55	25,10	20,74	25,42
12	21,22	26,02	21,68	26,67
13	21,91	26,84	22,58	27,76
14	22,62	27,63	23,34	28,57
15	23,29	28,30	23,94	29,11
16	23,90	28,88	24,37	29,43
17	24,46	29,41	24,70	29,69
18	25,00	30,00	25,00	30,00

Bron: Cole et al., 2000.²⁴

ventie: door gerichte aandacht te besteden aan bovengenoemde factoren, passend bij de leeftijd van het kind, hoopt men overgewicht te kunnen voorkomen. Onderbouwing van dit plan is gebaseerd op een literatuurstudie (tabel 1).^{12,22}

Nieuwe ontwikkelingen en acties die de zorg mogelijk kunnen verbeteren

Het bovengenoemde preventieprogramma van de JGZ (het overbruggingsplan) wordt getoetst op zijn effectiviteit in een wetenschappelijk onderzoek. Dit is absoluut nieuw en noodzakelijk. Op dit moment wordt bij het aanbieden van het primaire preventieprogramma geen nadruk gelegd op het verhoogde risico van bekende risicogroepen. De belangrijkste risicofactor voor obesitas bij het jonge kind is het hebben van obese ouders. Hier ligt een uitdaging voor gerichte samenwerking. Wanneer bij signalering van deze risicofactor de huisarts ook op de hoogte kan worden gebracht, zou deze als gezinsarts de ouders bij de behandeling kunnen betrekken en ook behandelopties voor de ouders kunnen aanbieden. Hiermee kan de functie van het rolmodel van de ouder voor het gedrag van de kinderen optimaal worden ingezet.

Signalering

Voordat tot advisering en behandeling bij overgewicht kan worden overgegaan, is een uniforme wijze van definiëren en signaleren van overgewicht en obesitas nodig.

Hiertoe is een stappenplan ontwikkeld in de CBO-richtlijn, mede op basis van het signaleringsprotocol van de JGZ.^{22,23} Volgens het stappenplan zijn JGZ-arts, huisarts en kinderarts bij elk kind alert op de aanwezigheid van overgewicht of obesitas. Kinderen met overgewicht of obesitas worden verwezen naar kinderarts of huisarts om comorbiditeit en complicaties uit te sluiten. Kinderen met comorbiditeit of complicaties worden verwezen naar de kinderarts.

Nieuwe ontwikkelingen en acties die de zorg mogelijk kunnen verbeteren

De JGZ kent een stappenplan om kinderen met overgewicht te begeleiden nadat comorbiditeit of complicaties zijn uitgesloten. Het zou innovatief zijn wanneer huisarts en kinderarts kinderen met overgewicht zouden terug- of doorverwijzen naar de JGZ.

Voor het obese kind is het belangrijk dat gegevens over het diagnostisch traject en de uitkomsten hiervan worden uitgewisseld tussen JGZ, huisarts en kinderarts, zodat in gezamenlijkheid een behandelplan kan worden opgesteld en eensluidend kan worden geadviseerd aan ouder en kind.

Diagnostiek

Diagnostiek in de dagelijkse praktijk is gebaseerd op eenvoudig meetbare maten, zoals lengte en gewicht (BMI), huidplooidikte en middelomtrek.

Op dit moment is de BMI de enige maat met internationaal geaccepteerde en toegepaste leeftijds- en geslachtsspecifieke referentiewaarden (tabel 2).²⁴ Om het aantal fout-negatieven en fout-positieven op grond van de BMI-criteria te minimaliseren is in het signaleringsprotocol dat de JGZ heeft ontwikkeld de klinische blik toegevoegd. Deze klinische blik is explicieter gemaakt met vier criteria: lichaamsbouw, etniciteit, puberteit en vetverdeling.^{12,22,23}

- **Lichaamsbouw.** BMI maakt geen onderscheid tussen spier- en vetmassa. Daardoor kunnen kinderen met korte benen die gespierd zijn of breed gebouwd, een hoge BMI-waarde hebben zonder dat er sprake is van overgewicht. Het omgekeerde komt ook voor.
- **Puberteitsstadium.** Vlak voor het begin van de puberteit treedt een fysiologische groei dip op, waardoor kinderen een hogere BMI hebben, zonder dat dit duidt op overgewicht. In een later stadium van de puberteit treedt juist een groeiversnelling op waardoor het omgekeerde kan worden waargenomen.
- **Etniciteit.** Een andere dan de Nederlandse lichaamsbouw kan vertekening van de BMI geven.
- **Verdeling van vet over het lichaam.** Het type vetafzetting vooral rond de buik met relatief smalle benen en armen geeft grotere kans op gezondheidsschade later.

