



VROEGE DETECTIE EN PREVENTIE VAN GEWICHT- EN EETPROBLEMEN

DEEL 2: PRAKTIJKLEIDRAAD VOOR DE SYSTEMATISCHE CONTACTEN

VVVJ: ANN KEYMEULEN, KATELIJNE VAN HOECK KENNISCENTRUM
EETEXPERT: ROZEMARIJN JEANINE, AN VANDEPUTTE

2018

Inhoud

1	Niet-stigmatiserend communiceren over eetproblemen, gewicht en lichaamsvormen	2
2	Eerst praten en dan onderzoeken (om nadien weer te praten...)	3
3	Praktijkleidraad voor tijdige detectie van een voedings- of eetprobleem.....	4
3.1	Kinderen van 3 jaar of van de eerste kleuterklas	4
3.2	Kinderen van de lagere school (1 ^{ste} leerjaar/6 jaar, 4 ^e leerjaar/9 jaar, 6 ^e leerjaar/11 jaar)....	7
3.3	Jongeren van 14 jaar of het 3e secundair	8
4	Richtlijnen voor tijdige detectie van gewichtsproblemen.....	14
4.1	Criteria voor overgewicht en obesitas	14
4.1.1	Kinderen jonger of gelijk aan 9 jaar.....	14
4.1.2	Kinderen ouder dan 9 jaar.....	15
4.2	Criteria voor ondergewicht	16
4.3	Concrete richtlijnen per systematisch contactmoment.....	18
4.3.1	Kinderen van 3 jaar of van de eerste kleuterklas (of het eerste contact bij nieuwe instromers)	18
4.3.2	Kinderen van de lagere school (1 ^{ste} leerjaar/6 jaar, 4 ^e leerjaar/9 jaar, 6 ^e leerjaar/11 jaar)	20
4.3.3	Jongeren van 14 jaar of het 3e secundair	22

1 Niet-stigmatiserend communiceren over eetproblemen, gewicht en lichaamsvormen

Niet toevallig worden richtlijnen voor tijdige detectie van voedings-, eet- en gewichtsproblemen gecombineerd: problemen met voeden of eten leiden vaak tot een verstoord gewicht (te veel/te weinig). Omgekeerd moet gesteld dat een gewichtsprobleem niet altijd het gevolg is van een voedings- of een eetprobleem en dat gewicht, de gewichtsindex of BMI geen goede indicatoren zijn om tijdig een eetprobleem, of erger een eetstoornis op te sporen. Sterker nog, er is géén unieke (oorzakelijke) relatie tussen voeden, eten en het gewicht van een persoon maar het betreft een complexe interactie tussen genetica, sociale context, gezinscontext, welbevinden, perceptie van het eigen lichaamsbeeld, overtuigingen, opvoeding, medische antecedenten, medicatiegebruik, leefgewoonten, ... Niettegenstaande deze wetenschap zal een gesprek naar aanleiding van een gewichtsprobleem gaan over eetgewoonten, voedings- en beweegadviezen.

Dit gezegd zijnde, moeten de aanbevelingen voor monitoring van de groei en tijdige detectie van voedings-, eet- en gewichtsproblemen rekening houden met realiteit van een (kort) systematisch contactmoment waarin de diverse doelstellingen van deze en andere standaarden moeten worden gerealiseerd. Bij het bespreken van de groeidata (BMI of gewichtsindex) bestaat het risico van (onbewuste) vooroordelen en stigmatisering waar personen met eetstoornissen en gewichtsproblemen vaak het slachtoffer van zijn. 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 (1). Personen met overgewicht worden als lui en zwak bestempeld (2).

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(3, 4). Bovendien vormt stigmatisering een **drempel** voor hulpverlening en herstel(5). 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 (3, 6).

Jammer genoeg zijn deze stigma's wijdverspreid en leven ze ook in de hulpverlening. Het advies om minder te eten en meer te bewegen (of andersom bij ondergewicht), dat veel hulpverleners geven, is dan ook in essentie een stigmatiserende boodschap.

Tips voor [niet-stigmatiserend communiceren](#) en [communiceren over gewicht en leefstijl](#) zijn bijzonder nuttig voor de CLB-medewerkers die grote groepen kinderen, jongeren en hun ouders zien naar aanleiding van de systematische contacten en de nazorg. Meer is te lezen op: <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek/stigmatisering>

2 Eerst praten en dan onderzoeken (om nadien weer te praten...)

Om stigmatisering te voorkomen en om recht te doen aan de complexiteit van een mogelijk voedings-, eet- en gewichtsprobleem, is het wenselijk om eerst te praten en pas nadien te onderzoeken (wegen en meten) en toelichting te geven bij de resultaten. Welke zijn de voordelen?

- Je start met een warm onthaal en een gezamenlijk (met de ouders of de adolescent) stellen van de agenda van het contactmoment;
- Je kan onbevangen luisteren en vragen naar aspecten van het welbevinden en functioneren van een leerling. Op die manier voeg je in, in het verhaal van opgroeien en de manier waarop ouders/jongeren de eigen krachten inzetten en vermijd je meteen in te zoomen op probleemaspecten;
- Je kan onbevangen luisteren naar de vragen en overtuigingen van ouders en de leerling over voeden, eten en gewicht. Hierdoor ben je op de hoogte van mogelijke weerstanden, zorg of angst van de jongeren, met een mogelijk eet- of gewichtsprobleem, voor het onderzoek van lengte en gewicht;
- Je vermijdt zo dat een gesprek over eten en voeden rechtsreeks gerelateerd wordt aan een gewichtsprobleem;
- Je onderzoekt de adolescent met aandacht voor haar/zijn persoonlijke vragen en gevoeligheden die betrekking hebben op het lichaamsbeeld, percepties en overtuigingen.

Na het gesprek en het klinisch onderzoek (i.c. meten, wegen, visus, gehoor,...) worden de resultaten ervan besproken in het licht van alle informatie waarover men op dat moment beschikt.

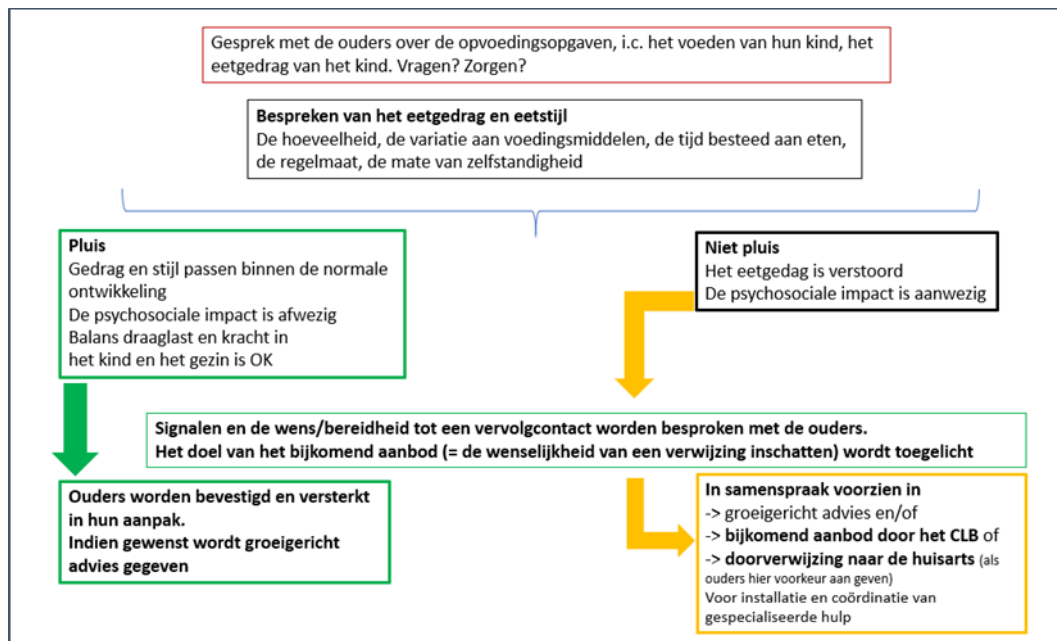
De eerste doelstelling van het wegen en meten van kinderen en jongeren is het opvolgen van de groei en lichamelijke ontwikkeling. In de meeste gevallen leidt dit tot een bevestiging van een gezond groeitraject. Normaliseren bij vragen of bezorgdheid zal hier meestal aan de orde zijn. Let wel! Normaliseren is niet identiek aan geruststellen! Normaliseren betekent dat je, gebaseerd op je kennis als professional kan uitleggen hoe gevarieerd (en dus verschillend) kinderen en jongeren kunnen groeien en ontwikkelen en welke omstandigheden hierbij helpend zijn of niet-helpend. Deze toelichting heeft als doel te informeren en samen te reflecteren over het resultaat en kan daardoor geruststellend zijn of net de aanleiding zijn om bijkomend advies te vragen. Om dit te kunnen doen moet je normale variaties en normale turbulenties kunnen onderscheiden van werkelijke haperingen.

