



STANDAARD GEWICHT EN DE AANBEVELINGEN VOOR VROEGDETECTIE EN PREVENTIE VAN EETPROBLEMEN VAN KINDEREN EN JONGEREN DEEL 1: DRAAIBOEK CLB

KENNISCENTRUM EETEXPERT: ROZEMARIJN JEANNIN, AN VANDEPUTTE
VWVJ: ANN KEYMEULEN, KATELIJNE VAN HOECK

2018

Inhoudsopgave

1	Tot standkoming.....	2
2	Eet- en gewichtsproblemen als belangrijk gezondheidsprobleem.....	2
2.1	<i>Eetstoornissen en gewichtsproblemen bij schoolgaande kinderen jongeren.....</i>	2
2.2	<i>Een jongere met overgewicht of eetproblemen: de stap naar het CLB.....</i>	3
2.3	<i>Het kind, de jongere in relatie met de ouder.....</i>	4
3	Inzetten op vroegdetectie.....	5
3.1	<i>Algemene principes.....</i>	5
3.2	<i>Vroegdetectie: risico – en beschermende factoren.....</i>	7
4	Het zorgmodel.....	8
4.1	<i>Focus van de school in het basisaanbod van het zorgcontinuüm.....</i>	8
4.2	<i>Het basisaanbod van het CLB.....</i>	8
4.2.1	<i>Schematisch volgens klasjaar.....</i>	8
4.2.2	<i>Criteria gewicht (*nieuw).....</i>	11
4.3	<i>Het bijkomend aanbod en individuele begeleiding.....</i>	12
4.4	<i>Redenen tot doorverwijzing.....</i>	13
4.5	<i>Wat kan erna verwijzing worden verwacht.....</i>	14
4.5.1	<i>Inschatting en aanpak overgewicht (*nieuw).....</i>	14
4.5.2	<i>Inschatting en aanpak voedingsproblemen bij jonge kinderen.....</i>	16
4.5.3	<i>Inschatten aanpak eetstoornissen bij kinderen en jongeren.....</i>	16
5	Besluit.....	17
6	Bijlage: EOSS-P geïllustreerd.....	18

1 Tot standkoming

De Standaard Gewicht en de Aanbeveling Vroegdetectie en preventie van voedings- en eetproblemen bij kinderen en jongeren is een herwerking van de bestaande draaiboeken van het Kenniscentrum Eetexpert en de Standaard Gewicht (VWVJ, 2009). De revisie kwam tot stand in een samenwerking tussen beide organisaties op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten en naar aanleiding van het nieuwe decreet op leerlingbegeleiding, dat in voege treedt per september 2018.

De richtlijn omvat (a) een basisdraaiboek Standaard Gewicht en de Aanbevelingen voor vroegdetectie en preventie van voedings- en eetproblemen bij kinderen en jongeren, (b) de 'Concrete werkwijze van vroegdetectie en preventie van gewichts- en eetproblemen tijdens de systematische contacten' en (c) 'Concrete werkwijze van vroegdetectie en preventie van gewichts- en eetproblemen in een bijkomend aanbod'.

In de documenten worden linken gelegd naar basis- en verdiepende kennis rond eet- en gewichtsproblemen, wetenschappelijke onderbouw en downloadbare fiches om detectie en opvolging te ondersteunen. Dit materiaal wordt aangeboden via www.eetexpert.be, de partnerorganisatie van de Vlaamse overheid die instaat voor het ondersteunen van preventiewerkers, hulpverleners en beleid rond eet- en gewichtsproblemen

Factoren in de ontwikkeling van gewichtsproblemen spelen ook een rol in de ontwikkeling van eetproblemen, en omgekeerd. Verstoorde eetgedrag kan een impact hebben op het gewicht van een kind en omgekeerd kan een gewichtsprobleem veranderingen in eet- en beweeggedrag en bijhorende cognities uitlokken. Daarom wordt er in dit draaiboek vertrokken vanuit de normale ontwikkeling van eetgedrag, en wordt er ingegaan op (gemeenschappelijke en unieke) risicofactoren voor verstoord eetgedrag en de ontwikkeling van een gewichtsprobleem.

2 Eet- en gewichtsproblemen als belangrijk gezondheidsprobleem

Eet- en gewichtsproblemen bij schoolgaande kinderen en jongeren zijn niet onschuldig. Deze problemen hebben ingrijpende gevolgen op de ontwikkeling en de gezondheid van het kind of de jongere op korte, middellange en lange termijn.

Hieronder wordt algemeen de prevalentie, de impact en de gevolgen van eetstoornissen en gewichtsproblemen bij schoolgaande kinderen en jongeren beschreven. Alsook aandachtspunten ter bewustwording van de hulpverlener (m.n. de CLB-medewerker) worden opgenomen.

2.1 EETSTOORNISSEN EN GEWICHTSPROBLEMEN BIJ SCHOOLGAANDE KINDEREN JONGEREN

Eet- en gewichtsproblemen vormen een aanzienlijk gezondheidsprobleem. Naar schatting **een tiende van de adolescente meisjes en jonge vrouwen ontwikkelt een eetstoornis** in België (1). Uit nationaal bevolkingsonderzoek blijkt dat ongeveer **een vijfde** van onze kinderen en jongeren **te veel weegt**. Hierbij kampt 16% met overgewicht en 5% met obesitas (2). Uit CLB-cijfers (LARS) blijkt ongeveer 10% van de jongeren tussen 2 en 18 jaar een laag gewicht te hebben. Let wel: niet elke jongere met een laag gewicht heeft een voedings- of eetstoornis, en niet elke jongere met een voedings- of eetstoornis heeft ondergewicht. Wanneer we **eetstoornissymptomen** zoals controleverlies, lijngedrag en lichaamsontevredenheid in Vlaanderen bekijken, komt het probleem nog sterker naar voor. Uit een studie bij lagereschoolkinderen blijkt 32 % van hen wekelijks te denken aan diëten en 12.2 % maakt zich minstens één keer per week zorgen over eten, lichaamsvormen en/of gewicht (3, 4). Ongeveer een tiende van de 11-jarige jongens en meisjes stelt **gedrag om gewicht te verliezen**, evenals een tiende van de adolescente jongens en een vijfde van de 15-jarige meisjes (5). Bij kinderen tussen 8 en 12 jaar bleek de perceptie van **controleverlies** over eten, los van de objectieve hoeveelheid voedsel die wordt gebruikt, voor te komen bij 14-18% van de meisjes en 18-19% van de jongens(3). Bij adolescenten worden nog

hogere cijfers gevonden, met 28% van hen die controleverlies rapporteren(6). Tot slot **voelt** ongeveer een vierde van de jong-adolescente en adolescente jongens, een derde van de 11-jarige meisjes, en de helft van de adolescente meisjes **zich te dik**.

Personen met eetstoornissen en gewichtsproblemen zijn vaak het slachtoffer van **stigmatisering**, wat uiteraard impact heeft op hun psychosociaal welzijn. Patiënten met een eetstoornis krijgen frequent te horen dat ze zich “erover moeten zetten” of dat ze geen “échte” aandoening hebben, wat bijzonder schadelijk is voor hun welzijn en herstel (7). Personen met overgewicht worden als lui en zwak bestempeld (8). Uit de HBSC-studie (bevraging van 2013-2014) (9) blijkt dat 5-11% van de 11-15 jarigen in Vlaanderen regelmatig gepest wordt op school (minstens 2-3 keer in de voorbije maanden). Ongeveer 1-4% van de Vlaamse jongeren wordt regelmatig geconfronteerd met cyberpesten. Onderzoek toont dat jongeren met overgewicht beduidend vaker worden gepest dan jongeren met een normaal gewicht (10, 11), en dat mensen liever afstand houden van personen met eet- en gewichtsproblemen (12).

De **gevolgen van stigmatisering** zijn niet min, met een impact op het **zelfbeeld** (zoals internalisering van de stigma's) en **psychologische klachten**, sociale isolatie en verminderen de kansen op de **sociaaleconomische ladder** (12, 13). Bovendien vormt stigmatisering een **drempel** voor hulpverlening en herstel (14). Zo veroorzaakt stigmatisering **stress**, wat gezondheidsproblemen en verstoord eetgedrag zoals lijnen en emotioneel eten met zich meebrengt. Dit kan leiden tot een vicieuze cirkel tussen stigma enerzijds en eet- en gewichtsproblemen anderzijds (12, 15). In recente aanbevelingen pleiten internationale onderzoeksteams dan ook voor prioritering van de aanpak van stigmatisering in de preventie en zorg bij overgewicht en obesitas(16).

Northern Health pleit expliciet voor het opnemen van deze inzichten (16) in nieuw te ontwikkelen richtlijnen. Uit hun evidence-based aanbevelingen weten we dat efficiëntiewinst vooral te boeken is als we (a) **versterkend werken** over settings heen; (b) boodschappen op elkaar **afstemmen** zodat de verschillende actoren elkaar niet langer tegenspreken maar daarentegen elkaars expertise versterken; (c) **niet-stigmatiserend en niet-gewichtsgefocus** werken om zo de negatieve gevolgen van stigmatisering en gewichtsfocus tegen te gaan (ongezond lijngedrag met hernieuwde gewichtstoename op lange termijn, lichaamsontevredenheid, risico op eetstoornissen); (d) **groeigericht werken** met adviezen aangepast aan de ontwikkelingstaken per leeftijdsfase en in te zetten op beschermende factoren die voor elke jongere relevant zijn.

Naast kwaliteitsverbetering en efficiëntiewinst in de zorgomgeving, wordt ook winst verwacht van het **empowerment van de jongeren** zelf, net door te werken rond beschermende factoren die uit onderzoek relevant bleken bij de preventie van eet- en gewichtsproblemen: zelfbeeld, mediaweerbaarheid, emotieregulatie, gezonde leefstijl en verbondenheid met leeftijdsgenoten (17, 18). Ook de directe **omgeving van de jongeren** (ouders, leerkrachten) hebben een voorbeeldrol en remediërende functie in het aanleren van gezond gedrag en positief lichaamsbeeld (19, 20).