Het is belangrijk om overall dezelfde criteria voor overgewicht en obesitas te hanteren, al was het maar om alle hulpverleners een eenduidige boodschap aan ouders en kind te laten geven.

Nieuwe ontwikkelingen en acties die de zorg mogelijk kunnen verbeteren

Het signaleringsprotocol blijkt goed toepasbaar in de dagelijkse praktijk en wordt inmiddels aanbevolen in alle beroepsgroepen. Voor een goede overdracht van gegevens over BMI en ontwikkeling in de tijd zou uitwisseling tussen de gegevens die de JGZ heeft verzameld en de behandelaar van obesitas een meerwaarde voor diagnostiek en monitoring van het effect van behandeling kunnen hebben.

Beleid

Kinderen met comorbiditeit zoals diabetes mellitus type 2, dysmaturiteit, acanthosis nigricans en slaapapnoesyndroom (OSAS) worden doorverwezen naar de kinderarts. Vooralsnog heeft de aanwezigheid van andere risicofactoren voor

hart- en vaatziekten, zoals een te hoog cholesterolgehalte en hypertensie, nog geen behandelconsequenties. Het staat daarom ter discussie of deze risicofactoren standaard bepaald moeten worden.

De behandeling bij kinderen met overgewicht of obesitas kan gericht zijn op gewichtsverlies of gewichtsbehoud, afhankelijk van leeftijd en groeistadium, en op gezondheidswinst. Enkelvoudige behandelstrategieën worden niet aangeraden. Uit de literatuur blijkt dat een multidisciplinaire aanpak de voorkeur heeft. De richtlijnen wijzen vooralsnog de kinderarts aan als behandelaar van kinderen met obesitas. Dit is uit pragmatische overwegingen, omdat de kinderarts de behandelaar met de meeste ervaring is en kan werken vanuit een multidisciplinair team met een grote groep kinderen.¹²

Nieuwe ontwikkelingen en acties die de zorg mogelijk kunnen verbeteren

Het lijkt het meest voor de hand te liggen, gezien de op maat gesneden, multifactoriële aanpak die men voorstaat, dat behandeling plaatsvindt in samenspraak met de drie behandelende echelons: JGZ, huisarts en kinderarts (tabel 3). Dit soort overleg is echter (nog) niet erg gebruikelijk en zal pas gaan plaatsvinden wanneer alle behandelaren overtuigd zijn van het nut hiervan. Dit is echter nog niet onderzocht.

Conclusie

Er liggen mooie, eensluidende richtlijnen voor beleid ter preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen. In deze richtlijnen ligt de nadruk op samenwerking. Om goed te gaan samenwerken is de overtuiging van alle behandelaren nodig dat we er zonder samenwerking niet gaan komen. Onderbouwing van het nut van deze samenwerking is broodnodig; het recente RGO-advies Kind en ziekte (2010) benadrukt dat dit in het algemeen geldt voor onderzoek op dit terrein.³ Ook voor het leveren van onderbouwing moeten de handen echter ineen geslagen worden. Samenwerking moet daarbij gefaciliteerd worden door toegang tot elkaars medische dossiers te verlenen of zorg te dragen voor goede onderlinge overdracht. Korte lijnen werken voor het individuele obese kind echter nog steeds het beste. Bereikbaarheid van de hulpverleners is hiervoor wel noodzakelijk.

Dit artikel is eerder verschenen in *Bijblijven*, 2010;26(8):12-9.

Tabel 3: Bij de behandeling van elk kind met obesitas zouden drie echelons betrokken moeten zijn

Aanbevelingen Diagnostiek en behandeling van obesitas bij kinderen	Mogelijke uitvoerder
Bij de behandeling worden de eet- en leefgewoonten van het gehele gezin betrokken: <ul style="list-style-type: none">• dieetinterventies maken deel uit van een gecombineerde interventie;• elke verandering in het voedingspatroon moet passen bij de leeftijd en bij de richtlijnen voor gezonde voeding. Veranderingen moeten vol te houden zijn.	huisarts, diëtiste
Het is van belang dat ouders actief bij de behandeling betrokken worden.	huisarts
Kinderen moeten worden aangemoedigd te voldoen aan de Norm Gezond Bewegen (Gezondheidsraad, 2006). Door middel van gerichte beweegprogramma's kunnen kinderen met obesitas worden begeleid in het verhogen van hun lichamelijke activiteit en verbeteren van de conditie.	JGZ
Het wordt aanbevolen kinderen aan te moedigen om zittend gedrag te verminderen, zoals tv-kijken, computeren en videospellen spelen.	JGZ
Het is te overwegen om bij obese kinderen gedragstherapie aan een behandeling toe te voegen voor het actief aanleren van nieuwe vaardigheden. Elke gedragstherapeutische interventie wordt uitgevoerd door of onder supervisie van daartoe geschoolde professionals.	kinderarts, psycholoog
Farmacologische interventies worden in het algemeen ontraden. In uitzonderlijke gevallen kan dit als ondersteunende therapie worden overwogen.	kinderarts
Op dit moment worden chirurgische interventies in de behandeling van morbide obesitas bij kinderen en adolescenten niet aanbevolen.	