3 Praktijkleidraad voor tijdige detectie van een voedings- of eetprobleem

3.1 KINDEREN VAN 3 JAAR OF VAN DE EERSTE KLEUTERKLAS

Doelstelling:

- Preventie en tijdige detectie van verstoord voedings- en eetgedrag.
- Aanbieden van algemeen geldend advies indien het gevraagd en wenselijk is



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

In de concrete praktijk zal een gesprek met ouders niet alleen gaan over voeding en eten maar ook breder over de ontwikkeling en het gedrag van hun kindje en de wijze waarop zij daar als opvoeders op inspelen. In deze zin wordt onderstaande suggestie geformuleerd.

‘Graag wil ik het met u (jullie) hebben over het gedrag van uw kindje op vlak van eten, slapen, spelen enz. en welke uitdaging dit voor u betekent in de opvoeding. Zullen we dit stap voor stap doen? Waarover zou uzelf willen beginnen?’

Indien het thema niet spontaan aan bod komt, kan worden gevraagd:

‘Heeft u vragen over het voeden van uw kleuter of het eetgedrag van uw kleuter? Ik denk dan aan het al dan niet kieskeurig zijn, het mee eten wat de pot schaft, het eten aan tafel, de tijd die uw kindje nodig heeft om te eten, eventueel prutsen met eten, moeilijk eten, snel eten, traag eten....en hoe u met deze situaties omgaat.’

Met kennis van de ontwikkelingsstaken van een 3-4-jarige kleuter, de risico- en beschermende factoren (tabel 1), lichte en ernstige signalen die kunnen wijzen op voedings- of eetproblemen (tabel 2), wordt er geluisterd naar het verhaal van de ouders. Wanneer er belangrijke risicofactoren en/of signalen aanwezig zijn, wordt aan ouders gevraagd hoe ze hiermee omgaan met als doel de nood aan zorg te bevragen en de wens om advies of ondersteuning te kennen.

Gebalde informatie over de normale ontwikkelingsstaken op vlak van eetgedrag bij peuters en kleuters en hoe ouders hierop gepast kunnen reageren:

- **Peuters en kleuters kunnen zelf hun energiebehoefte reguleren**, maar het eetpatroon wordt door de zorgfiguur bepaald. Een goed eetpatroon bestaat uit 3 hoofdmaaltijden en 2 à 3 tussendoortjes op min of meer vaste tijdstippen en een vaste plaats. Kleuters zullen niet automatisch voor een evenwichtige voeding kiezen. Elke kleuter heeft zijn eigen voorkeuren, en zal méér eten van iets dat hij lekker vindt als er een grotere portie wordt aangeboden.
- **Van voedselaanvaarding naar neofobie**. Moeilijker eetgedrag rond het einde van het tweede levensjaar is een normale ontwikkelingsfase en kadert binnen neofobie of angst voor onbekend voedsel. Een variatie in uitzicht of textuur kan voor het neofobe kind al ‘onbekend’ aanvoelen.
- **Herhaalde blootstelling (zonder ziek-zijn) om neofobie te overwinnen**. Het kind vindt een smaak lekkerder naarmate hij deze meer heeft geproefd in een positieve sfeer. Een strijd rond eten heeft het tegenovergestelde effect. Het is niet nodig om een voedingsmiddel zoeter of calorischer te maken. Nadien wordt het bovendien moeilijker om de basissmaak te leren waarderen.
- **Leren proeven**. Er zijn factoren die de bereidheid te proeven verhogen, zoals zorgfiguren of vriendjes met smaak hetzelfde zien eten (= model-leren), een leuke presentatie, informatie over de smaak van het voedsel, en gelijkenissen met bekend voedsel. Veel peuters verkiezen voedsel dat niet gemengd is met iets anders. Ze proberen namelijk te ontdekken of een voedingsmiddel ‘veilig’ is.
- **Een sociale beloning om gewenst eetgedrag te stimuleren**. Sociale beloning (een complimentje) is even krachtig als een materiële beloning (bv. een sticker). Voedselbeloningen (bv. een calorierijk dessert) worden doorgaans afgeraden.
- **Keuze doet eten**. Variatie en keuze creëren, bijvoorbeeld door verschillende soorten groenten en fruit aan te bieden, helpt proeven en eten. Kleuters kiezen wat ze het liefst lusten, dus hou hiermee rekening in het gamma.

Een overzicht van de risico- en beschermende factoren voor het ontwikkelen van een voedings- of eetprobleem bij de kleuter is te lezen in tabel 1. Wanneer risicofactoren voldoende gebufferd worden door beschermende factoren hoeft dit niet tot problemen te leiden. Met de ouders bespreken hoe ze omgaan met de risicofactoren, laat toe om de beschermende factoren en hun copingstrategie in kaart te brengen.

Tabel 1: risico- en beschermende factoren voor het ontwikkelen van een voedingsprobleem

Risicofactoren	Beschermende factoren
<ul style="list-style-type: none"> • Prematuriteit, ontwikkelingsproblemen • Gevoeligheid voor het fysiek belonende effect van voedsel en moeite om hier weerstand aan te bieden 	<ul style="list-style-type: none"> • Veilige gehechtheid • Belangrijke anderen die een gezonde houding tonen t.a.v. ‘ideale’ lichaamsbouw en zo een gezonde modelfunctie hebben

<ul style="list-style-type: none"> • Kwetsbaar temperament bij kind, gevoeligheid voor angst en depressie • Onveilige gehechtheid • Trauma, negatieve levensgebeurtenissen • Eet- of gewichtsprobleem bij ouder • (Perceptie van) gewichtsprobleem bij kind (door ouder) • Psychopathologie in het gezin, factoren die de opvoedingsvaardigheden van de ouder onder druk zetten • Contraproductieve controletechnieken bv. verplichten om bord leeg te eten, belonen/straffen met dessert 	<ul style="list-style-type: none"> • Borstvoeding (ondersteunt homeostatische regulatie en gevarieerd smakenpallet) • Gedeelde verantwoordelijkheid rond regulatie eetgedrag: de ouder beslist wat het kind eet, het kind beslist hoeveel het eet • Gebruik van kindgerichte controlestrategieën bv. model staan voor gezond eetgedrag, variatie in evenwichtige voeding, evenwichtige voeding aantrekkelijk en frequent presenteren
--	---

Tabel 2: Signalen van een voedingsprobleem van lichte tot ernstige aard

<p>Signalen voor lichte eetproblemen</p> <ul style="list-style-type: none"> • bepaalde vorm van voedsel niet aanvaarden (bijv. vast voedsel, brokjes...) • selectief of eenzijdig eten • geen warm eten aanvaarden • niet zelfstandig willen eten • een sterke voedingsvoorkeur
<p>Signalen voor ernstige eetproblemen</p> <ul style="list-style-type: none"> • selectieve weigering van bepaalde soorten voedsel • totale voedselweigering
<p>Signalen voor een eetstoornis</p> <ul style="list-style-type: none"> • aanhoudend weigeren van voeding • minstens 1 van deze 2 symptomen: <ul style="list-style-type: none"> ○ disfunctioneel aanbieden van eten door ouders/verzorgers* ○ anticipatoir kokhalzen • begin van de klachten voor de leeftijd van 2 jaar, duidelijke presentatie van de klachten voor de leeftijd van 6 jaar • afwezigheid van duidelijke somatische aandoening die leidt tot voedselweigering of gebrek aan verbetering van het eetgedrag na medische behandeling van een organische aandoening
<p>*Disfunctioneel aanbieden van voeding =</p>

- het kind wordt gevoed wanneer het slaperig is omdat het kind voedsel weigert of weinig eet wanneer het wakker is
- het kind wordt achtervolgd met eten door aanhoudende, meestal niet succesvolle pogingen om het kind eten te geven ondanks weigering of veelvuldig aandringen om nog een slokje of hap te nemen
- het kind wordt gedwongen te eten door bijvoorbeeld de kaken met de hand van elkaar te halen
- rigide op vaste tijdstippen voeden waardoor afwezigheid van hongersignalen genegeerd wordt, of het kind als object behandelen tijdens het voeden
- alle maaltijden vinden plaats terwijl er afleiding is, het kind eet niet zonder afleiding
- maaltijden duren gewoonlijk langer dan 30 minuten ondanks dat het kind niet eet, eventueel in combinatie met het bovenstaande

Wanneer er één of meer van de opgesomde signalen worden gemeld, is méér informatie nodig om het 'niet pluis' gevoel te documenteren en om een gepast advies te geven of om tot een gepast beleid te besluiten. Het betreft info over de attributies van de ouders, eerdere adviezen of interventies, het resultaat van die interventies, hun kennis, inzichten en wens tot aanpak. Dit verzamelen, een klinische inschatting maken en de wenselijkheid van een verwijzing bespreken is een opdracht die méér tijd vraagt dan mogelijk is tijdens een systematisch contact en aan de CLB-arts toekomt in een **vervolgcontact**. Deze mogelijkheid wordt voorgesteld en besproken tijdens het systematisch contact, waarbij het ouders vrij staat om hier al dan niet op in te gaan, binnen een korte of langere termijn. Ouders kunnen steeds weer contact opnemen met het CLB indien ze dit wensen.

Verdiepende informatie

- Voor de normale ontwikkeling van eetgedrag bij peuters: klik [hier](#).
- Voor de normale ontwikkeling van eetgedrag bij kleuters: klik [hier](#).