Verdiepende info: website Eetexpert

- Prevalentie van eetstoornissen, klik [hier](#).
- Prevalentie van gewichtsproblemen, klik [hier](#).
- Visie op aanpak van eet- en gewichtsproblemen, klik [hier](#).
- Stigmatisering bij eet- en gewichtsproblemen, klik [hier](#).
- Visie op aanpak van eet- en gewichtsproblemen, klik [hier](#).

2.2 EEN JONGERE MET OVERGEWICHT OF EETPROBLEMEN: DE STAP NAAR HET CLB

Bij overgewicht/obesitas is de lichaamsomvang een in het oog springend kenmerk. De jongere zelf is zich vaak maar al te goed bewust van haar/ zijn probleem, schaamt zich er vaak voor en heeft vaak al een hele weg afgelegd van steeds mislukte dieetpogingen. Jongeren met overgewicht worden gemakkelijk gepest en worden vaak uitgesloten uit de vriendenkring. Naarmate de obesitas ernstiger wordt en langer aanhoudt vertonen deze

jongeren een toenemend gevoel van **minderwaardigheid**, gepaard met **verdriet** en **eenzaamheid**. Het zijn vooral deze signalen en klachten die bij de jongere, de leerkracht of de ouders verwachtingen doen groeien ten aanzien van het CLB-team. Bij jongeren met overgewicht en obesitas is de hulpvraag vaak directer aanwezig dan bij eetstoornissen, wat motivering naar hulp in eerste instantie makkelijker maakt.

Bij overgewicht wordt wel vaak een gebrek aan motivatie geattribueerd aan patiënten om hun gedrag aan te passen. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het onderscheid tussen een **normaal gewicht** en een **gezond gewicht** waarbij er vanuit gegaan wordt dat personen met overgewicht er per definitie een ongezonde leefstijl op nahouden en dat personen met een normaal gewicht gezond leven. Het gaat ook voorbij aan de complexiteit van oorzaken van overgewicht en aan de diverse barrières die een kind of het gezin kan kennen in gewichtsmanagement. Motiverend werken vertrekt vanuit een aanvaardende, onbevooroordeelde houding tegenover het kind en zijn gezin, en daarvoor is kennis van de problematiek nodig.

Voor jongeren met een eetprobleem is de stap zetten naar hulp moeilijk. Dit heeft verschillende redenen: (a) vaak is er **beperkt ziekte-inzicht**, dit maakt deel uit van de stoornis; (b) het eetprobleem is een **houvast**, een manier om met andere problemen om te gaan, en de jongere voelt heel wat angst om dit op te geven; (c) het eetprobleem gaat gepaard met **schuldgevoel of schaamte** (eventueel gekoppeld aan stigmatisering en internalisering van stigma's), wat een drempel vormt om het probleem te delen met een hulpverlener (12). Daarom komt de aanmelding vaak van buitenaf.

Indien een leerling zich toch aanmeldt bij het CLB, is dit niet per se met een rechtstreeks vraag rond eten of gewicht. Er zijn ook [heel wat vage klachten en psychologische problemen](#) die als ingangspoort gebruikt kunnen worden, en de CLB-medewerker alert kunnen maken voor een mogelijk eetprobleem.

2.3 HET KIND, DE JONGERE IN RELATIE MET DE OUDER

Een jongere functioneert en ontwikkelt zich steeds in interactie met z'n omgeving. Net zoals de schoolcontext en de vrije tijd, is de thuiscontext een niet te missen omgeving wil men de ontwikkeling van het kind, de jongere in kaart brengen en opvolgen. De ouders zijn een belangrijke bron aan informatie. Daarnaast is het ook aangewezen om de ouder van in het begin (<12 jarige) of toch zo snel mogelijk (>12 jarige) te betrekken in een begeleidingstraject.

Openheid en transparantie in werken is één van de fundamenteën van het handelingsgericht werken, de methodiek die door scholen en CLB's wordt toegepast in hun samenwerking met elkaar. Dit geldt ook voor de samenwerking met de ouders. Hoe jonger het kind, hoe noodzakelijker dit is. Het is bij jongeren (adolescenten) met een eetstoornis niet gemakkelijk hen hiervan te overtuigen en men stuit vaak op verzet. Ze voelen zich verantwoordelijk voor hun eigen welzijn, zijn bang voor toenemende spanningen thuis of vrezen onbegrip en wantrouwen. Het is nochtans belangrijk de jongere te motiveren om ouders in te lichten. Omzichtigheid geldt wanneer men het sterke vermoeden of de zekerheid heeft dat de jongere verstrikt zit in ernstige **conflicten** tussen de ouders onderling of het slachtoffer is van **misbruik**. In dergelijke gevallen verdient eerst de jongere steun en aanmoediging om in begeleiding te gaan en kan vervolgens bepaald worden wanneer en hoe de ouders betrokken worden.

Om de leerling te motiveren de ouders in te lichten, legt men uit waarom dit zo belangrijk is: ouders hebben recht op informatie over hun kind en de plicht hun kind goede zorg te bieden. Dat kan alleen als ze weten hoe het met hun kind gaat. Het is ook mogelijk dat de ouders al een vermoeden hebben, zij krijgen dan meer duidelijkheid en kunnen beter begrip en ondersteuning bieden. Het is niet wenselijk dat ouders via omwegen worden geïnformeerd. Ouders zijn ook bij de behandeling heel belangrijk wil men komen tot een goed herstel van een eetstoornis.

Wanneer kinderen jonger dan zes jaar problemen ervaren in het eetgedrag, wordt gesproken over *voedingsproblemen* en -stoornissen. Bij oudere kinderen spreekt men over *eetproblemen* en -stoornissen. Dit onderscheid in terminologie verwijst naar de rol van het kind in het eetproces, die geleidelijk actiever wordt.

Dit gegeven kenmerkt de relatie tussen voeden en opvoeden en mogelijke implicaties op het (toekomstig) eetgedrag. Kinderen met voedingsproblemen op zuigelingenleeftijd lopen meer risico om kieskeurig eetgedrag te stellen tijdens de kindertijd (21). Uit een prospectieve cohortstudie uit 2009 bleek dat voedingsproblemen in de zuigelingenleeftijd en te weinig eten in de late kindertijd voorspellend waren voor levensloopprevalentie van anorexia nervosa op 30-jarige leeftijd (22). Opmerkelijk hierbij is dat kinderen die volgens hun ouders te weinig aten geen ondergewicht hadden. Het gaat hier wellicht over de subjectieve ervaring van de ouders, en deze perceptie kan samenhangen met contraproductieve controlestrategieën om het kind meer te doen eten. Andere risicofactoren die uit deze studie naar voren kwamen, waren (a) het vrouwelijk geslacht, (b) depressieve symptomen bij de moeder in de vroege kindertijd (op 5-jarige leeftijd) en (c) te weinig eten in de late kindertijd (10-jarige leeftijd).

Prematuriteit wordt ook beschouwd als risicofactor voor eetstoornissen (23). Dit kan echter verschillende verklaringen hebben, al dan niet biologisch. De prematuriteit kan te maken hebben met onevenwichtig (verstoord) eetgedrag bij de moeder. Hierbij delen beiden dezelfde genetische kwetsbaarheid, en het kind kan terecht komen in een omgeving die het risico op een verstoorde relatie met eetgedrag vergroot (24). Prematuriteit kan ook gepaard gaan met vroege voedingsproblemen (bv. sondevoeding, slikproblemen...), wat meer druk legt op de (op)voedingsvaardigheden en sensitiviteit van de bezorgde ouders.

Kinderen met overgewicht worden vaker gepest, of krijgen negatieve opmerkingen rond hun uiterlijk, en voelen zich 'de vreemde eend' in de groep. Zo lopen ze een groter risico op het ontwikkelen van lichaamsontevredenheid. Deze factoren kunnen aanzetten tot lijngedrag en (ander) verstoord eetgedrag (25). Ook bij adolescenten en studenten zien we dat een hoge BMI het ontstaan van verstoord eetgedrag voorspelt (26). Niet enkel het gewicht op zich, maar ook de perceptie van de ouder dat het kind te zwaar is, wordt gelinkt aan een verhoogd risico op eetstoornissen. Deze perceptie kan losstaan van het daadwerkelijke gewicht (27), (28). Vermoedelijk lokt de perceptie contraproductieve controlestrategieën uit van de ouder. We zien hierbij ook dat bezorgdheden rond eten en gewicht zich vaak op gezinsniveau situeren, en gelinkt kunnen zijn aan (eet- en) gewichtsproblemen bij de ouder(s). Verder blijkt de perceptie van de ouder dat het kind te zwaar is, specifiek voorspellend te zijn voor eetstoornissen bij het kind, terwijl overgewicht bij de ouder(s) en voorspeller is van psychopathologie in het algemeen (27).

3 Inzetten op vroegdetectie

3.1 ALGEMENE PRINCIPES

Eet- en gewichtsproblemen ontstaan niet overnacht. Alvorens een probleem van het gewicht en/of een eetprobleem geïnstalleerd is, kent het een ontstaanstraject. Heel vaak zegt men achteraf dat er risicofactoren of voorspellende signalen aanwezig waren (29).

De aanwezigheid van een risicofactor betekent (gelukkig) geen zekerheid op, noch lineair verband met latere problemen. Het ontstaan van een probleem wordt niet enkel bepaald door de aanwezige risicofactoren maar ook door de mate waarin andere bezwarende factoren en beschermende factoren het ontstaan van een probleem aanzwengelen of afremmen.

