

ZOL erkend als obesitas-centrum voor kinderen

In ons land werden 21 Pediatrische Multidisciplinaire Obesitascentra (PMOC) opgericht. Ook ZOL kreeg een erkenning. Het voordeel is dat we kinderen met obesitas nu veel intensiever en multidisciplinair zullen kunnen opvolgen, zegt dr. Nele Reynaert, kinderendocrinoloog in ZOL. Studies wijzen uit dat die aanpak tot betere resultaten leidt.



Kinderartsen: Dr. Nele Reynaert, dr. Anne Geurden en dr. Deepanjali Custers; PMOC-coördinator: Sophie Breemans; Diëtisten: Maude Guypen en Nele Huls; Kinesitherapeuten: Lize Meyers en Dorian Coninx; Psychologen: Ann Schoofs en Ibtissam El Allaoui; Sociaal werker: Petra Van Laerhoven

"In ZOL komen nu een 150-tal kinderen per jaar naar de raadpleging Pediatrie voor een gewichtsprobleem", zegt dr. Reynaert. "Daarnaast heb je ook kinderen die voor een andere reden komen, maar die eigenlijk ook wel met overgewicht of obesitas kampen."

Brengt u dat overgewicht dan ter sprake?

"Ik doe dit de laatste tijd meer en meer, maar dit moet toch met de nodige voorzichtigheid gebeuren. Zeker bij jonge tienermeisjes is het soms een heikel punt omdat je ze niet in een eetstoornis wilt duwen. Sommige meisjes zijn daar gevoelig voor. Bij overgewicht merk ik dan op dat ze wat zwaarder zijn, maar ik zeg zeker niet dat ze op dieet moeten gaan. Wel dat ze moeten opletten met ongezonde voeding en dat ze meer moeten bewegen (fietsen, wandelen) of eventueel een sport moeten zoeken."

Zijn er ook veel jonge kinderen met overgewicht?

"De kinderen worden eigenlijk steeds jonger. En we zien dat ze steeds zwaarder worden naarmate ze ouder worden."

Vroeger zeiden ze dat het overgewicht er wel uit groeit.

"Nee, het groeit er niet uit. Dat is een misvatting. Veel mensen denken dat kinderen slanker worden als ze in de puberteit komen. Maar dat is niet zo. Dat gebeurt pas als ze ook hun levensstijl en voeding aanpassen, omdat dit ervoor zorgt dat hun gewicht stabiliseert terwijl ze groeien."

Wat is volgens u de oorzaak van het feit dat er meer en meer overgewicht is bij de kinderen?

"Ik denk dat er heel veel verschillende oorzaken zijn, maar het is vooral onze veranderde levensstijl. We hebben het heel goed in België en er is heel veel voeding ter beschikking. Maar ook heel veel ongezonde voeding, fastfoodketens en dergelijke meer. Door het drukke leven in het gezin gaat men ook vaker eten afhalen of uit eten. Komt daarbij dat onze jongeren minder bewegen door de komst van sociale media, computer, iPad, gsm."

"Er is dus een onevenwicht tussen wat ze eten en hoeveel ze bewegen of verbruiken. Dat wil niet zeggen dat er ook geen onderliggend medisch probleem kan zijn, alhoewel dit uiterst zeldzaam is. Sommige kinderen hebben een syndromale



“Je moet heel de familie mee betrekken in het traject. Want het zijn de mama of papa en de oma of opa die koken voor het kind. Als zij niet het goede voorbeeld geven en geen gezonde voeding klaarmaken, blijft het heel erg moeilijk.” - dr. Nele Reynaert, endocrinoloog

aandoening met een genetische voorbeschiktheid om zwaarder te worden. Maar die syndromen hebben ook bijkomende kenmerken van bijvoorbeeld ontwikkelingsvertraging, waardoor je ze er meestal vanaf de geboorte uithaalt. Zoals bijvoorbeeld het syndroom van Prader-Willi. Op jonge leeftijd willen deze kinderen niet eten. En dan schakelt het zich ineens om en dan blijven ze eten en eten. Door een genetische fout hebben ze een onstilbare honger en nooit een verzadigingsgevoel. Als ze kunnen, zoeken ze zelfs eten in vuilnisbakken. Het is belangrijk dat de ouders van deze kinderen heel streng zijn wat betreft hun eten.”

Overgewicht is dus meestal het gevolg van een disbalans tussen wat je eet en hoeveel je verbruikt?

“Zo eenvoudig is het niet. En bestaat wel degelijk een soort van verhoogde gevoeligheid om zwaarlijvig te worden. Dat is dan wat we polygenetisch noemen, waarbij verschillende soorten genen een combinatie geven die zorgen voor een minder goed metabolisme.”

Is zwaarlijvigheid iets dat van generatie op generatie wordt doorgegeven?

Ouders die een combinatie van genen hebben die hen zwaarlijvig maakt, kunnen dit geheel of gedeeltelijk doorgeven aan hun kinderen. En tevens is het milieu waarin het kind opgroeit ook belangrijk. Indien ouders een minder gezonde levensstijl hebben, dan wordt dit ook zo aangeleerd aan hun kinderen.”