Hulpmiddelen

- Voor een samenvattingsfiche rond het eetgedrag van kinderen en tips voor ouders, klik [hier](#).
- Voor een fiche rond communiceren rond eten en gewicht met kinderen (voor ouders), klik [hier](#).

3.2 KINDEREN VAN DE LAGERE SCHOOL (1^{STE} LEERJAAR/6 JAAR, 4^E LEERJAAR/9 JAAR, 6^E LEERJAAR/11 JAAR)

Bij gebrek aan screeningsinstrument en afwezigheid van ouders, kan er slechts op een onrechtstreekse manier aan vroegdetectie worden gedaan door...

- De oudervragenlijst die voor het contactmoment aan de ouders wordt gegeven, aan te vullen met enkele vragen:

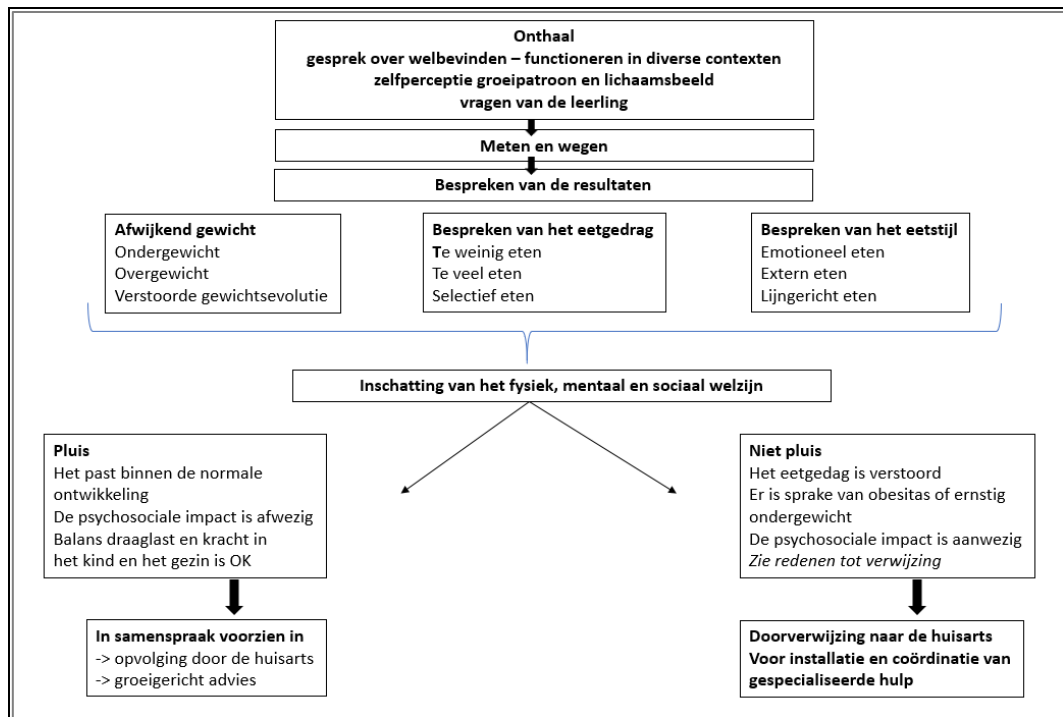
*'Heeft u vragen over het gedrag van uw kind. We denken hierbij aan eten, slapen, vrijetijdsbesteding, de omgang met jullie als ouders?'
 'Denkt u dat uw kind zich gelukkig voelt?'
 'Wenst u hierover graag een gesprek met het CLB?'*

- Alert te zijn voor uitspraken die relateren aan lichaamsontevredenheid, negatief affect of lijngedrag....
- Aandacht te hebben voor reacties van de leerling rond het weegmoment en/of vragen over het resultaat van wegen en meten.

3.3 JONGEREN VAN 14 JAAR OF HET 3E SECUNDAIR

Doelstelling:

- Preventie en tijdige detectie van verstoord eetgedrag.
- Aanbieden van algemeen geldend advies indien het gevraagd en wenselijk is



Figuur 2: Werkwijze bij preventie en detectie van problemen met eten (en gewicht) tijdens het systematisch contact voor jongeren van het derde secundair onderwijs.

De arts onthaalt de jongere en geeft uitleg over het doel en de werkwijze van het systematisch contact. Dit kan in globale termen aan de klasgroep worden toegelicht en wordt, maar dan specifiek en concreter hernomen tijdens het individueel contactmoment.

In het licht van het tijdig herkennen van eetproblemen, begint een gesprek best vanuit een globale interesse in hoe het met de jongere gaat in de diverse contexten, met name thuis, op school en in de vrije tijd en hoe hij/zij zich voelt bij de dagelijkse gang van zaken in die contexten. Hierbij ligt de focus in de eerste plaats op het positieve, de wijze waarop de adolescent zijn rol opneemt als opgroeiende zoon/dochter van zijn ouders, in relatie met broers en zussen, met vrienden en kennissen (netwerk), als student op school, initiatieven neemt voor een aangename vrijetijd en waar de jongere steun en

kracht uit put. Vervolgens wordt er ruimte geboden voor vragen of zorgen bij de jongere. Het monitoren van de groei is een uitstekende gelegenheid om te polsen naar de perceptie van en tevredenheid over het eigen lichaamsbeeld.

Een voorbeeld, geenszins bedoeld om als vragenlijst te overlopen, wel ter inspiratie en leidraad:

'Dit moment is een gelegenheid om te zien hoe het met je gaat. We nemen daarom de tijd om eerst hierover te praten en je de gelegenheid te geven om vragen te stellen. Pas nadien gaan we over tot het onderzoek van je groei. Jij bepaalt mee waarover we het hebben. Op elk moment mag je me onderbreken en vragen stellen.'

School:

'Mag ik je vragen hoe het met je gaat op school?'

Mogelijke doorvragen, thema's zijn:

*'Wat vind je fijn/niet fijn op school?
Hoe loopt het met de vriendschappen op school?
Hoe loopt het studeren en waarover ben je (on)tevreden (schoolresultaten)?
Hoe ervaar je de leerkrachten?
Bij wie kan je terecht op school als er een probleem is (vb. pesten)?'*

Vrije tijd:

*'Heb je vrije tijd?
Hoe vul je die in?
Heb je daar leuke vrienden?'*

Thuis:

*'Hoe gaat het met je thuis?
Hoe is de relatie met je ouders, broers, zussen?
Bij wie kan je terecht als je wil praten (in gezin of bredere familie of netwerk)?'*

Persoonlijke beleving:

*'Hoe voel je je in je vel?
Ben je tevreden over/met jezelf (incl. lichaamsbeeld)?'*

Tijdens het gesprek is men alert voor uitingen die relateren aan één of meer van vijf kernfactoren die verantwoordelijk geacht worden voor de ontwikkeling van eetpathologie:

1. **Preoccupatie met gewicht en lichaamsvormen**, zoals zorgen over gewicht en lichaamsvormen, preoccupatie met slankheid, verstoord lichaamsbeeld en lichaamsontevredenheid
2. **Negatief affect**, zoals depressieve klachten en angstklachten
3. **Problemen in het zelfbeeld**, zoals laag zelfbeeld, gevoelens van ineffectiviteit, en zelfbewustzijn als aversief ervaren
4. **Gebrekkige emotieregulatie** zoals stemmingsintolerantie, emotionele instabiliteit en emotioneel eten

5. **Interpersoonlijke problemen**, zoals sociale afhankelijkheid, problemen in het gezinsfunctioneren, (negatieve) reacties van de directe omgeving

De eerste twee factoren, preoccupatie met gewicht en lichaamsvormen en negatief affect, worden beschouwd als de **belangrijkste risicofactoren**. Andere factoren die weerhouden werden, en ook een rol spelen in het ontstaan van overgewicht, zijn o.m. gewichtsgerelateerd pestgedrag en lijnen.

Jongeren die herhaaldelijk en op verschillende manieren gepest zijn hebben last van sociale en emotionele problemen. Het is schadelijk voor hun zelfbeeld en zelfvertrouwen en heeft negatieve effecten op het vertrouwen in anderen. Kinderen met overgewicht lopen meer risico om gepest te worden. Pesten, al dan niet gewichtsgerelateerd, wordt gekoppeld aan een verhoogd risico op eetproblemen(7, 8). Een tweede aspect dat hieraan gerelateerd is, is stigmatisering. Kinderen (en volwassenen) met overgewicht worden sterk gestigmatiseerd. Deze stigma's (bv. lui, dom, gemakzuchtig...) zijn zeer sterk aanwezig, en leven zelfs bij hulpverleners en obese personen zelf(9, 10). Ze nemen deze stigma's dus op in hun zelfbeeld.