Een risicofactor (RF) is een kenmerk van een kind, een ouder, een omstandigheid of een gebeurtenis (traumatische ervaring) waarvan is aangetoond dat er een verband is met een latere minder wenselijke ontwikkelingsuitkomst. M.a.w. het maakt een kind kwetsbaar in zijn proces van groei en ontwikkeling. Het verband heeft een zekere voorspellende waarde ten opzichte van het probleem maar is eerder zwak.

Risicofactoren zijn meestal statisch, onveranderbaar (toch voor/door het CLB). Voorbeelden zijn, vroeggeboorte, financiële problemen, éénoudergezin,...

Risicocumulatie. Het is bekend dat één risicofactor de kans op een probleem nauwelijks doet stijgen. Vanaf twee factoren is er degelijk een gestegen kans maar vanaf 4 of méér is de kans op het ontstaan van een (ontwikkelings)probleem groter dan 30 %.

Beschermende factoren (BF) geven een buffereffect, beschermen tegen de negatieve invloeden van de risicofactoren. BF zijn pas aantoonbaar als er RF zijn.

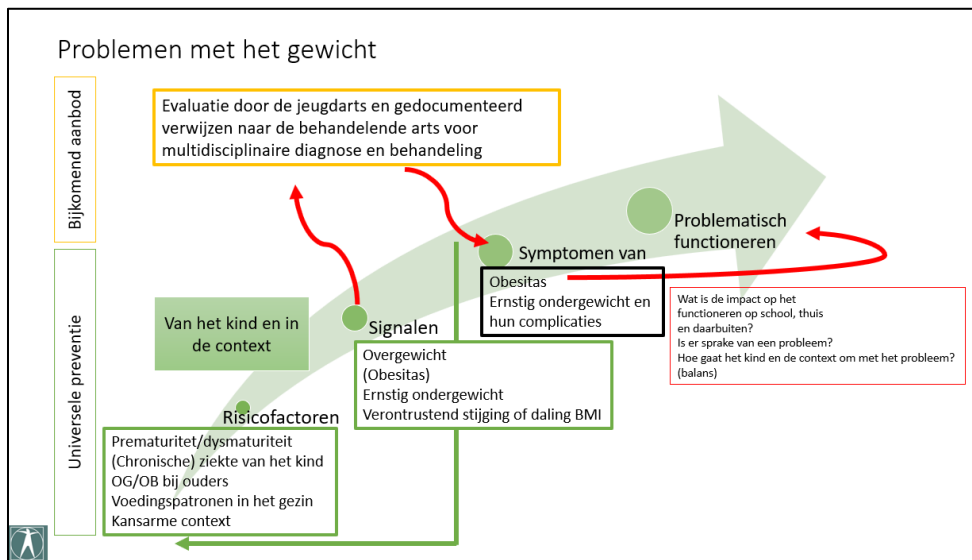
Ontwikkelingsbevorderende factoren zijn niet hetzelfde als beschermende factoren.

Interventies worden niet ingezet op risicofactoren. De aanwezigheid van risicofactoren vragen wel om een gesprek/toetsing bij de ouders naar hun copinggedrag en de aanwezigheid van beschermende factoren.

Bij accumulatie van risicofactoren kan de invloed van de context en de aanleg van een kind maken dat er al of niet **een proces van probleemontwikkeling** op gang komt. Wanneer een probleem in ontwikkeling is, worden er doorgaans **signalen** uitgezonden door het kind/de jongere (i.c. het eetgedrag), de ouders (vragen). Signalen van een proces situeren zich doorgaans op het gedragsniveau: gedrag verandert, wat doorgaans goed liep, hapert nu. **Signalen vragen om aandacht en om een interventie.** Doel is om de installatie van een probleem te voorkomen. Signalen moeten tijdig worden onderkend. Hoe vroeger onderkend, des te vroeger het ontstaansproces van een probleem kan worden afgeremd/omgekeerd. Dit tekent de preventieve waarde van de systematische contacten en de aandacht voor RF, BF en signalen.

Een **probleem** dat zich geïnstalleerd heeft, veroorzaakt **symptomen en eventueel disfunctioneren van het kind/de jongere thuis, op school of in interactie met hun vrienden.** Symptomen onderscheiden zich van signalen door hun (quasi) permanente aanwezigheid en last die ze veroorzaken. Soms krijgt een probleem een diagnose. Een probleem vraagt om aandacht, eventueel een diagnose en een interventie met de bedoeling te **remediëren.**

Figuren 1 en 2 visualiseren het ontstaansproces van een probleem en geven aan welke risicofactoren, signalen en problemen aanleiding kunnen geven tot een probleem met het gewicht of het eetgedrag en de plaats van de systematische contacten als universeel aanbod en het bijkomend aanbod in de preventie en vroegdetectie van de geschetste problematiek.



Figuur 1: schematisering van het ontstaansproces van problematisch gewicht



Figuur 2: schematisering van het ontstaansproces van een eetprobleem/eetstoornis.

Tijdig ingrijpen op het ontstaansproces van de problemen met het gewicht en het eetgedrag is de boodschap. Systematische contacten zijn een geschikte methode om kennis te nemen van de risico- en beschermende factoren en eventuele signalen te capteren. Een tijdig inschatten van de omvang en impact ervan op het dagelijks functioneren en het tijdig aanbieden van de nodige ondersteuning en zorg laat toe de jongere snel en adequaat te **verwijzen** voor behandeling, wat de herstelkansen aanzienlijk verhoogt.

3.2 VROEGDETECTIE: RISICO – EN BESCHERMENDE FACTOREN

Vroegdetectie tijdens het systematisch contact focust op aanwezige risico-, beschermende factoren en op aanwezige signalen van eet- en gewichtsproblemen. Deze signalen geven aan dat de persoonlijke balans uit evenwicht is door een cumulatie van factoren. Op termijn kan een probleem ontstaan die het functioneren belemmert.

Vroege signalen situeren zich op niveau van eetgedrag, psychosociaal functioneren, en fysiek welzijn. Risicofactoren kunnen van persoonlijke of sociaal-maatschappelijke aard zijn en spelen een rol in het ontstaan van verstoord eetgedrag en lichaamsontevredenheid. De risicofactoren en signalen die aanleiding zijn tot een niet-pluis gevoel bij de CLB-medewerker kunnen verder bevraagd worden in een verdiepend gesprek tijdens een vervolgconsult.

Eet- en gewichtsproblemen staan niet los van elkaar. Verstoord eetgedrag kan uiteraard een invloed hebben op gewicht, maar overgewicht (of de perceptie van een te hoog gewicht) kan op zijn beurt verstoord eetgedrag uitlokken. Jongeren met overgewicht kunnen een **verstoord welbevinden** hebben (bv. door gewichtsgelateerd pestgedrag, door lichaamsontevredenheid...), en kunnen **eetgedrag** ontwikkelen dat het **gewicht buitensporig doet toe- of afnemen** (bv. extreem lijngedrag, emotioneel eten, controleverlies bij eten). Ook de fysieke gezondheidsrisico's nemen toe bij verstoord eetgedrag.

Herkenning van risicofactoren en vroege signalen van eetstoornissen ter gelegenheid van een systematisch contact is *geen eenvoudige opdracht*:

- Uit onderzoek blijkt dat screening naar eetstoornissen nauwelijks bijdraagt aan de vroegtijdige herkenning vanwege de **ontkenning** van de problematiek en de weigering om vroegtijdig hulp te krijgen. Specifieke **vragenlijsten** worden **niet betrouwbaar** ingevuld.
- Vroege signalen zijn vaag en weinig specifiek.

- Eetproblemen kunnen voorkomen **ongeacht het gewicht**. Het prototypebeeld van een bleek, mager meisje dat weigert te eten, leidt ertoe dat vele varianten van eetstoornissen onopgemerkt blijven. Bij patiënten met boulimia nervosa blijven de gewichtsschommelingen binnen de perken. Deze jongeren hebben meestal een normaal gewicht. Jongeren met een eetbuistoornis kampen vaak met overgewicht.
- Eetstoornissen uiten zich in de eerste plaats in het gedrag, het denken en het emotioneel leven, ze zijn **geen louter somatisch probleem**. Ze vragen een multidisciplinaire benadering in zowel de detectie als de behandeling.

Komt hier nog bij dat personen met eet- en gewichtsproblemen vaak op een **stigmatiserende** manier benaderd worden. Zo wordt ervan uitgegaan dat iemand met overgewicht er per definitie een ongezonde leefstijl op nahoudt (en dus schuld draagt, geen zelfcontrole heeft, lui is etc.), en personen met een eetstoornis worden vaak als manipulatief afgeschilderd, waarbij de eetstoornis niet als ziekte maar als keuze wordt beschouwd. Dit alles maakt het niet eenvoudig om het thema in gesprek te brengen.

Voor meer info rond risico- en beschermende factoren, klik [hier](#).

