



VWVJ

# DOELSTELLINGEN VAN DE STANDAARD GROEI

INLEIDING

KATELIJNE VAN HOECK

VWVJ  
2018

# 1 Algemene doelstelling van het opvolgen van het groeipatroon van kinderen en jongeren

---

Er is een algemeen maatschappelijk belang om de groei van kinderen en jongeren op te volgen. Groei is een belangrijke gezondheidsindicator die niet alleen uitdrukking geeft aan de kwaliteit van leven van een populatie of een individu maar ook een reflectie is van het gebruik van beschikbare voorzieningen.

De interpretatie van lengte, gewicht, hoofdomtrek, BMI,... in het licht van klinische bevindingen is een belangrijke methode in de vroegdetectie van aandoeningen die de groei verstoren. Anderzijds is het zo dat een studie van de groei een essentieel onderdeel is van de oppuntstelling van elk kind dat zich aanbiedt met een zwakke gezondheid, een gestoorde ontwikkeling, onverklaarde klachten of twijfels over het emotionele en sociale welzijn.

De regelmatige contacten, waartoe groeimonitoring aanleiding geeft, zijn geschikte momenten voor individueel overleg met ouders en kinderen over diverse aspecten van gezondheidsopvoeding en ontwikkeling. Naarmate kinderen ouder worden, groeit de persoonlijke interesse in hun groei en mogelijke eindgestalte. Omgekeerd verdedigen experts dat elk contact met kind en ouders aanleiding moet zijn tot wegen en meten.

Bij het opvolgen van de groei staat het meten van de gestalte, het wegen van het lichaamsgewicht en de interpretatie van de meetresultaten aan de hand van de groeicurven centraal. Kennis van de pubertaire status kan bijdragen tot een correcte beoordeling van een groeipatroon vanaf de leeftijd waarop meisjes en jongens zich pubertair beginnen te ontwikkelen. Controle van de pubertaire status wordt gevat door het toezien op de ontwikkeling van kinderen en jongeren die hun seksualiteitsbeleving ontplooiën. Met andere woorden, lengte/gestalte<sup>1</sup>, gewicht en puberteit zijn indicatoren voor de groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren. De monitoring van gestalte, gewicht en puberteit dient idealiter geïntegreerd te gebeuren: de gestalte moet worden geïnterpreteerd in het licht van de gewichtsevolutie en de puberteit. Een gunstige of ongunstige gewichtsevolutie krijgt een andere betekenis naargelang de impact op de lengtegroei en/of de ontwikkeling van de puberteit en vice versa.

Om die reden bundelt de standaard 'Groeï' alle aanbevelingen die betrekking hebben op de meting en de interpretatie van elk van de indicatoren en het te voeren beleid. **Echter, naast de algemene doelstelling 'Monitoring van de groei van kinderen en jongeren' zijn er via de opvolging van de gestalte, het gewicht en de puberteit ook leeftijds- en indicatorspecifieke doelen en aanpak** beschreven. Zo biedt de monitoring van de gestalte een uitstekende gelegenheid om een problematisch kleine gestalte en/of een afwijkend groeipatroon te detecteren. Monitoren van de gewichtsevolutie laat toe om overgewicht en obesitas vast te stellen. De klinische controle van de secundaire geslachtskenmerken bij de adolescent maakt niet alleen een correcte interpretatie van het groeipatroon mogelijk maar detecteert een afwezige, verlate of vertraagde ontwikkeling van de puberteit.

In tegenstelling tot de eerste Standaard Gewicht (2009), die de aanbevelingen combineerde voor vroegdetectie van eetproblemen en gewichtsproblemen, kiezen we ervoor om dit nu anders te doen en de doelstellingen voor gewicht en eetprobleem afzonderlijk te formuleren. De redenen hiervoor zijn de volgende:

---

<sup>1</sup> Lengte = resultaat van een meting in liggende houding zoals dit bij baby's wordt uitgevoerd  
Gestalte = resultaat van een meting in staande houding

- (1) **gewicht is een slechte indicator voor voedingspatronen en eetgedrag**: een ongezonde leefstijl of een eetstoornis vallen niet altijd samen met een problematisch ondergewicht of overgewicht;
- (2) door de doelen te combineren, suggereren we een unieke (oorzakelijke) **relatie tussen het gewicht en het eetgedrag terwijl we weten dat die relatie uiterst complex** is. Niettegenstaande de grote verwevenheid tussen een verstoord gewicht en een eetstoornis spelen invloeden van de maatschappelijke en gezinscontext, het welbevinden van kind/jongere, de identiteitsontwikkeling, de sociale steun, de gezondheidsantecedenten en zoveel meer, een niet te onderschatte rol;
- (3) **een te sterke focus op het gewicht kan eerder contraproductief zijn** in de vroegdetectie en succesvolle verwijzing in het kader van een (vermoeden van) eetstoornis.