Lijnen kan eet- en gewichtsproblemen uitlokken. Het lichaam schakelt over op een lager energieverbruik bij lagere energie-inname, waardoor energie sneller opgeslagen wordt. Dit vormt een verklaring voor gewichtsschommelingen (jojo-effect)(11). Ook kunnen eetbuien ontstaan, vanuit fysiologische tekorten, maar ook vanuit een gevoel van deprivatie. Aspecten die het lijngedrag doen ontaarden zijn onder meer de rigiditeit van het gedachtepatroon rond eten: alles- of niets denken, zwart-wit denken rond 'gezond' en 'ongezond' voedsel, strenge dieetregels. Dit creëert gevoelens van deprivatie en vroeg of laat faalt de zelfregulatie binnen dit strikte denken. Daartegenover staat een meer flexibele, gematigde houding waarbij bepaald voedsel in minder grote hoeveelheid gegeten wordt, zonder deze van het menu te schrappen, en waarbij realistische doelen gesteld worden. Dit is vergelijkbaar met wat men ziet binnen de behandeling van overgewicht en obesitas d.m.v. een gezonde leefstijl of eventueel een energiebeperkt dieet, waarvan onderzoek toont dat het gepaard gaat met minder risico op eetbuien(12).

Tabel 3. *Samenvattende tabel risicofactoren*

	Factor	Voorbeelden
Demografische en contextfactoren	Cultureel slankheidsideaal	Slank zijn wordt in de Westerse wereld geassocieerd met schoonheid en succes, terwijl obesitas met <i>negatieve stigma's</i> zoals weinig zelfcontrole geassocieerd wordt
	Jonge vrouwen	Eetstoornissen komen het vaakst voor bij adolescenten en jongvolwassen vrouwen
	Topsporters	Eetstoornissen komen vaker voor binnen esthetische sporten, sporten met gewichtsklasse en duursporten
Biologische factoren	Body Mass Index (BMI)	<ul style="list-style-type: none"> • Hoog lichaamsgewicht • Fluctuaties in het gewicht • Kinderobesitas

	Biogenetische predispositie	Familiale achtergrond in eetstoornissen, stemmingsstoornissen of angststoornissen
	Voedings- en spijsverteringsproblemen in de kindertijd	<ul style="list-style-type: none"> • (Ouderlijke perceptie van) te weinig eten in de late kindertijd • De combinatie van een kwetsbaar temperament en kieskeurig eetgedrag bij kinderen • Sondevoeding bij prematuriteit
	Diabetes type 1	Eetstoornissen komen vaker voor bij personen met diabetes type 1
Psychologische en gedragsfactoren	Preoccupatie met gewicht en lichaamsvormen	<ul style="list-style-type: none"> • Zich overmatig zorgen maken over het gewicht en de lichaamsvormen • Een verstoord lichaamsbeeld hebben • Lichaamsontevredenheid • Angst om zich aan anderen te tonen • Schaamte over zijn/haar lichaam
Psychologische en gedragsfactoren (vervolg)	Verminderd zelfvertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> • Laag zelfbeeld • Gevoelens van incompetentie • Aversieve houding ten opzichte van zichzelf • Weinig geloof in zichzelf
	Problemen in de emotieregulatie	<ul style="list-style-type: none"> • Stemmingsintolerantie • Emotionele spanning • Emotionele disregulatie • Emotionele vermijding • Emotioneel eten • Emotionele instabiliteit
	Negatief affect	<ul style="list-style-type: none"> • Depressie • Gevoeligheid voor negatief affect • Sombere stemming • Laag psychologisch welbevinden
	Perfectionisme en angstgevoeligheid	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitieve rigiditeit • Zelfkritische houding • Zichzelf hoge eisen stellen • Angst
	Impulsiviteit	<ul style="list-style-type: none"> • Link met eetbuien en met purgeergedrag • Sterke gerichtheid op beloning
	Cognitieve factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Negatieve automatische gedachten • Pro-anorectische overtuigingen • Negatieve overtuigingen omtrent voeding (zoals "Ik zal er dik van worden")

		<ul style="list-style-type: none"> • Positieve overtuigingen omtrent eten als emotieregulatiestrategie (zoals: "Een eetbui zal mijn pijnlijke emoties verzachten")
Psychologische en gedragsfactoren (vervolg)	Lijnen	<ul style="list-style-type: none"> • Ongezonde gedragingen om het gewicht onder controle te houden • Lijngerichte eetstijl (zoals zwart-witdenken over gezonde en ongezonde voeding, maaltijden overslaan)
	Beperkt lichaamsbewustzijn	Beperkt contact met lichamelijke signalen en noden
	Zelfobjectivering	Het lichaam regelmatig controleren op onvolmaaktheden
Sociale factoren	Interpersoonlijke problemen	<ul style="list-style-type: none"> • Problemen in het gezinsfunctioneren • Gebrek aan verbondenheid van het gezin • Beperkte autonomieondersteuning binnen het gezin • Negatieve reacties van de (naaste) omgeving, bv. kritiek, pesterijen • Gebrek aan sociale steun • Subjectief gevoel van niet aanvaard te worden door anderen (als persoon, op vlak van lichaamsvormen)
	Externe druk	Druk om aan het slankheidsideaal te voldoen (vanuit familie, leeftijdsgenoten, media) bv. druk om te lijnen, familiale gewichtsnormen, (gewichtsgelateerde) pesterijen
	Sociale vergelijking	<ul style="list-style-type: none"> • Zich vergelijken met anderen • Gewicht en lichaamsvormen vergelijken met anderen • Blootstelling aan en interesse in modeblaadjes en sociale media die het slankheidsideaal weerspiegelen
Ontwikkelingsfactoren	Negatieve opvoedingservaringen of life-events	<ul style="list-style-type: none"> • Misbruik en mishandeling • Psychologische controle in de ouder-kind-relatie
	Ontwikkelingsproblemen	<ul style="list-style-type: none"> • ASS • ADHD

Als er één of meer risicofactoren of signalen aanwezig zijn, kan dit gelegenheid zijn om de vragen van de ESP (13) voor te leggen aan de jongere:

- Ben je tevreden met je eetgewoonten?
- Eet je wel eens in het geheim?
- Heeft je gewicht invloed op hoe je je voelt?
- Heb jij nu, of heb je ooit geleden aan een eetstoornis?

Aanwezige risicofactoren worden afgewogen aan de beschermende factoren en de gepercipieerde nood aan een vervolcontact wordt met de leerling gesproken.

Verdiepende informatie

- Voor risico- en beschermende factoren van eet- en gewichtsproblemen, klik [hier](#).

Hulpmiddelen

- Checklist voor symptoominventarisatie, klik [hier](#).
- Overzicht van risico- en beschermende factoren en handvatten voor preventie, klik [hier](#).

4 Richtlijnen voor tijdige detectie van gewichtsproblemen

De aanbevelingen en overeenkomstige beslismomen zijn zo opgesteld dat het subsidiariteitsprincipe, zo gewenst, maximaal kan worden toegepast op de taakverdeling tussen verpleegkundigen en artsen, conform de regelgeving over de toewijzing van medische handelingen aan de respectieve beroepsgroepen.

4.1 CRITERIA VOOR OVERGEWICHT EN OBESITAS

4.1.1 Kinderen jonger of gelijk aan 9 jaar

Voor meisje en jongens tot en met 9 jaar wordt het criterium voor overgewicht en obesitas aangegeven door de gewichtsindex (= percentage overgewicht).

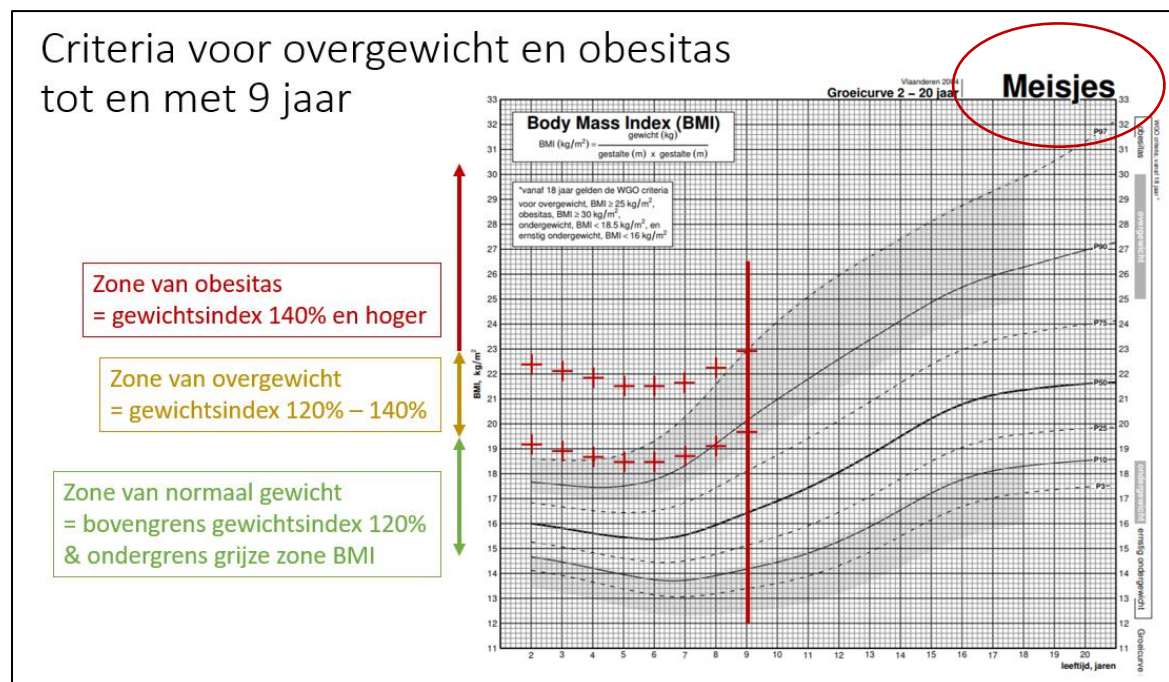
$$\text{Gewichtsindex} = (\text{actuele BMI} / \text{p50 BMI}) \times 100$$