4 Het zorgmodel

4.1 FOCUS VAN DE SCHOOL IN HET BASISAANBOD VAN HET ZORGCONTINUÛM

De school, als partner in de leerlingenbegeleiding, focust zich binnen de basiszorg van het zorgcontinuüm en bij de uitbouw van een gezondheidsbeleid op een veilige en gezonde leer- en leefomgeving en het welbevinden (waaronder positief zelfbeeld, weerbaarheid, omgaan met emoties, ...) van alle kinderen en jongeren op de school. De basisprincipes voor een universele preventie van eet en gewichtsproblemen lees je hier: <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek/preventie>

Meer informatie op gezondeschool.be voor het uitwerken van een gezondheidsbeleid

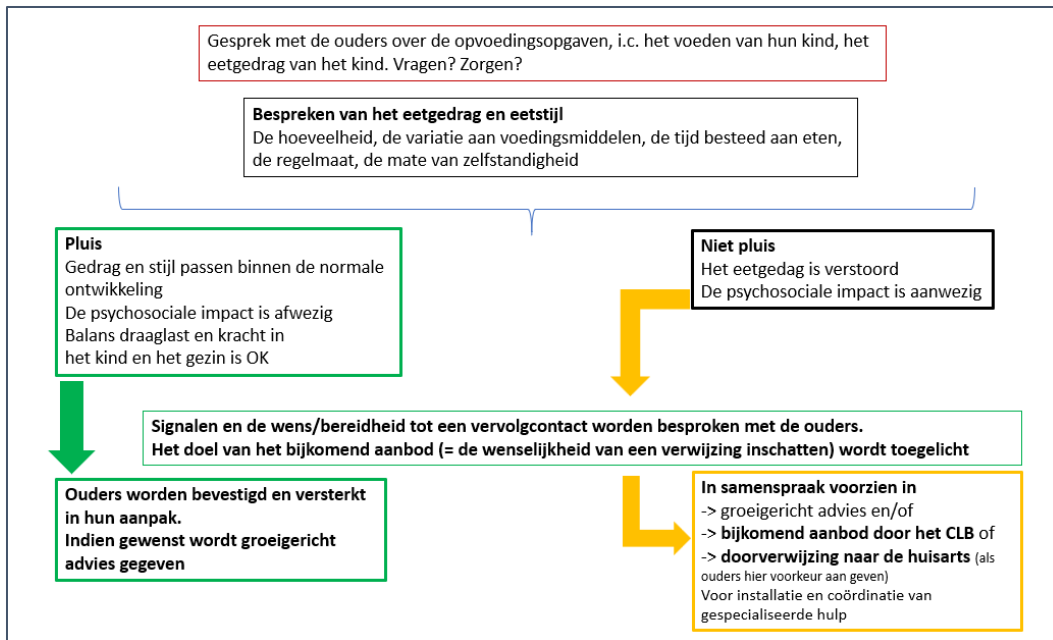
4.2 HET BASISAANBOD VAN HET CLB

Het basisaanbod tijdens de systematische contacten bestaat uit het meten en wegen van alle leerplichtige kinderen en jongeren volgens de decretaal bepaalde regelmaat en de methode beschreven in de Standaard Groei. Hierop volgt een interpretatie en besluitvorming volgens de aanbevelingen en opgetekend in de respectieve werkkaarten voor de lengtegroei en de gewichtsevolutie. Kinderen, jongeren en hun ouders worden op gepaste wijze geïnformeerd over de resultaten en het te volgen beleid.

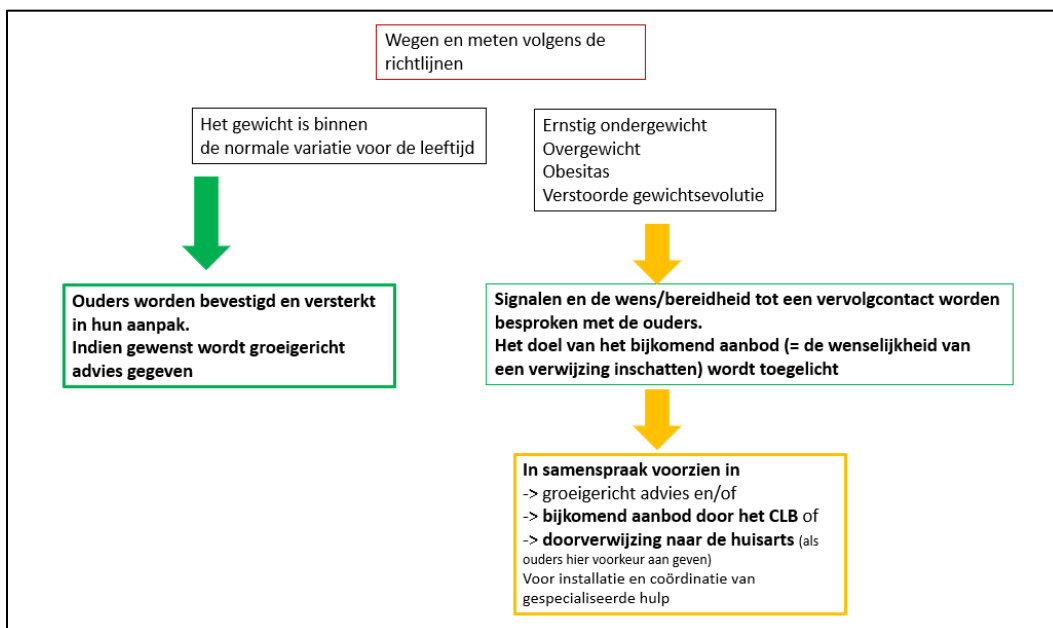
4.2.1 Schematisch volgens klasjaar

Voor de jongste kleuters.

Ouders worden systematisch uitgenodigd voor het periodiek contact voor de 1^{ste} kleuters. Tijdens dit contact wordt de groei gemonitord en de opvoedingsstijl van de ouders en het voedingsgedrag besproken.



Figuur 3: Werkwijze bij preventie en detectie van voedingsproblemen tijdens het systematisch contact voor 1^{ste} kleuters

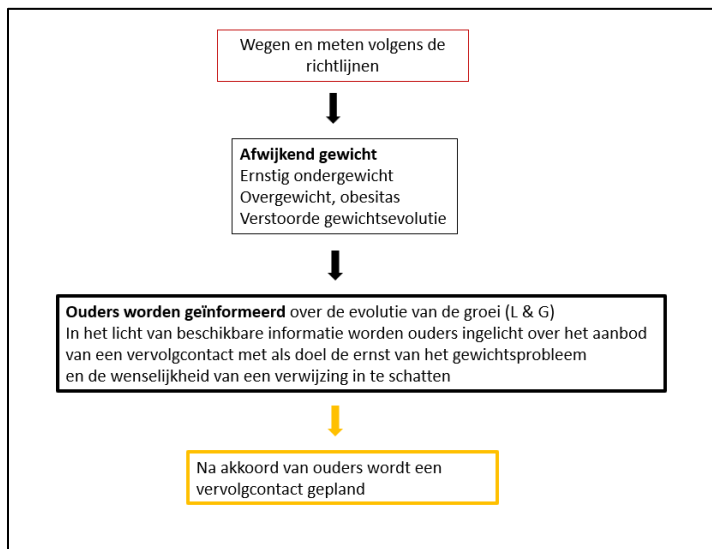


Figuur 4: Werkwijze bij preventie en detectie van gewichtsproblemen tijdens het systematisch contact voor 1^{ste} kleuters.

De leerjaren 1, 4 en 6

Voor leerlingen van het eerste, vierde en zesde leerjaar (leeftijdscohortes 6, 9 en 11 jaar), is het in afwezigheid van ouders en een gevalideerde screeningsvragenlijst niet mogelijk om in het basisaanbod te screenen voor eetproblemen/stoornissen. In afwachting van een valide instrumentarium wordt de groei gemonitord en zal een afwijkend gewicht of problematische evolutie de aanleiding zijn voor een bijkomend aanbod in een vervolcontact met de ouders. De CLB-medewerker zal alert zijn voor signalen en vragen die betrekking hebben op eten en de perceptie van het lichaamsbeeld. Mits akkoord van de betrokkenen (kind en ouders) kan er in het bijkomend aanbod gepeild worden naar eetgedrag en eetstijl van de leerling en kan er in een of meer vervolgesprekken worden geoordeeld over de aard en ernst van het probleem en zo nodig een verwijzing

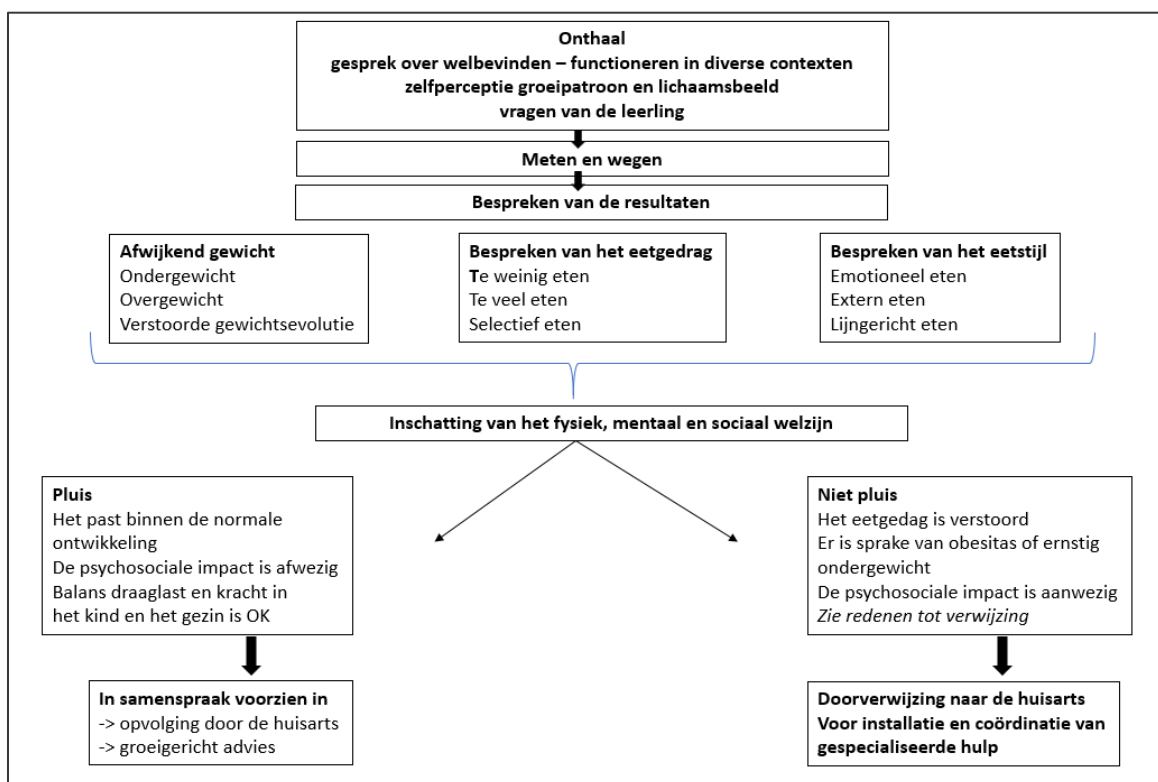
worden georganiseerd. (figuur 5)



Figuur 5: Werkwijze bij preventie en detectie van gewichtsproblemen tijdens het systematisch contact voor kinderen van het eerste, vierde en zesde leerjaar.