Omdat het universeel basisaanbod van systematische contacten een unieke gelegenheid biedt voor vroegdetectie van voedings- en eetproblemen zullen er aanbevelingen meer specifiek worden geformuleerd voor het contactmoment eerste kleuters (3-jarigen) omdat de aanwezigheid van ouders een gesprek over (op)voeden mogelijk maakt, en voor het contactmoment met leerlingen van het derde secundair omdat de CLB-medewerker in een rechtstreeks gesprek met de adolescent de risicofactoren en het risicogedrag kan exploreren en een gevalideerd instrumentarium kan inzetten. Wanneer er betrouwbare screeningstools voor (gezond/verstoord) eetgedrag beschikbaar komen die bruikbaar zijn voor de leeftijdscategorieën van de lagere school zal een aanvulling van de huidige aanbevelingen worden overwogen.

#### **Om bovenstaande inzichten kracht bij te zetten via de concrete werkwijze tijdens de contactmomenten bevelen we aan om:**

- (1) Het wegen en meten tijdens de opeenvolgende systematische contacten in eerste instantie te zien als de monitoring (en bevestiging) van een gezond en groeigericht traject. Pas in tweede instantie is het een gelegenheid om problemen te detecteren. Dit is de benadering die aan ouders moet worden toegelicht.
- (2) Het contactmoment met de adolescent (3<sup>e</sup> secundair/14jaar) te starten met een gesprek over het functioneren, welbevinden en mogelijke risicofactoren voor problematisch eetgedrag, om pas in een tweede stap over te gaan tot het wegen en meten en hierbij de nodige sensitiviteit te hebben voor vragen en weerstanden die jongeren met een mogelijk eetprobleem/stoornis hiervoor hebben.

Dergelijke aanpak vraagt de nodige kennis, inzichten en (communicatieve) vaardigheden. De aanbevelingen voor 'Vroegdetectie van Voedings- en Eetproblemen' leveren hiervoor een eerste basis. Theoretische onderbouw betreffende eetstoornissen, voedingsproblemen en gewichtsproblemen en zeer veel praktische werkfiches zijn te raadplegen op <http://www.eetexpert.be/>

#### **Samenvattend gelden volgende basisprincipes bij de opvolging van gestalte en gewicht:**

##### **1. Een groeigerichte benadering**

Dit is te begrijpen in de brede zin van het woord: meetresultaten van lengte en gewicht moeten worden geïnterpreteerd als dynamische indicatoren van het globale groeiproces in relatie met de persoonlijke en contextuele voorgeschiedenis. Een groeigerichte benadering gaat uit van de veerkracht en mogelijkheden van een kind/jongere en zijn ouders bij het bespreken van risico's, beschermende factoren, signalen of problemen van groei, gewicht of eetgedrag. Technieken uit motiverende gespreksvoering zijn hierbij helpend.

Maak contact met de ouder(s) en/of leerling en kom tegemoet aan hun nood aan autonomie, verbondenheid en competentie.

## 2. De focus op gewicht verschuift naar een focus op groei

Een gewichtsmeting is een momentopname. Door het gewicht te kaderen in het groeitraject, en de groei te bespreken, stap je weg van een focus op gewicht en kom je tegemoet aan de nieuwsgierigheid van kinderen en jongeren rond groeien.

## 3. Een verschuiving van gewicht naar gezondheid

Een normaal gewicht en een gezond gewicht zijn geen synoniemen. Een normaal gewicht gaat over bepaalde grenswaarden, een gezond gewicht gaat over de manier waarop een bepaald gewicht bereikt wordt en de geassocieerde gezondheidsrisico's. Bevrage de leefstijl, opvoedingsinteracties, familiale context, medische voorgeschiedenis, stappen die ouders gezet hebben... vóór je eet-, beweeg- of opvoedingsadvies geeft.

Voor een gebruiksvriendelijke lectuur worden de concrete aanbevelingen en de werkkaarten per systematisch contactmoment en doel gepresenteerd met aanvulling van wat een zinvol bijkomend vervolgaanbod is.

### I. Hoofddoel van de Standaard Groei

= Monitoring van de groei (gestalte en gewicht)

Kinderen en jongeren worden gemeten en gewogen tijdens elk systematisch contact.

**Elk contactmoment** heeft in functie van de leeftijd en mogelijk voorkomen van een groeioprobleem, naast de monitoring van de groei **een specifieke doelstelling**.