Tabel 4: Definitie van overgewicht/obesitas bij kinderen (≤ 9 jaar) volgens gewichtsindex

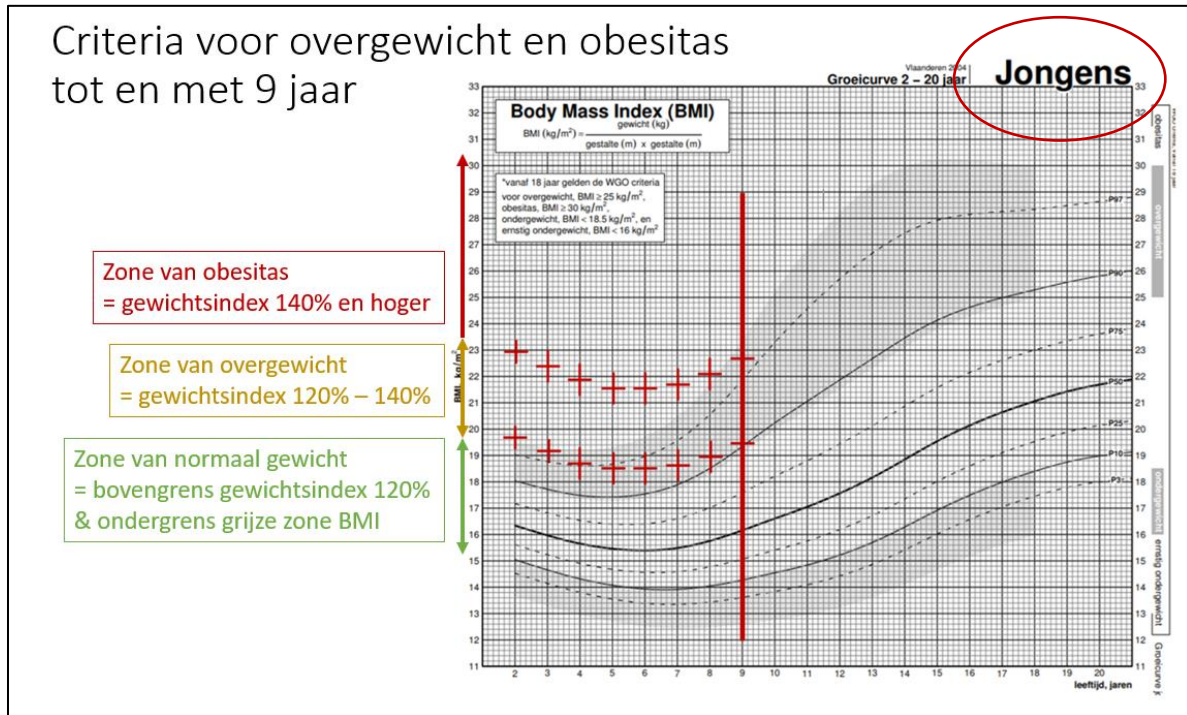
140 – hoger %	obesitas
120 – 140 %	overgewicht
120 % tot grens met de onderste grijze BMI zone*	normaal gewicht

*De grenzen van de normale variatie voor gewicht worden voor de bovengrens uitgedrukt in de gewichtsindex, de ondergrens in BMI, met name de bovengrens van de lage grijze zone.

Op de BMI-curve ziet het er als volgt uit:



Figuur 3: zones van normaal gewicht, overgewicht en obesitas volgens de gewichtsindex, geplot op de BMI-curve voor meisjes tot en met 9 jaar.



Figuur 4: zones van normaal gewicht, overgewicht en obesitas volgens de gewichtsindex, geplot op de BMI-curve voor jongens tot en met 9 jaar.

Wanneer de gestalte en het gewicht worden geregistreerd in LARS, zal de BMI automatisch worden berekend en geplot op de BMI-curve. Tot zover verandert er niets voor de CLB-medewerker. Voor kinderen jongere dan 9 wordt het BMI-plotpunt getoetst aan de grenswaarden van de gewichtsindex die voor een vlotte beoordeling op de BMI-curven worden aangegeven.

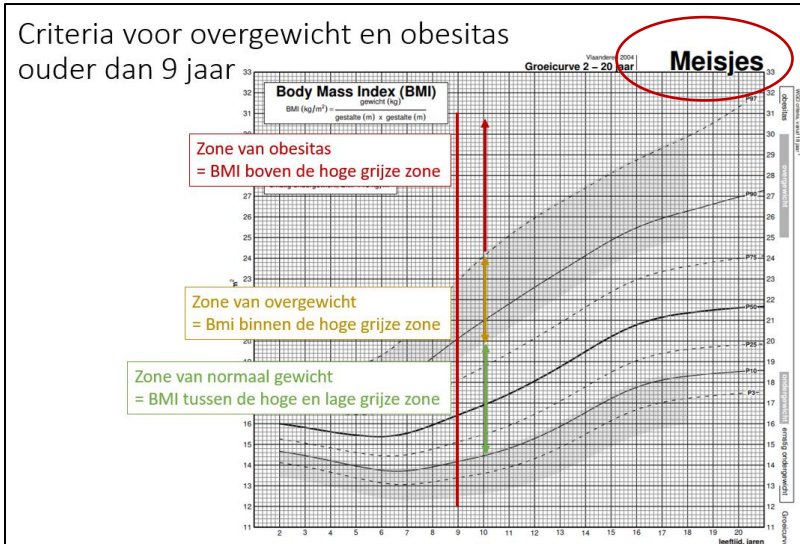
4.1.2 Kinderen ouder dan 9 jaar

Voor meisjes en jongens ouder dan 9 jaar blijven de criteria onveranderd. Zij worden op de onderstaande figuren aangegeven om de BMI-curven voor jongens en meisjes.

Tabel 5: Definitie van overgewicht/obesitas bij kinderen (> 9 jaar) volgens BMI

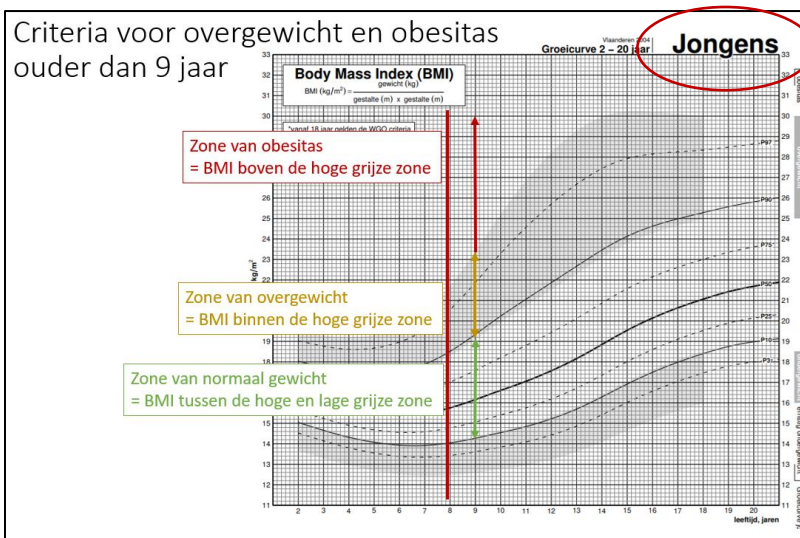
De BMI-waarden boven de hoge grijze zone	obesitas
De BMI-waarden binnen de hoge grijze zone	overgewicht
De BMI-waarden tussen de hoge en lage grijze zone	normaal gewicht

Criteria voor overgewicht en obesitas
ouder dan 9 jaar



Figuur 5: criteria voor normaal gewicht, overgewicht en obesitas voor meisjes ouder dan 9 jaar.