3^e secundair

Het contact start met een verwelkoming en een gesprek waarin samen de agenda wordt gesteld. Het welbevinden van de adolescent in diverse contexten, de perceptie van het eigen lichaamsbeeld en het groeipatroon worden besproken. Er wordt ruimte wordt gemaakt voor vragen van de leerling. Na het gesprek volgt het wegen en meten en is men alert voor signalen van ongenoegen met de meetresultaten. Dit kan aanleiding zijn voor bijkomende vragen over de eetstijl en het eetgedrag.



Figuur 6: Werkwijze bij preventie en detectie van problemen met eten en gewicht tijdens het systematisch contact voor jongeren van het derde secundair onderwijs.

4.2.2 Criteria gewicht (*nieuw)

Als meetbare indicatoren voor het gewicht en een (eventueel) gewichtsprobleem, worden de **Body Mass index (BMI)** (> 9 jaar), **de gewichtsindex** (< 9 jaar) en een **interpretatie van lengte-en gewichtscurve** gebruikt.

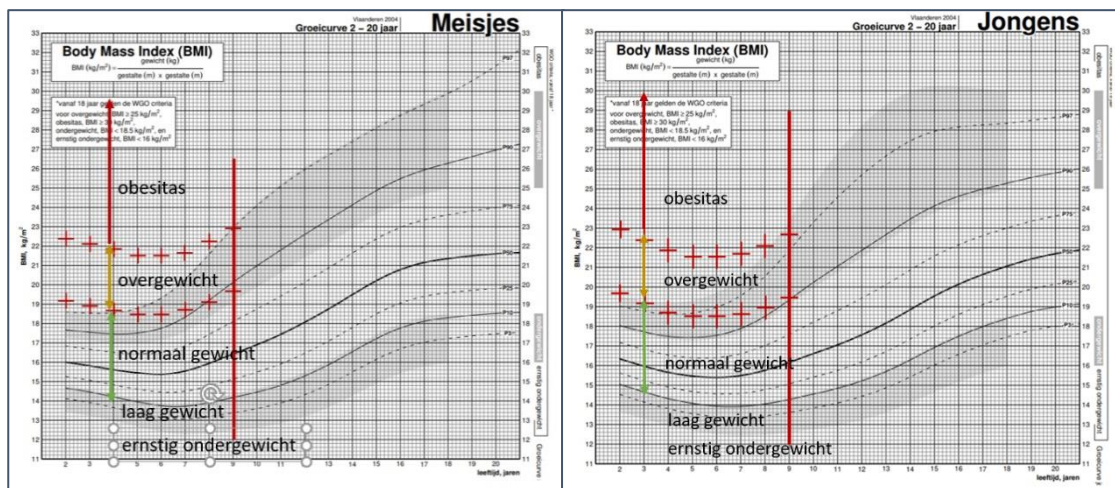
Bij volwassenen werden de criteria voor overgewicht en obesitas bepaald op basis van hun relatie met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen. Vanaf een BMI van 25 spreekt men van overgewicht, boven 30 van obesitas (boven 40 van morbide obesitas). Ook voor een laag gewicht en ernstig ondergewicht zijn er volwassen criteria vastgelegd. Bij kinderen worden de volwassen grenswaarden van 16, 18,5, 25 en 30 geëxtrapoleerd via de BMI-voor-leeftijd referentiecurves (via percentielen). De **groecurven** vind je [hier](#).

Vergelijkt men de BMI-criteria voor overgewicht en obesitas met deze van de gewichtsindex, dan stelt men vast dat een kind tot de leeftijd van ± 8 à 9 jaar met het BMI-criterium sneller als te zwaar worden aangewezen dan wanneer het criterium van de gewichtsindex wordt gebruikt (figuur 7).

Omdat **de gewichtsindex** de gebruikte behandelparameter is en omdat het criterium voor overgewicht en obesitas voor kinderen **tot en met de leeftijd van 9 jaar** beter aansluit bij de klinische indruk van een gewichtsprobleem, worden in deze nieuwe aanbeveling de BMI-criteria voor overgewicht en obesitas verlaten voor de jonge leeftijdscategorie en zullen de criteria voor overgewicht en obesitas van de gewichtsindex worden gebruikt. Dit geldt voor jongens én meisjes. De zone van normaal gewicht wordt bovenaan begrensd door het gewichtsindex-criterium 120 en onderaan door de bovengrens van de BMI-onderste grijze zone.

Boven de leeftijd van 9 jaar worden de BMI-criteria van de Vlaamse groecurven gebruikt: overgewicht wordt bepaald door de hoge grijze zone, obesitas situeert zich boven de hoge grijze zone.

Als criterium voor zorgwekkend ondergewicht wordt het BMI-criterium '**ernstig ondergewicht**' (= de zone onder de onderste grijze zone op de BMI-curve) toegepast en dit voor alle leeftijden.



Figuur 7:beeld van de Vlaamse Groecurven BMI met de geplote criteria voor overgewicht (tussen de onderste lijn van rode kruisjes en de hogere lijn van kruisjes) van de gewichtsindex en obesitas (boven de hoge lijn van rode kruisjes). Deze criteria worden toegepast voor de beoordeling van het gewicht tot de leeftijd van 9 jaar.

$$\text{Percentage overgewicht of gewichtsindex} = (\text{actuele BMI} / \text{p50 BMI}) \times 100$$

Tabel 1: Definitie van overgewicht/obesitas bij kinderen (toe te passen <9 jaar) volgens gewichtsindex

90 – 120 %	normaal gewicht
120 – 140 %	overgewicht
140 – 160 %	matige obesitas
160 – 190 %	ernstige obesitas
> 190 %	morbide obesitas

Een opvallende toename van de BMI waarbij centiele lijnen worden overkruist, vraagt de nodige aandacht en interpretatie waarbij de leeftijd, de ontwikkeling van de puberteit, de familiale voorgeschiedenis, de persoonlijke medische antecedenten, medicatiegebruik, behandeling of begeleiding belangrijk zijn. In dit licht zal een vervolgbeleid op maat worden overwogen.

Een stagnatie van de BMI of een neerwaarts overkruisen van centiele lijnen vraagt eveneens een zorgvuldige interpretatie en vervolgbeleid.

Verdiepende informatie

- Voor info rond gewichtscriteria, klik [hier](#).

4.3 HET BIJKOMEND AANBOD EN INDIVIDUELE BEGELEIDING

De aanbevelingen voor het handelen in het basisaanbod van systematische contacten worden aangevuld met aanbevelingen voor een bijkomend aanbod in vervolgcontacten. Doel van het bijkomend aanbod is het niet-plus gevoel dat groeide tijdens het systematisch contact naar aanleiding van het gesprek of de meetresultaten te documenteren en samen met de leerling en de ouders over de meerwaarde van een verwijzing te oordelen. Vervolgcontacten vallen niet onder de decretale verplichting maar zijn door het CLB gegarandeerd en maken deel uit van een kwaliteitsvol preventief handelen waar ouders en kinderen/jongeren op kunnen rekenen.

Aansluiten bij de vragen en zorgen van kinderen, jongeren en hun ouders en het toepassen van motiverende communicatietechnieken en oplossingsgerichte tussenkomsten, zijn op dit niveau van zorgverstrekking minstens zo belangrijk als tijdens de systematische contacten.

Een contact kan ook worden georganiseerd op vraag van een leerling, de ouders of de school:

- **De school** kan een bezorgdheid uiten naar aanleiding van zorgwekkend gedrag of het schools dysfunctioneren van een kind. Hier is dan sprake van zichtbare signalen, symptomen of problematische functioneren (figuur 1). Er volgt een aanmelding bij het CLB en indien aangewezen kan het CLB een HGD-traject opstarten volgens de principes van handelingsgericht werken (zie PRODIA- algemeen deel).
- Stelt de **ouder of het kind** een vraag dan wordt, indien aangewezen, een traject op maat gestart afhankelijk van de vragen, wensen van het kind en de ouder. Wanneer het algemene ondersteunende vragen betreft, kan een advies van de CLB medewerker volstaan.

4.4 REDENEN TOT DOORVERWIJZING

Naar aanleiding van het systematisch contact, een vervolcontact of een individueel traject kan beslist worden om het kind/de leerling door te verwijzen naar een externe hulpverlener. In tabel 2 worden indicaties voor verwijzing samengebracht. De aangehaalde argumenten kunnen een absolute indicatie (vb. obesitas) zijn maar ook worden ingeroepen als verzwarend wanneer er geen absolute reden is tot verwijzen zoals bij overgewicht of opvallende gewichtstoename. Het belang van een (over de jaren stabiel) laag gewicht moet worden geïnterpreteerd in het kader van een familiale context en het eetpatroon van een kind en hoeft niet systematisch aanleiding geven tot verwijzing. Kleuters en lagereschoolkinderen groeien, zij horen dus ook toe te nemen in gewicht. Een gewichtsverlies of stagnatie is voor kinderen steeds verontrustend.