### Subdoelen naar aanleiding van de monitoring van de gestalte en de puberteit

- Groep 1<sup>ste</sup> kleuters of kinderen van 3 jaar
  - detectie van een te kleine gestalte
- Groep 1<sup>ste</sup> leerjaar of kinderen van 6 jaar
  - detectie van een groeiversnelling als signaal van een mogelijk onderliggende pathologie
  - detectie van een groeivertraging als signaal van mogelijk onderliggende pathologie
  - detectie van een te kleine gestalte
- Groep 4<sup>e</sup> leerjaar of kinderen van 9 jaar
  - detectie van een groeiversnelling als signaal van een mogelijk onderliggende pathologie
  - detectie van een groeivertraging als signaal van mogelijk onderliggende pathologie
  - detectie van een te kleine gestalte
- Groep 6<sup>e</sup> leerjaar of jongeren van 11 jaar
  - informeren over behandelmogelijkheden bij een te grote gestalte

- Groep 3<sup>e</sup> secundair of jongeren van 14 jaar  
→ detectie van te late ontwikkeling of trage progressie van de puberteit.

#### **Subdoelen naar aanleiding van de monitoring van de gewichtsevolutie**

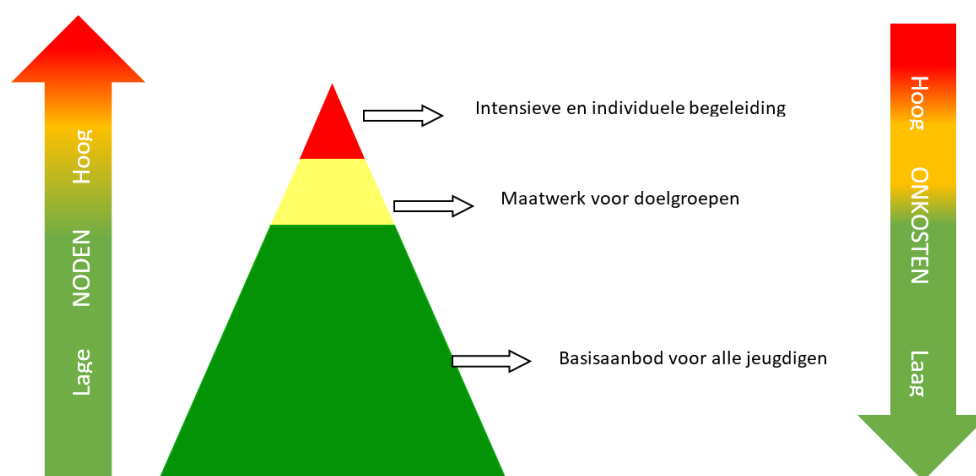
- Groep 1<sup>ste</sup> kleuters of kinderen van 3 jaar  
→ detectie van een gewichtsprobleem of risicofactoren voor een gewichtsprobleem;
- Groep 1<sup>ste</sup> leerjaar of kinderen van 6 jaar  
→ detectie van een gewichtsprobleem of risicofactoren voor een gewichtsprobleem;
- Groep 4<sup>e</sup> leerjaar of kinderen van 9 jaar nog onzeker.  
→ detectie van een gewichtsprobleem of risicofactoren voor een gewichtsprobleem;
- Groep 6<sup>e</sup> leerjaar of jongeren van 11 jaar  
→ detectie van een gewichtsprobleem of risicofactoren voor een gewichtsprobleem;
- Groep 3<sup>e</sup> secundair of jongeren van 14 jaar  
→ detectie van een gewichtsprobleem of risicofactoren voor een gewichtsprobleem.

#### **II. Aanbevelingen vroegdetectie van voedings-en eetproblemen**

- Groep 1<sup>ste</sup> kleuters of kinderen van 3 jaar  
→ Preventie en detectie van voedingsproblemen;
- Groep 3<sup>e</sup> secundair of jongeren van 14 jaar  
→ detectie van een eetprobleem of risicofactoren voor een eetprobleem;
- Groepen 1<sup>e</sup> leerjaar (6 jaar), 4<sup>e</sup> leerjaar (9 jaar) en 6<sup>e</sup> leerjaar (11 jaar)  
→ zolang er geen gevalideerd screeningsinstrument is zal detectie van een eetprobleem pas in een tweede fase (bijkomend aanbod) kunnen gebeuren naar aanleiding van een problematische evolutie van het gewicht of signalen op het vlak van welbevinden, gedrag of vragen van leerling en/of ouders.