Criteria voor overgewicht en obesitas
ouder dan 9 jaar



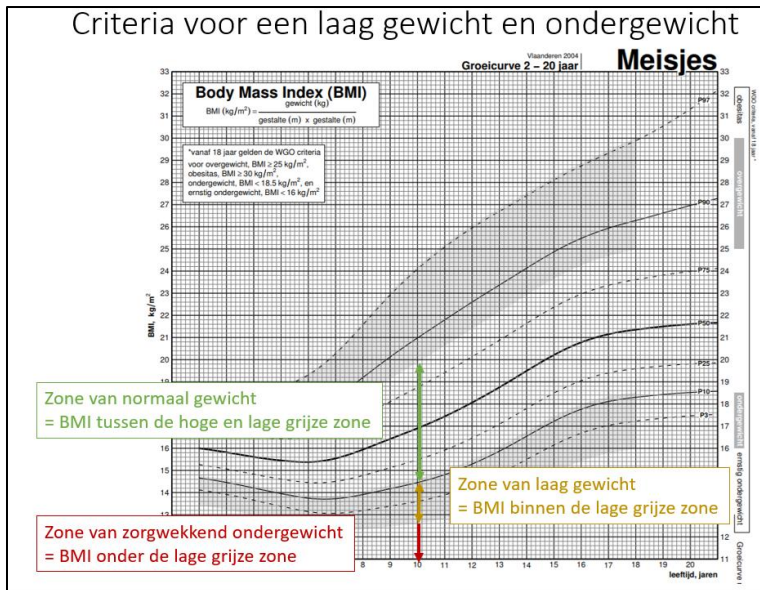
Figuur 6: criteria voor normaal gewicht, overgewicht en obesitas voor jongens ouder dan 9 jaar.

4.2 CRITERIA VOOR ONDERGEWICHT

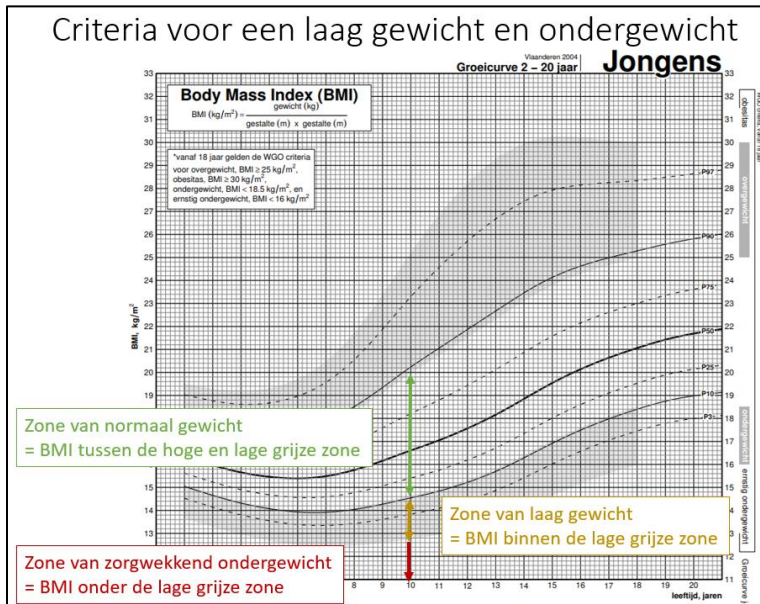
We maken onderscheid tussen een laag gewicht (vroeg als ondergewicht omschreven) en zorgwekkend ondergewicht (vroeger ernstig ondergewicht). Deze nieuwe term beschrijft beter de werkelijkheid en het klinische belang.

Tabel 6: Definitie van laag gewicht en zorgwekkend ondergewicht volgens BMI

De BMI-waarden binnen de lage grijze zone	Laag gewicht
De BMI-waarden onder de lage grijze zone	Zorgwekkend ondergewicht



Figuur 7: criteria voor normaal gewicht, laag gewicht en zorgwekkend ondergewicht voor meisjes



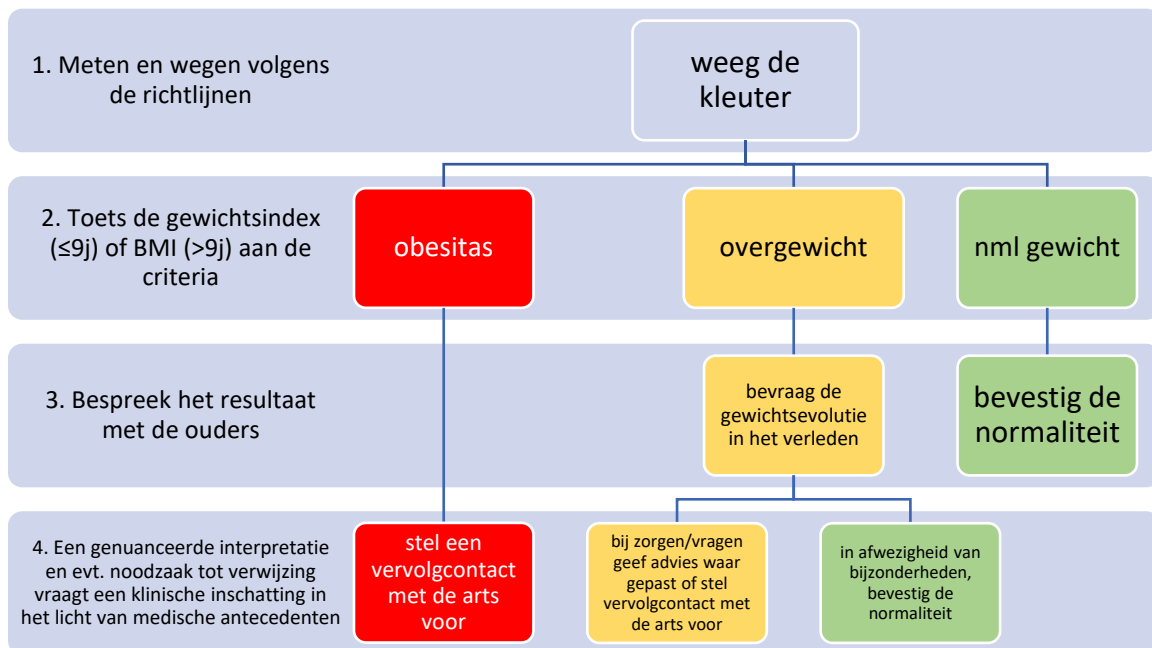
Figuur 8: criteria voor normaal gewicht, laag gewicht en zorgwekkend ondergewicht voor jongens

4.3 CONCRETE RICHTLIJNEN PER SYSTEMATISCH CONTACTMOMENT

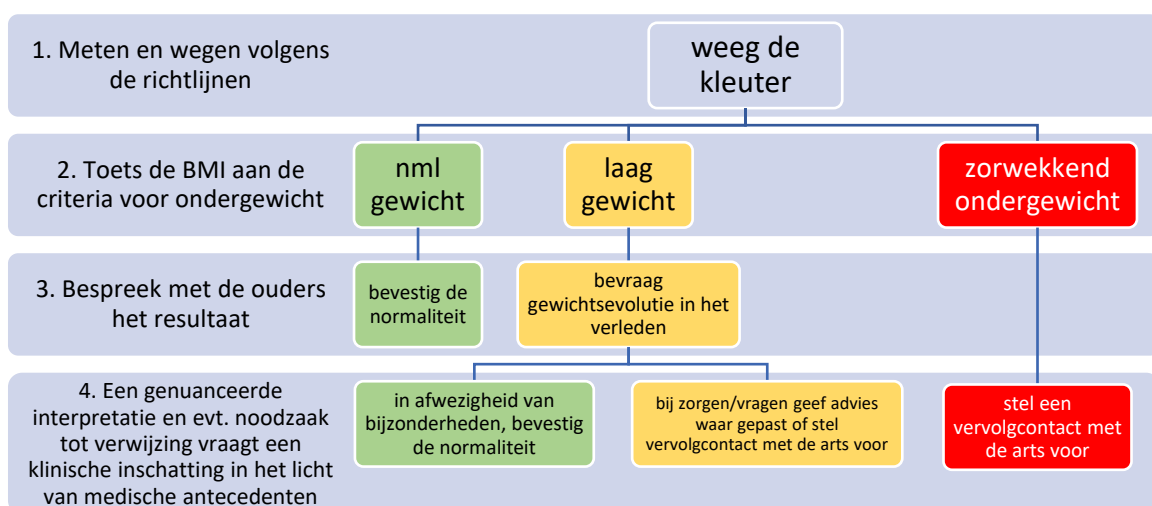
4.3.1 Kinderen van 3 jaar of van de eerste kleuterklas (of het eerste contact bij nieuwe instromers)

Doelstelling:

- monitoring groei (gestalte en gewicht)
- detectie van een probleem met het gewicht



Figuur 9: beslisboom een probleem van overgewicht/obesitas voor de jongste kleuters of een eerste contact voor nieuwe instromers (K1-L4)