De wenselijkheid en de haalbaarheid van een verwijzing worden grondig met de leerling en de ouders besproken. Om de verwijzing te documenteren met argumenten is een gesprek en een klinische inschatting door de CLB-arts nodig. De redenen om te verwijzen situeren zich in één of meer domeinen met name: (a) klinische argumenten, (b) emotionele redenen en/of contextuele aspecten in het gezin en de sociale interacties.

Tabel 2: Redenen tot doorverwijzing naar externe diensten

Domein	Reden
KLINISCH	<ul style="list-style-type: none"> • Obesitas (een gewichtsindex > 140 voor kinderen tot en met 9 jaar of een BMI-plotpunt boven de hoogste grijze zone voor kinderen ouder dan 9 jaar); • Ernstig ondergewicht (BMI plotpunt onder de laagste grijze zone); • Belangrijke gewichtstoename of -verlies; • Verstoord eet- en beweeggedrag dat niet kan worden toegeschreven aan leeftijdsspecifiek gedrag binnen de normale ontwikkeling. Hieronder valt ook controleverlies bij het eten en compensatiegedrag (incl. purgeergedrag). • Wanneer er gezondheidsrisico's zijn als gevolg van overgewicht/obesitas (zie EOSS-P), ernstig ondergewicht, braken of laxeren; • Wanneer er (fysieke, mentale, sociale) barrières zijn voor gewichtsmanagement bij overgewicht/obesitas, zijn dit verzwarend argumenten voor doorverwijzing.
EMOTIONEEL OF MENTAAL	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer het welbevinden van het kind/de jongere ernstig verstoord is. Men vermoedt een depressie of een ernstig verstoord zelfbeeld. De leerling ervaart uitgesproken spanning of is slachtoffer van pesterijen. Deze gemoedstoestand zal zonder professionele begeleiding blijven bestaan. • Een ontwikkelingsprobleem is een verzwarend argument voor een verwijzing.
GEZIN OF SOCIAAL (kind in interactie met de omgeving)	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer de draagkracht van één of beide ouders beperkt is door depressie, verslaving of psychiatrische aandoening. • Wanneer de gezinssituatie zorgwekkend is door conflict, vechtscheiding, mishandeling, verwaarlozing... • Wanneer financiële belemmeringen de mogelijkheden van de ouders beperken om voldoende structuur aan te bieden om de adviezen te

	kunnen toepassen.
--	-------------------

De behandelende arts neemt een coördinerende rol op wanneer een multidisciplinaire begeleiding wenselijk is.

4.5 WAT KAN ERNA VERWIJZING WORDEN VERWACHT

4.5.1 Inschatting en aanpak overgewicht (*nieuw)

Algemeen staat bij de inschatting en aanpak van overgewicht en obesitas niet langer het gewicht centraal, maar het bredere **gezondheidsrisico volgens EOSS-P(ediatric)** met in acht name van metabole abnormaliteiten, mechanisch beperkingen, mentale problemen, of milieu/context problemen. **Als CLB-medewerker is het belangrijk deze visie te kennen om zo de persoonlijke blik te verruimen, zonder daarom zelf de volledige inschatting te kunnen maken.** De [EOSS](#)¹ en EOSS-P, opgemaakt voor de eerstelijnszorg, weerspiegelen de complexiteit van de obesitasproblematiek en de heterogeniteit van de obese populatie.

Kinderen en jongeren met **obesitas** worden door het CLB naar de **huisarts** verwezen, zodat deze de gezondheidsrisico's, meer specifiek het metabole risico, kan inschatten (eventueel samen met een multidisciplinair team) en de obesitasgerelateerde risicofactoren kan monitoren. De beslissing van de huisarts om een kind met overgewicht of obesitas verder door te verwijzen voor behandeling door een **(lid van een) multidisciplinair team binnen de eerstelijnszorg of gespecialiseerde zorg**, zal afhangen van de ernstinschatting volgens het EOSS-P-model. Het betreft **gezondheidsgerelateerde risico's of barrières** tot gewichtsmanagement op medisch, mechanisch, mentaal of gezins- en omgevingsniveau. Het kan hier bijvoorbeeld gaan over een (beginnende) fysieke aandoening ten gevolge van het gewicht (gezondheidsrisico op medisch niveau), gewrichtspijnen die een actieve levensstijl belemmeren (barrière tot gewichtsmanagement op fysiek niveau), sterke lichaamsontevredenheid (gezondheidsrisico op mentaal niveau), een leerstoornis of mentale beperking (barrière tot gewichtsmanagement op mentaal niveau) of een moeilijke financiële of thuissituatie (barrière op vlak van sociaal milieu). Elk van deze voorbeelden is voldoende voor de huisarts om door te verwijzen naar een aanbevolen actor(30).

Op deze manier werkt het CLB in een getrappt zorgmodel samen met de behandelende actoren. In de bijlage van dit document wordt de EOSS-P geïllustreerd.

¹ Conceptueel model voor volwassenen werd reeds gevalideerd. Het conceptueel model voor kinderen moet nog gevalideerd worden.

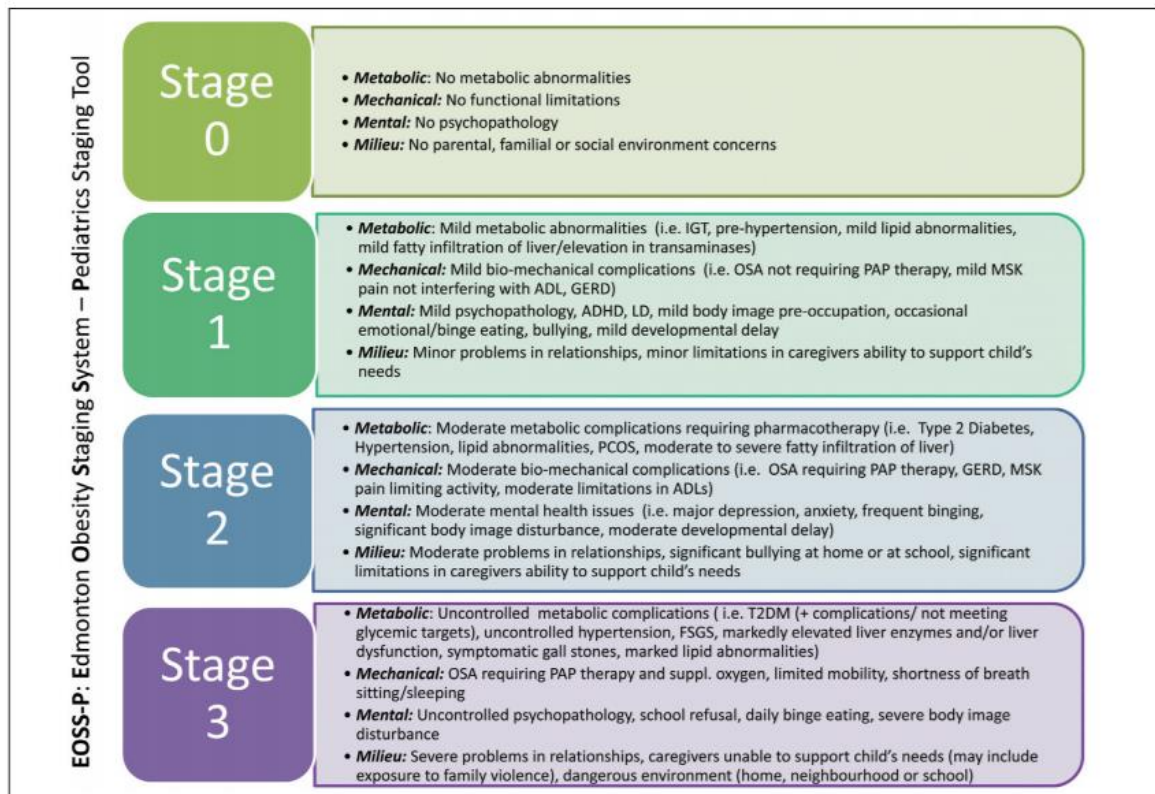


Figure 1) Edmonton Obesity Staging System – Pediatrics staging tool. ADHD Attention deficit hyperactivity disorder; ADL Activities of daily living; FSGS Focal segmental glomerulosclerosis; GERD Gastroesophageal reflux disease; IGT Impaired glucose tolerance; LD Learning disability; MSK Musculoskeletal; OSA Obstructive sleep apnea; PAP Positive airway pressure; PCOS Polycystic ovary syndrome; Suppl Supplemental; T2DM Type 2 diabetes mellitus

Figuur 8: Stadia volgens EOSS-P (30)

Tot op heden is de behandeling in Vlaanderen van overgewicht en obesitas bij kinderen grotendeels gebaseerd op de mate van overgewicht volgens de gewichtsindex, met drie interventieniveaus waarbij het multidisciplinaire aspect van de behandeling systematisch terugkomt (31):

- 1) voor kinderen jonger dan 8 jaar of met risico op de ontwikkeling van overgewicht (<130% overgewicht), kan de interventie exclusief op de ouders/zorgfiguren gericht worden,
- 2) voor kinderen met een matige vorm van overgewicht of obesitas (130-180% overgewicht), is deelname van het kind aan een groepsprogramma binnen multidisciplinaire ambulante zorg wenselijk (32),
- 3) voor kinderen met een ernstige vorm van obesitas (>180% overgewicht) is behandeling binnen een multidisciplinaire residentiële setting (MPC Zeepreventorium, De Haan) aangewezen (33-35).

Ook hier ligt de **focus** van de behandeling steeds op **gezondheid, niet op gewichtsreductie**, en de voedings- en bewegingsdriehoek ([Vlaams Instituut Gezond Leven](#)) dienen als kompas. Hierbij wordt benadrukt dat **een goed, regelmatig eetpatroon** bestaat uit drie hoofdmaaltijden en twee à drie tussendoortjes. Er wordt gewezen op het belang van het ontbijt voor een goede energiebalans, concentratie op school, én een gezond gewicht. Deze maaltijd wordt vaak overgeslagen door jongeren vanuit lijnpogingen, maar dit is contraproductief. Het ontbreken van een ontbijt kan ook leiden tot een vroegtijdig hongergevoel dat gestild wordt met een ongezonde snack.