## 2 Een getrappt zorgaanbod

Conform de diverse domeinen van de leerlingenbegeleiding wordt ook de preventieve gezondheidszorg getraptd aangeboden volgens de principes van het progressief universalisme, waarbij de ganse leerplichtige populatie kinderen en jongeren op een gewaarborgd basisaanbod kan rekenen, waarbij deelgroepen door hun bijzonder risico op problematisch opgroeien en ontwikkelen een bijkomend aanbod verdienen en waarbij kinderen/jongeren individueel maatwerk krijgen wanneer dit nodig blijkt (figuur 1). Dit principe van getrapte zorg wordt onverminderd toegepast op de doelstellingen van de Standaard Groei en de aanbevelingen voor vroegdetectie van voedings- en eetproblemen.



Figuur 1: Schematische voorstelling van een getraptd zorgmodel, met een basisaanbod (groen), een supplementair aanbod (geel) en een individueel aanbod (1)([www.pbis.org](http://www.pbis.org))

Een heldere omschrijving van het doel en de werkwijze voor elk niveau in het zorgmodel, maximaal onderbouwd, laat toe om die professional in te zetten die over de vereiste competenties beschikt om kwaliteitsvolle zorg aan te bieden. Richtinggevend bij het uitwerken van een het getraptd aanbod is de regelgeving, de maatschappelijke problemen en noden en de wetenschappelijke informatie. Deze bepalen de inhoud voor elk niveau van het gelaagde aanbod. Wanneer duidelijk is wat wordt aangeboden en welke actie en handelingen hiervoor nodig zijn kan worden bepaald welke competenties hiervoor moeten worden ontwikkeld en welke professional best aangewezen is om de opdracht binnen de wettelijke klijlijnen (waaronder KB 78 betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen) uit te voeren. Deze cyclische redenering, schematisch voorgesteld in figuur 2, wordt op elk niveau van het zorgaanbod toegepast en laat toe om het aanbod efficiënt te organiseren volgens het subsidiariteitsprincipe.



Figuur 2: Schematische voorstelling van de cyclische redenering toegepast op het basisaanbod als garantie voor een onderbouwd en efficiënt georganiseerd aanbod.

De hernieuwde aanbevelingen in de standaard Groei zullen volgens dit getrapte model worden gepresenteerd om CLB's toe te laten de leerlingenbegeleiding efficiënt te organiseren. Per type systematisch contactmoment zal worden aangegeven wat door het **universele basisaanbod** wordt gevat en volgens welke criteria een kind/jongere een **bijkomend aanbod** dient te krijgen. Het bijkomend aanbod wordt in het kader van deze standaard door een arts uitgevoerd. Het **aanbod op maat** van een individuele leerling met een groeistoornis, een gewichtsprobleem of eetprobleem zal hier niet worden beschreven. Een aanbod op maat wordt door de CLB's ontwikkeld volgend de principes van het handelingsgericht werken en de methode van de handelingsgerichte diagnostiek zoals die uitgebreid beschreven wordt op Prodiagnostiek.be.

Het CLB voorziet in de wettelijk vereiste voorschriften (staand orders) en bijhorende procedures om de verpleegkundige zelfstandig de gevraagde handelingen te laten uitvoeren en de resultaten van de metingen te interpreteren. De hiernavolgende richtlijnen en beslisbomen zullen de referentie zijn voor het opstellen van deze documenten.

Een gelaagd aanbod vraagt een goede samenwerking en overdracht tussen professionals actief in het basisaanbod en professionals die het bijkomend aanbod verzekeren. In het kader van de Standaard Groei en Aanbevelingen Voedings- en Eetproblemen zal dat meestal, maar niet uitsluitend een informatie-overdracht zijn tussen de verpleegkundige en de arts. Een gestructureerde en efficiënte communicatie is aangewezen. Hiervoor suggereren we de SBAR-methode die ontwikkeld werd in de Verenigde Staten voor eenduidige communicatie tussen zorgverleners in klinische situaties. SBAR is een acroniem van **S**ituation, **B**ackground, **A**ssessment, **R**ecommendation (2). Vrij vertaald naar de CLB-context kan dit het volgende betekenen:

Per aanbeveling zal de relevante en over te dragen informatie worden aangegeven.

S

De Situatie is als volgt....

- over wie gaat het?
- over wat gaat het?

B

Bijkomende informatie

- wat je ook moet weten...
- relevante contextinformatie

A

Je persoonlijke inschatting (Assessment)

- wat denk je dat het is?
- wat zijn je eigen conclusies

R

De aanbeveling (Recommendation)

- wat verwacht ik van je?
- welke vraag heb je voor je collega?

#### Referenties

1. Van Hoeck K, Hoppenbrouwers K. Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art van de preventieve gezondheidszorg voor de schoolgaande kinderen (3-18j). Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg; 2010.
2. SBAR Tool: Situation - Background - Assessment - Recommendation Cambridge, Massachusetts 2018 [Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/sbartoolkit.aspx>].