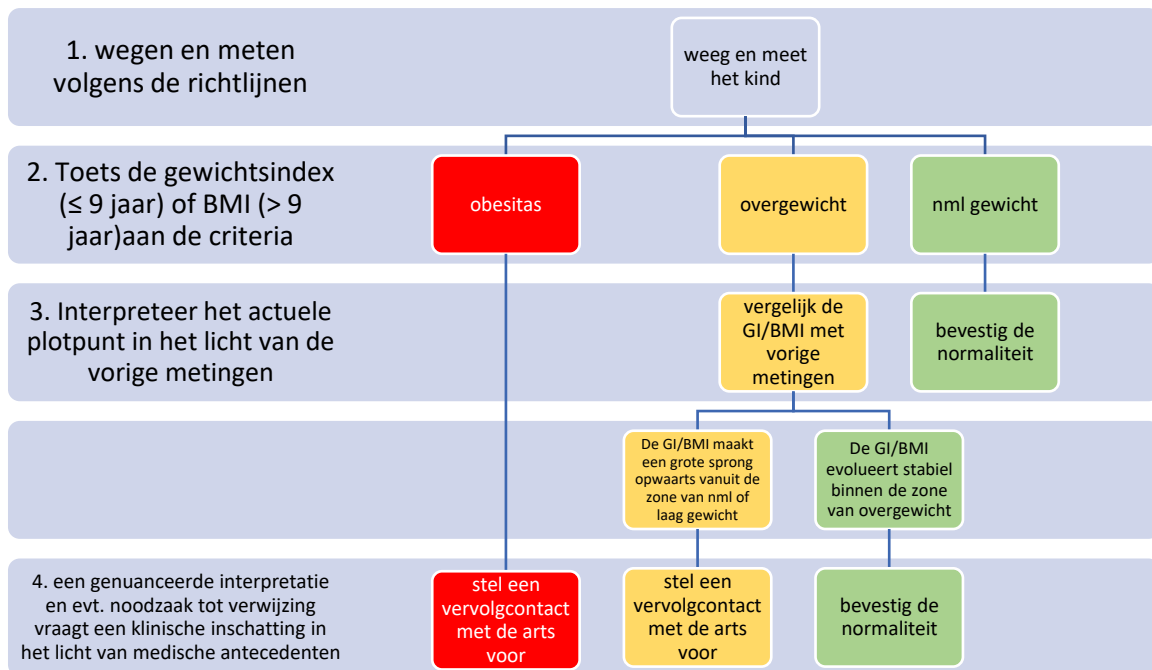
Figuur 10: beslisboom een probleem van (te)laag gewicht voor de jongste kleuters of een eerste contact voor nieuwe instromers (K1-L4)

1. Meten en wegen volgens richtlijn: raadpleeg [technieken voor wegen en meten](#).
2. Na registratie van gestalte en gewicht wordt de gewichtsindex berekend. Toets de waarde van de gewichtsindex/BMI aan de criteria voor obesitas, overgewicht, laag gewicht en zorgwekkend ondergewicht.
3. Bespreek het resultaat met de ouders. Sta eerst stil bij hun bedenkingen. Wat denken zij ervan? Is het een verrassing? Welke duiding geven zij erbij? Welke vragen hebben zij erover?
→ Let op! Een normaal gewicht is niet hetzelfde als een gezond gewicht. Overgewicht of een laag gewicht kunnen perfect samengaan met een gezond voedings- en eetgedrag. Een stabiele evolutie van gewicht in deze zones behoeft geen bijzondere zorg. In afwezigheid van vragen van ouders is nazorg niet nodig. Zo gewenst kan eenvoudig advies volstaan.
4. Om een gepast beleid voor obesitas/ zorgwekkend ondergewicht te kunnen adviseren, is méér informatie nodig over de attributies van de ouders, eerdere adviezen of interventies, het resultaat van die interventies, hun kennis, inzichten en wens tot aanpak, medische en familiale antecedenten en klinische gegevens. Dit verzamelen, een klinische inschatting maken en de wenselijkheid van een verwijzing bespreken is een opdracht die méér tijd vraagt dan mogelijk is tijdens een systematisch contact en aan de CLB-arts toekomt in een vervolcontact. Deze mogelijkheid wordt voorgesteld en besproken tijdens het systematisch contact, waarbij het ouders vrij staat om hier al dan niet op in te gaan, binnen een korte of langere termijn. Ouders kunnen steeds weer contact opnemen met het CLB indien ze dit wensen.

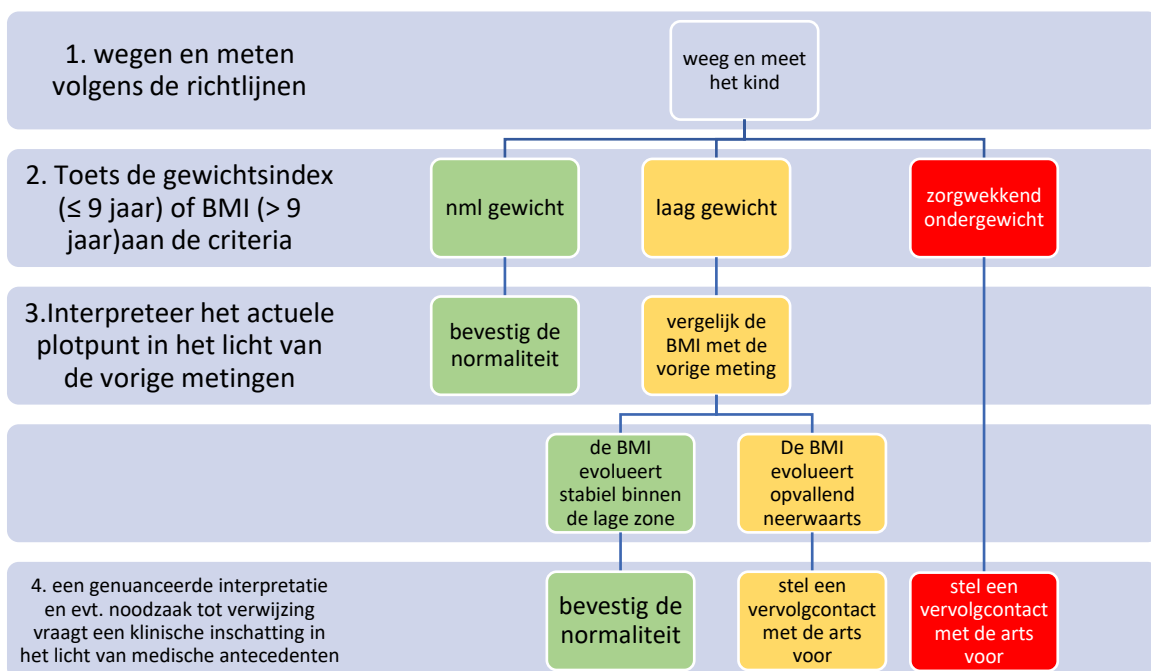
4.3.2 Kinderen van de lagere school (1^{ste} leerjaar/6 jaar, 4^e leerjaar/9 jaar, 6^e leerjaar/11 jaar)

Doelstelling:

- monitoring groei (gestalte en gewicht)
- detectie van een probleem met het gewicht



Figuur 11: beslisboom bij een probleem van overgewicht/obesitas voor de klasjaren en overeenkomstige leeftijden L1 tot en met L6.



Figuur 12: beslisboom bij een probleem van een (te)laag gewicht voor de klasjaren en overeenkomstige leeftijden L1 tot en met L6.

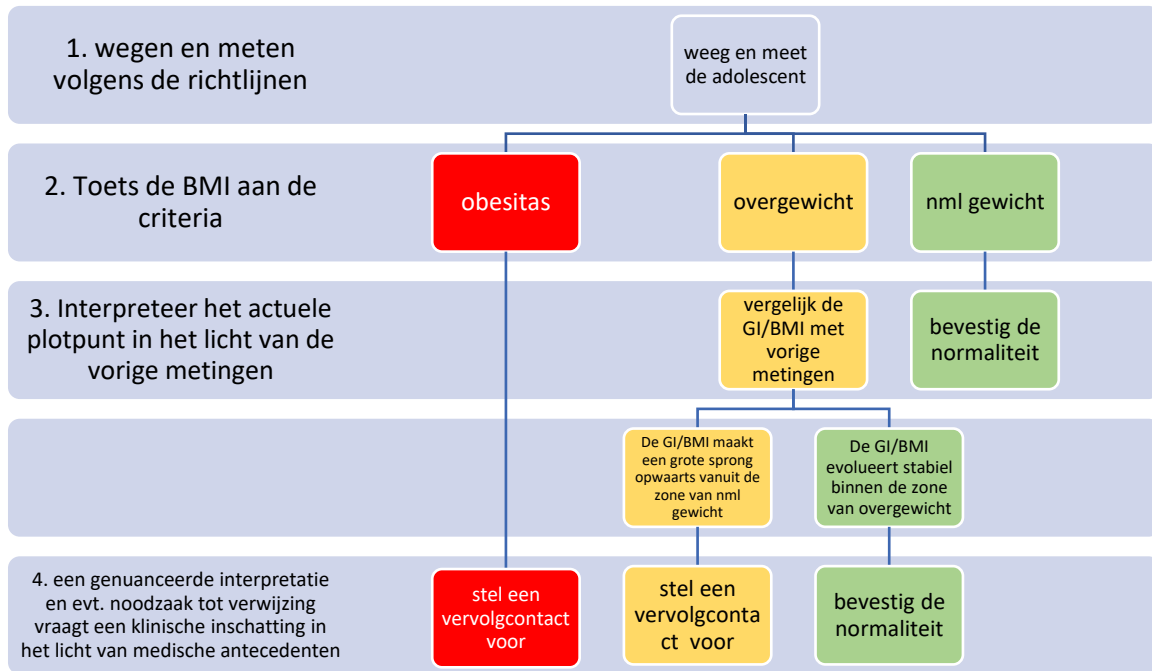
met L6.