Beweging bestaat in de eerste plaats uit een **actieve levensstijl**, door bijvoorbeeld een halte vroeger af te stappen met de bus, met de fiets naar school te gaan, te helpen in het huishouden, systematisch de trap te nemen i.p.v. de lift... Het belang van sporten wordt gekaderd binnen fysieke, psychische en sociale gezondheid, waarbij de focus ligt op (samen) plezier beleven.

Verdiepende info: website Eetexpert

- Over de toewijzing van zorg door de behandelende arts, klik [hier](#)
- Voor meer informatie over de gezondheidsinschatting volgens de EOSS(-P), klik [hier](#).

4.5.2 Inschatting en aanpak voedingsproblemen bij jonge kinderen

Niet alle vormen van selectief eten vereisen tussenkomst van een gespecialiseerde hulpverlener in eetproblemen. Volgens de Wolfson/Levine criteria (36) is ingrijpen nodig wanneer het selectief eten zich **meer dan een maand** voordoet en er **belangrijke impact is op het groeipatroon** of als het kind **nutritionele tekorten** heeft. Indien er geen medische complicaties zijn maar het kind **wel anticiperend kokhalzen of braken** vertoont, dus nog voor het begint te eten of als de ouders het kind, i.c. de kleuter, voeden, wordt er ook professionele hulp ingeroepen. Bij **disfunctioneel aanbieden van voedsel** denken we onder meer aan het kind 'stalken' met voedsel, dwang gebruiken, of afleiding aanbieden tijdens het voeden. Bijkomende criteria zijn **sterke spanning aan tafel** bij het kind en/of ouders, of het vermoeden van een **psychiatrisch probleem** bij het kind (bijv. een autismespectrumstoornis)(37, 38).

De eerste doelstelling van een behandeling is het **verminderen van stress** aan tafel bij het kind en ouders. De bedoeling is om eten en het samen tafelen weer aangenaam te maken. Hierbij mag geen dwang aanwezig zijn en wordt vertrokken van wat het kind lekker vindt. De tweede doelstelling gaat over hoe ouders hun kind kunnen leren zijn of haar voedselinname te reguleren op basis van **honger en verzadiging**. Indien er oraal-motorische slik- of spraakproblemen zijn wordt logopedie ingeschakeld. Pas als laatste doelstelling, als de vorige stappen goed zijn doorlopen en de angst voor voeding weg is, wordt er gestart met het **uitbreiden van de soorten voedingsmiddelen**. Dit is een langzaam proces waarbij het kind zelf het tempo bepaalt.

Verdiepende informatie website Eetexpert

- Voor meer informatie rond vroegdetectie van eet- en gewichtsproblemen, klik [hier](#).
- De website van dr. Chatoor, met heel wat informatie rond sensorische voedselaversie, vind je [hier](#).

4.5.3 Inschatten aanpak eetstoornissen bij kinderen en jongeren

Niet elke jongere die aan lijnen doet heeft een eetstoornis, evenmin heeft elk kind dat stiekem snoept last van oncontroleerbare eetbuien. Bovendien experimenteren jongeren met voedings- en dieettrends, en ontwikkelen ze hun identiteit ook via hun voedselkeuzes. Een **eetstoornis** gaat verder dan een probleem met eten, er is een **impact op het fysiek en psychosociaal welzijn**. Bepaalde verstoorde eetgedragingen zoals controleverlies bij het

eten en purgeergedrag zijn op zich voldoende voor doorverwijzing.

Bij een **vermoeden van een eetstoornis** is het voor het CLB **steeds** aangewezen om de leerling **door te verwijzen** naar de huisarts, die de diagnostiek en eventuele behandeling coördineert in samenwerking met een multidisciplinair team. De hulpverlening bij eetstoornissen is net zoals bij overgewicht **multidisciplinair** (arts, diëtist en psycholoog/pedagoog/psychiater), waarbij de hulpverleners **specifieke ervaring** hebben met de behandeling van eetstoornissen(39). De behandeling richt zich zowel op herstel van gewicht en eetgedrag, als op de psychosociale onderhoudsfactoren(40).

Mede vanuit het *stepped care* model wordt (gespecialiseerde) **ambulante behandeling** verkozen boven een residentiële behandeling: er wordt bij voorkeur gekozen voor de minst ingrijpende vorm van hulp voor cliënt, zo dicht mogelijk bij het gewone leef-, leer- of werkmilieu (41, 42). Een cliënt met een eetstoornis komt bij voorkeur eerst voor behandeling in een ambulante setting vooraleer hulp gezocht wordt in een residentiële setting en wordt best nadien ook weer ambulante opgevolgd.

Bij de inschatting van de ernst is het ook belangrijk de **beschermende factoren** te overlopen. Zijn de sociale contacten nog goed? Heeft de leerling nog een vertrouwenspersoon? Is er goede communicatie thuis? Geniet de leerling nog van vrije tijd en hobby's? Deze beschermende factoren zijn hefboomen voor een behandeling.

Uiteraard zijn er ook een aantal **labowaarden** die de **huisarts** zal opvolgen en die een indicatie geven van de ernst. Deze vind je in het uitbreidingsmateriaal.

Verdiepende informatie website Eetexpert

- Voor meer informatie rond de kenmerken van eet- en gewichtsproblemen, klik [hier](#).
- Voor meer informatie rond vroegdetectie van eet- en gewichtsproblemen, klik [hier](#).
- Voor meer informatie rond risico- en beschermende factoren, klik [hier](#).
- Voor een fiche rond de ernstinschatting bij eetstoornissen, klik [hier](#). De achtergrondtekst bij deze fiche vind je [hier](#).

5 Besluit

Er zijn diverse argumenten als onderbouw voor de aanbevelingen betreffende de vroegdetectie van gewichtsproblemen en de preventie en vroegdetectie van eetproblemen:

- de opdracht van systematische monitoring van de groei als indicator voor de gezondheidstoestand van een kind/een jongere waarbij lengte en gewicht belangrijke parameters zijn die een professionele interpretatie vereisen en een verantwoord beleid bij afwijkende groeipatronen. Deze opdracht biedt een uitstekende gelegenheid om aan doelgerichte preventie en vroegdetectie te doen;
- er zijn de hoge prevalentiecijfers van eetstoornissen en gewichtsproblemen;
- de grote impact ervan op de ontwikkeling van het zelfbeeld van kinderen en jongeren;
- de wijd verspreide stigmatisering van personen met overgewicht of eetstoornis;
- de maatschappelijke aandacht voor gewicht en leefstijl.

Het tijdsverloop van het ontstaansproces van een gewichtsprobleem/ een eetstoornis laat toe om zicht te krijgen op risico- en beschermende factoren, signalen te capteren om in een relatief vroege fase te kunnen ingrijpen. Dit maakt van de periodieke contacten een geschikte methode voor vroege detectie. De aanvullende vraaggestuurde werking verbreedt de handelingsmogelijkheden van het CLB.

Op basis van deze onderbouw wordt een concrete werkwijze aangereikt voor CLB-medewerkers met de focus op

het universeel basisaanbod.

6 Bijlage: EOSS-P geïllustreerd

Tabel 3. EOSS-P (30)

	Inschatting gezondheidsrisico	Behandelplan*
<i>Stadium 0</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Metabool: Geen metabole abnormaliteiten • Mechanisch: Geen functionele beperkingen • Mentaal: geen psychopathologie • Milieu: geen bezorgdheden in de ouderlijke, gezins- of sociale context 	Monitoring van obesitasgerelateerde risicofactoren en leefstijladvies door de huisarts op regelmatige tijdstippen
	<p>Casusvoorbeeld</p> <p>Amid is een 15-jarige jongen met een BMI van 35 kg/m² (p99, z-score van 2.40). Hij heeft geen metabole of mechanische complicaties van zijn overgewicht. Hij is fysiek actief en heeft geen functionele beperkingen. Hij heeft een positief lichaamsbeeld. Hij groeit op in een hecht gezin en heeft een goede relatie met zijn ouders.</p>	
<i>Stadium 1</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Metabool: Milde metabole abnormaliteiten (bv. verminderde glucosetolerantie, prehypertensie, milde abnormaliteiten in lipiden, milde vet-infiltratie van de lever/ verhoging in transaminasen) • Mechanisch: Milde bio-mechanische complicaties (bv. obstructieve slaapapneu zonder positieve drukbeademing/<i>Positive Airway Pressure</i>, milde musculoskeletale pijn die niet interfereert met dagdagelijkse activiteiten) • Mentaal: Milde psychopathologie, ADHD, leerstoornis, milde preoccupatie met lichaamsbeeld, occasioneel emotioneel of occasionele eetbuien, pesten, milde ontwikkelingsvertraging • Milieu: Lichte relatieproblemen, lichte beperkingen in de mogelijkheden van zorgfiguren om de noden van het kind te ondersteunen 	Monitoring van obesitasgerelateerde risicofactoren en leefstijladvies door de huisarts in samenwerking met een diëtist of psycholoog afhankelijk van de noden van het individu
	<p>Casusvoorbeeld</p> <p>Ben is een 10-jarige jongen met een BMI van 34 (p99, z-score 2.57). Hij vertoont acanthosis</p>	