Bron: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2008.¹²

Summary

The lifestyle of the youth can sometimes cause problems for the healthcare of tomorrow. Fourteen percent of Dutch children is obese. That means that 14% has a great chance to have cardiovascular diseases at a young age. Therefore care for the child deserves extra attention. The somatic care in Netherlands is divided into three levels: the youth health care (JGZ) provides preventive care, the general practitioner primary curative care and the pediatrician provides the second and third line curative care. Only in good cooperation, we can do something about the obesity epidemic. In this article we give some suggestions.

Auteur

Mw. prof.dr. M.Y. Berger, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, dhr. prof.dr. S.A. Reijneveld, hoogleraar Sociale Geneeskunde, afdeling Gezondheidswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen.

Correspondentieadres: Prof.dr. M.Y. Berger, afdeling Huisartseneeskunde, UMCG, Postbus 30001, 9700 RB Groningen, m.y.berger@med.umcg.nl.

Literatuur

- 1 TNO. Resultaten Vijfde Landelijke Groeistudie TNO [factsheet]. Leiden: TNO, 2010.
- 2 Unicef. Child poverty in perspective: an overview of child well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Florence: Unicef Innocenti Research Centre, 2007. Beschikbaar via: www.unicef.org/media/files/Child-PovertyReport.pdf.
- 3 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Kind en ziekte: onderzoek voor gezondheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2010.
- 4 International Association for the Study of Obesity. International Obesity Taskforce. May 24, 2004. EU 'childhood obesity out of control'. Beschikbaar via: www.iaso.org.
- 5 Schrijvers C, Wijnen L van. Overgewicht. Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: RIVM, 2008. p. 24-35.
- 6 Talley NJ, Howell S, Poulton R. Obesity and chronic gastrointestinal tract symptoms in young adults: A birth cohort research. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:1807-14.
- 7 Theriot JA, Sayat J, Franco S, Buchino JJ. Childhood obesity : A risk factor for omental torsion. *Pediatrics*. 2003;112:460-2.
- 8 Pashankar DS, Loening-Bauke V. Increased prevalence of obesity in children with functional

- constipation evaluated in an academic center. *Pediatrics*. 2005;116:377-80.
- 9 Krul M, Wouden JC van der, Schellevis FG, et al. Musculoskeletal problems in overweight and obese children. *Ann Fam Med*. 2009;7:352-6.
 - 10 Whitaker RC, Wright JA, Pepe MA, et al. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997;337:869-73.
 - 11 Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med*. 1999;29:563-70.
 - 12 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen, 2008. Beschikbaar via: www.cbo.nl/Downloads/307/r1_obesitas_o8.pdf.
 - 13 Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;282:1561-7.
 - 14 US Preventive Services Task Force. Screening for obesity in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*. 2010;125:361-7.
 - 15 Boere-Boonekamp MM, Sleuwen BE van. Handreiking samenwerking huisarts-jeugdgezondheidszorg. Utrecht: LHV, 2008.
 - 16 Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-standpunt Huisartsenzorg en jeugd, 2008. Beschikbaar via: www.nhg.artsennet.nl.
 - 17 Sauer PJJ, Heijden AJ van der, Visser HKA. Kindergeneeskunde en JGZ horen bij elkaar. *Med Contact*. 2010;65:905-7.
 - 18 Nederlands Huisartsen Genootschap/Landelijke Huisartsen Vereniging. NHG-LHV-Standpunt Toekomstvisie huisartsenzorg. Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD) 2009. Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling, 2010. Beschikbaar via: www.nhg.artsennet.nl.
 - 19 Ong KK, Ahmed ML, Emmett PM, et al. Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study. *BMJ*. 2000;320:967-71.
 - 20 Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, et al.; Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ*. 2005;330:1357.
 - 21 Liem E. Development of overweight in adolescence: genes, growth & mood [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2010.
 - 22 Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, Leerdam FJM van, Hirasings RA. Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: VU drukkerij, 2005.
 - 23 Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, Leerdam FJM van, Hirasings RA. Signaleringsprotocol overgewicht in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: VUmc, 2004.
 - 24 Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000;320:1240-3.
-