1. Meten en wegen volgens richtlijn: raadpleeg [technieken voor wegen en meten](#). Weeg en meet kinderen in hun turnpak.
2. Na registratie van gestalte en gewicht wordt de gewichtsindex berekend voor kinderen tot en met de leeftijd van 9 jaar, of de BMI vanaf 9 jaar 1 maand. Toets de waarde van de gewichtsindex/BMI aan de criteria voor obesitas, overgewicht, laag gewicht, zorgwekkend ondergewicht en voorgaande meetwaarden.
3. Een normaal gewicht is niet hetzelfde als een gezond gewicht. Overgewicht of een laag gewicht kan perfect samengaan met een gezond voedings- en eetgedrag. Een stabiele evolutie van gewicht in deze zones behoeft geen bijzondere zorg. **Een gewichtstoename die aandacht vraagt**, is een BMI-waarde of gewichtsindex die van de zone van laag gewicht of normaal gewicht opvallend stijgt naar de zone van overgewicht. Lagere schoolkinderen groeien en een verlies aan gewicht wordt niet verwacht. **Elke daling op de BMI-curve** van de zone van overgewicht naar normaal gewicht of van de zone van normaal gewicht naar laag gewicht of ondergewicht vraagt aandacht. Dit hoeft niet meteen problematisch te zijn. Een kind met (ernstige) obesitas kan onder begeleiding gewicht verliezen. Wees echter voorzichtig in je communicatie en vraag eerst naar het hoe en waarom van het gewichtsverlies en de lichaamsbeleving hierbij. Richt aanmoediging en complimentjes op het gezonde gedrag en de leefstijl en niet op het uiterlijke ('wat zie je er nu goed uit'). Op die manier bekrachtig je niet een ongezonde levensstijl en geef je ook geen verdoken boodschap dat overgewicht lelijk is
4. Om een gepast beleid voor obesitas/ zorgwekkend ondergewicht / een zorgwekkende toename of verlies aan gewicht te kunnen adviseren, is méér informatie nodig van de ouders: de attributies van de ouders, eerdere adviezen of interventies, het resultaat van die interventies, hun kennis, inzichten en wens tot aanpak, medische en familiale antecedenten en klinische gegevens. Dit verzamelen, een klinische inschatting maken en de wenselijkheid van een verwijzing bespreken is een opdracht die méér tijd vraagt dan mogelijk is tijdens een systematisch contact en aan de CLB-arts toekomt in een vervolgcontact. Omdat ouders doorgaans niet aanwezig zijn tijdens deze contactmomenten wordt dit schriftelijk (via de resultaatbrief) of mondeling (telefonisch) voorgesteld en toegelicht. Ouders zijn vrij om hier al dan niet op in te gaan, binnen een korte of langere termijn, of om meteen hun behandelende arts te raadplegen. In dit laatste geval zal een gepaste verwijsbrief worden opgesteld. Ouders kunnen steeds weer contact opnemen met het CLB indien ze dit wensen.

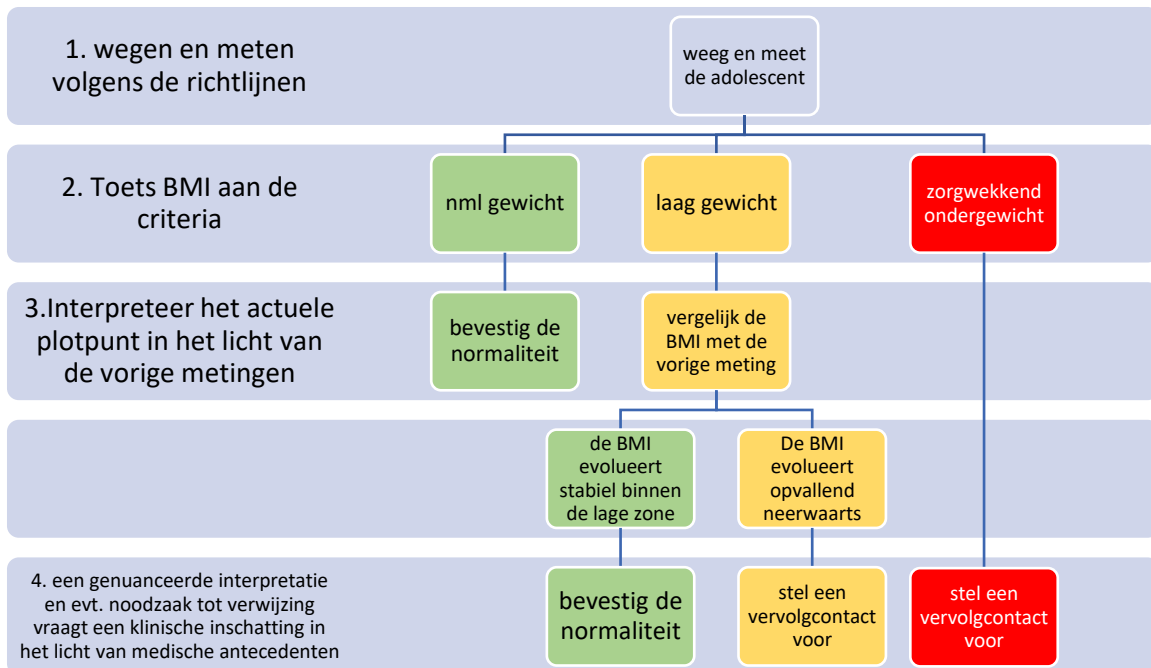
4.3.3 Jongeren van 14 jaar of het 3e secundair

Doelstelling:

- monitoring groei (gestalte, gewicht, puberteit)
- detectie van een probleem met het gewicht



Figuur 13: beslisboom bij een probleem van overgewicht/obesitas voor de het derde secundair en de overeenkomstige leeftijd



Figuur 14: beslisboom bij een probleem van een (te)laag gewicht voor het derde secundair en overeenkomstige leeftijd

1. Meten en wegen volgens richtlijn: raadpleeg [technieken voor wegen en meten](#). Wees attentvol tijdens het onderzoek en de bespreking van de resultaten en blijf alert voor signalen van eventuele lichaamsontevredenheid, negatief affect, lijngedrag die mogelijk verband houden met een eetprobleem of stoornis.
2. Na registratie van gestalte en gewicht wordt de BMI berekend en geplot. Het plotpunt wordt getoetst aan de criteria voor obesitas, overgewicht, laag gewicht, zorgwekkend ondergewicht en voorgaande metingen.
3. Een normaal gewicht is niet hetzelfde als een gezond gewicht. Overgewicht of een laag gewicht kan perfect samengaan met een gezond voedings- en eetgedrag. Een stabiele evolutie van gewicht in deze zones behoeft geen bijzondere zorg. Gezien de ontwikkelfase van de adolescentie, gekenmerkt door belangrijke lichamelijke -, emotionele -, sociale - en persoonlijkheidsontwikkeling, is het aan te bevelen dat de professional vanuit een [normaliserend perspectief](#) toelichting geeft bij de resultaten van het onderzoek.
4. Om een gepast beleid voor obesitas/ zorgwekkend ondergewicht / een zorgwekkende toename of verlies aan gewicht te kunnen adviseren, is méér informatie nodig van de adolescent: zijn/haar attributies, de emotionele en sociale impact, eerdere adviezen of interventies, het resultaat van die interventies, kennis, inzichten en wens tot aanpak (motivatie), medische en familiale antecedenten en klinische gegevens. Dit alles verzamelen, een klinische inschatting maken en de wenselijkheid van een verwijzing bespreken vraagt de nodige tijd in een vervolcontact. De adolescent is vrij om hier al dan niet op in te gaan, binnen een korte of langere termijn, of om meteen de behandelende arts te raadplegen. In dit laatste geval zal een gepaste verwijsbrief worden opgesteld. De jongere kan steeds weer contact opnemen met het CLB indien gewenst. De betrokkenheid van de ouders in de vervolcontacten zal met de adolescent worden besproken.

Referenties

1. 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.
2. Murakami JM, Essayli JH, Latner JD. The relative stigmatization of eating disorders and obesity in males and females. *Appetite*. 2016;102:77-82.
3. Puhl R, Suh Y. Stigma and eating and weight disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2015;17.
4. 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.
5. Van Weeghel J, Pijnenborg M, van 't Veer J, Kienhorst Gr. *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Coutinho; 2016.
6. Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic obesity/weight-based stigma model. *Appetite*. 2014;82:8-15.
7. Bakalar JL, Shank LM, Vannucci A, Radin RM, Tanofsky-Kraff M. Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2015(17):41-50.
8. Day J, ..., Eisler I. Risk factors, correlates, and markers in early-onset bulimia nervosa and EDNOS. *Int J Eat Disord* 2011. 2011;44:287-94.
9. Latner JD, Stunkard AJ. Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity Research*. 2003;11:452-6.
10. Schwartz MB, O'Neal H, Brownell KD, Blair S, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*. 2003;11:1033-9.
11. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Standish AR. Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in Body Mass Index. *Journal of Adolescent Health* 2012;50:80-6.
12. Schaumberg K, Anderson DA, Anderson LM, Reilly EE, Gorrell S. Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology. *Clinical Obesity*. 2016;6:89-100.
13. Cotton M-A, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *Journal of general internal medicine*. 2003;18(1):53-6.