	nigricans bij het medisch onderzoek (stadium 1, metabool). Hij heeft geen biomechanische complicaties van obesitas (stadium 0, mechanisch). Hij kampt met ADHD en heeft het hierdoor moeilijk op school (stadium 1, mentaal). Hij wordt soms gepest omwille van zijn gewicht (stadium 1, milieu).	
<i>Stadium</i> 2	<ul style="list-style-type: none"> • Metabool: Matige metabole complicaties die medicamenteuze behandeling vereisen (bv. diabetes type 2, hypertensie, verstoorde lipiden, polycysteus ovariumsyndroom, matige tot ernstige vetinfiltratie van de lever) • Mechanisch: Matige bio-mechanische complicaties (bv. obstructieve slaapapneu die ademhalingsondersteuning/PAP vereist, gastro-oesofagale refluxziekte, musculoskeletale pijn die het activiteitsniveau belemmert, matige beperkingen in dagdagelijkse activiteiten) • Mentaal: Matige mentale problemen (bv. majeure depressie, angststoornis, frequente eetbuien, significante verstoring in het lichaamsbeeld, matige ontwikkelingsvertraging) • Milieu: Matige relatieproblemen, opvallend pestgedrag thuis of op school, duidelijke beperkingen in de mogelijkheden van zorgfiguren om de noden van het kind te ondersteunen 	Doorverwijzing naar multidisciplinaire kinderobesitaswerking voor uitgebreide diagnostiek; meer intensieve en gezinsgeoriënteerde begeleiding en leefstijlbehandeling; regelmatige follow-up afspraken rond comorbiditeiten
	<p>Casusvoorbeeld</p> <p>Lianne is een 13-jarig meisje met een BMI van 32 (p98, z-score 2.19). Ze heeft diabetes type 2 en heeft last van hoge bloeddruk (stadium 2, metabool). Ze heeft geen functionele beperkingen (stadium 0, mechanisch) of problemen met haar zelfbeeld (stadium 0, mentaal). Haar ouders zijn gescheiden en er zijn ernstige conflicten tussen haar ouders (stadium 2, milieu).</p>	
<i>Stadium</i> 3	<ul style="list-style-type: none"> • Metabool: Ongecontroleerde metabole complicaties (bv. diabetes type 2 met complicaties of met het niet halen van de glycemische streefwaarden) • Mechanisch: obstructieve slaapapneu die PAP en extra zuurstof vereist, beperkte mobiliteit, kortademighied bij zitten/slappen • Mentaal: Ongecontroleerde psychopathologie, schoolverzuim, dagelijkse eetbuien, ernstige verstoring in het lichaamsbeeld 	Doorverwijzing naar een derdelijns multidisciplinaire kinderobesitaswerking voor uitgebreide diagnostiek, met mogelijke inclusie van deelspecialismen in de zorg voor comorbiditeiten; meer intensieve en gezinsgeoriënteerde begeleiding en leefstijlbehandeling; overweging van aanvullende, intensieve therapie methoden (bv. bariatrische chirurgie); regelmatige follow-up

	<ul style="list-style-type: none"> • Milieu: Ernstige relatieproblemen, zorgfiguren zijn niet in staat om de noden van het kind te ondersteunen (kan blootstelling aan familiaal geweld omvatten), gevaarlijke omgeving (thuis, buurt of school) 	afspraken rond comorbiditeiten
	<p>Casusvoorbeeld</p> <p>Dimitri is een 16-jarige jongen met een BMI van 54 (p99, z-score 3.16). Hij kampt met insulineresistentie (stadium 1, metabool), en slaapapneu die PAP en extra zuurstof vereist (stadium 3, mechanisch). Hij vindt het lastig om deze systematisch te gebruiken. Hij heeft regelmatig eetbuien (mentaal, stadium 2). Hij woont bij zijn moeder en twee zussen. Mama heeft het niet altijd gemakkelijk om de eindjes aan elkaar te knopen (stadium 1, milieu).</p>	

*Persistentie in stadium 1,2, of 3 na een beduidende zorgperiode (bv. 12 maanden) dient te resulteren in een intensifiëring van de behandelstrategieën na uitsluiting van de onveranderbare risicofactoren.

Verdiepende informatie : [EOSS](#)

Referenties

1. Preti A, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*. 2009;43:1125-32.
2. Gezondheidsenquête 2013: Rapport 1. Gezondheid en Welzijn. Brussel: WIV; 2013.
3. Matton A, Goossens L, Braet C, Van Durme K. Continuity in primary school children's eating problems and the influence of parental feeding strategies. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013;42:52-66.
4. Goossens L, Braet C, Bosmans G, Decaluwé V. Loss of control over eating in pre-adolescent youth: The role of attachment and self-esteem. *Eating Behaviors*. 2011;12:289-95.
5. WHO, UGent. Jongeren en gezondheid 2014: voeding Gent2014 [Available from: http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2016/03/HBSC_2014_Voeding.pdf].
6. Goossens L, Van Malderen E, Van Durme K, Braet C. Loss of control eating in adolescents: Associations with adaptive and maladaptive emotion regulation strategies. *Eating Behaviors*. 2016;22:156-63.
7. Griffiths S, Mond JM, Murray SB, Touyz S. The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2014;48:767-74.
8. Murakami JM, Essayli JH, Latner JD. The relative stigmatization of eating disorders and obesity in males and females. *Appetite*. 2016;102:77-82.
9. Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. WHO- European Region. ISBN 978 92 890 5240 5; 2014.
10. Neumark-Sztainer D, Falkner N, Story M, Perry C, Hannan PJ, Mulert S. Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*. 2002;26:123-31.
11. Van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Are overweight and obese youths more often bullied by their peers? A meta-analysis on the relation between weight status and bullying. *International Journal of Obesity*. 2014;38:1263-7.
12. Puhl R, Suh Y. Stigma and eating and weight disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2015;17.
13. Maïano C, Aimé A. Weight-based stigmatisation: A special issue on determinants, mediating mechanisms, and intervention programs. *European Review of Applied Psychology*. 2017;67:113-5.
14. Van Weeghel J, Pijnenborg M, van 't Veer J, Kienhorst Gr. Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken. Bussum: Coutinho; 2016.
15. Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic obesity/weight-based stigma model. *Appetite*. 2014;82:8-15.
16. Position on health, weight and obesity. An integrated population health approach. Canada: Northern Health; 2012.
17. Levine MP, Piran N, Jasper K. Eating disorders. TP Gullotta et al (eds), *Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*,. New York: Springer Science+Business Media; 2015. p. 305-28.
18. Levine MP, Smolak L. The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eating Disorders*. 2016;24:39-46.
19. Hendy HM, Raudenbush B. Effectiveness of teacher modeling to encourage food acceptance in preschool children. . *Appetite*. 2000;34:61-76.
20. Sato AF, Jelalian E, Hart CN, Lloyd-Richardson EE, Mehlenbeck RS, Neill M, et al. Associations between

parent behavior and adolescent weight control. *Journal of Pediatric Psychology*. 2011;36:451-60.

21. Jacobi C, Agras S, Bryson S. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42:76-84.
22. Nicholls D, Viner R. Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48:791-9.
23. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer H, Agras W. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*. 2004(130):19-65.
24. Norré J. Hoofdstuk 7: Eetstoornissen," in M. Lambregtse-van den Berg, I. van Kamp, & H. Wennink, *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Tijdstroom D, editor. Utrecht2015. 75-83 p.
25. Hilbert A, Pike AB, Goldschmidt AB, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohmf F, et al. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*. 2014(220):500-6.
26. Canals J, C. S, Arija M. Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2009; %1 van %2353-359.
27. Allen K, Byrne S, Forbes D, Oddy W. Risk factors for full- and partial-syndrome early adolescent eating disorders: A population-based pregnancy cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48:800-9.
28. Allen K, Byrne S, Oddy W, Schmidt U, Crosby R. Risk factors for binge eating and purging eating disorders: Differences based on age of onset. *International Journal of Eating Disorders*. 2014(47):802-12.
29. Hermanns J, Ory F, Schrijvers AJP. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. [Supporting development and parenting: sooner, faster, and better: an advice for early detection and interventions in regard to developmental and parenting problems.]. Utrecht: Invent groep; 2005.
30. Hadjiyannakis S, Buchholz A, Chanoine J-P, Jetha MM, Gaboury L, Hamilton J, et al. The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: A proposed clinical staging system for paediatric obesity. *Paediatrics and Child Health*. 2016;21:21-6.
31. Braet C, Van Winckel M. *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht*. Bohn Stafleu Van Loghum; 2001.
32. Moens E, Braet C, Van Winckel M. An 8-year follow-up of treated obese children: Children's, process and parental predictors of successful outcome. *Behaviour Research and Therapy*. 2010;48(7):626-33.
33. Braet C, Tanghe A, Bode P, Franckx H, Winckel M. Inpatient treatment of obese children: a multicomponent programme without stringent calorie restriction. *Eur J Pediatr*. 2003;162(6):391-6.
34. Braet C, Tanghe A, Decaluwé V, Moens E, Rosseel Y. Inpatient Treatment for Children With Obesity: Weight Loss, Psychological Well-being, and Eating Behavior. *Journal of Pediatric Psychology*. 2004;29(7):519-29.
35. Deforche B, De Bourdeaudhuij I, Deboode P, Vinaimont F, Hills AP, Verstraete S, et al. Changes in fat mass, fat-free mass and aerobic fitness in severely obese children and adolescents following a residential treatment programme. *European Journal of Pediatrics*. 2003;162(9):616-22.
36. Levine A, Bachar L, Tsangen Z, Boaz M. Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2011;52:536-68.
37. Chatoor I. Sensory food aversions in infants and toddlers. *Journal of Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers, and Families*. 2009;29:44-9.
38. Levy Y, Levy A, Zangen T, Levine A. Diagnostic clues for identification of nonorganic versus organic causes of food refusal and poor feeding. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2009;48:355-62.
39. Trimbos. *Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen*: Trimbos-Instituut; 2006.
40. *Eating disorders: recognition and treatment*. www.nice.org.uk: NICE guideline [NG69]; 2017.
41. *Improving Health systems and services for mental health*. Genève: World Health Organization; 2009.
42. *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.