Ik lees overal dat de eerste duizend dagen belangrijk zijn voor het kind?

“Ja, dat klopt. De eerste duizend dagen vanaf de conceptie. De zwangere moet gezond en evenwichtig eten. Maar ook daarna is het belangrijk om het kind te leren wat goede voeding en voldoende beweging zijn. Dit om obesitas te voorkomen en het risico erop te verminderen.”

Om toegelaten te worden tot de conventie wordt niet alleen naar het gewicht van het kind gekeken?

“Het gewicht zegt iets, maar ook niet alles. In de conventie werken we met de EOSS-P-classificatie (Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics). Deze classificatie schat het gezondheidsrisico in op vier gebieden: metabool/medisch, mechanisch, mentaal en milieu.”

“We kijken in de conventie dus ook naar de gevolgen van het overgewicht. Ja, soms zie je de gevolgen al in het bloed, zoals bijvoorbeeld een hoge cholesterol, maar gelukkig komt dit bij kinderen niet zoveel voor. Wat je wel al veel ziet zijn de gevolgen van de zwaarlijvigheid op psychisch vlak, zoals bij gepest worden, zich minder goed voelen in hun lichaam of een laag zelfbeeld hebben.”

Sociaal milieu wordt mee gescoord bij de bepaling om kinderen al dan niet op te nemen in de conventie?

“Het gaat hierbij over moeilijkheden met de omgeving, ruzies met de ouders of conflictsituaties thuis. Of ouders met financiële problemen, die ziek zijn, zelf mentale problemen of onvoldoende draagkracht hebben waardoor ze het kind niet of onvoldoende kunnen ondersteunen.”

“Als je deze kinderen naar de ambulante zorg stuurt, zullen ze er waarschijnlijk nooit geraken omdat hun ouders dat niet georganiseerd of gemanaged krijgen. Door het sociale mee te scoren, kunnen we ze wel een kans geven om aan hun zwaarlijvigheid te werken. We weten dat kinderen die in een moeilijke





Dr. Deepanjali Custers, dr. Nele Reynaert en dr. Anne Geurden

sociale situatie zitten en niet begeleid worden, meestal obees zullen blijven."

Wat gaat er veranderen nu jullie de PMOC-erkenning hebben?

"Tot nu toe konden we onze patiënten enkel sturen naar een ambulante diëtist, kinesist en/of psycholoog. Deze gaan opzoeken is een hele drempel voor het kind en de ouders, samen met de kost die ermee gepaard gaat."

"De patiënten die in de conventie komen, kunnen we intensief in het ziekenhuis opvolgen. En de diëtist, psycholoog en kinesist zijn gratis voor hen. Ze komen terecht in een traject met 12 contacten op een jaar en een multidisciplinaire evaluatie om de drie maanden. Met de diëtist leren ze wat

gezonde voeding is, met de kinesist zoeken ze uit welke sport ze leuk vinden, al dan niet in clubverband, en met de psycholoog werken ze aan hun zelfbeeld of gaan ze op zoek naar de triggers waarom ze soms hervallen. Een raadpleging bij de arts is er om de zes maanden."

Ouders zijn erg belangrijk in dit traject. Zij staan immers in voor de voeding van het kind?

"Ja inderdaad, je moet heel de familie mee betrekken, want het zijn de mama of papa en de oma of opa die koken voor het kind. Als zij niet het goede voorbeeld geven en geen gezonde voeding klaarmaken, blijft het heel erg moeilijk."

"Je hebt kinderen, en dat is heel spijtig, die echt goed hun best doen, veel bewegen en waarvan je merkt dat de ouders erg opletten, die toch heel moeilijk vermageren. Dat heeft dan weer te maken met een soort van 'setpoint' van het lichaam. Dit betekent dat het lichaam altijd terug wil naar het hoogste gewicht dat het ooit gehad heeft. En dat maakt de behandeling van obesitas heel, heel moeilijk."

"Vandaar het belang van de 'duizend dagen' en van preventie. Want eens je zwaarlijvig bent,

is het immens moeilijk om terug naar een gezond gewicht te gaan en dit ook te houden."

Als arts staat u vooral in voor de medische opvolging?

"Ja, en als er geen pathologie mee gepaard gaat, is deze rol eigenlijk heel beperkt. Onze rol als arts is vooral kijken of er een onderliggende pathologie is, de oorzaken van de zwaarlijvigheid achterhalen en onderzoeken of er al lichamelijke of andere gevolgen zijn. De tussentijdse controle is vooral een contactcontrole om te zien hoe het ermee gaat. En de afsluitende controle na één jaar is om te bepalen in welk stadium het kind op dat moment zit. Het is vooral het multidisciplinair, paramedisch team dat met de kinderen werkt en de problemen stap voor stap aanpakt."

"Enkel kinderen die aan alle voorwaarden voldoen, kunnen bij ons starten. In de conventie zullen ze opgevolgd worden door mezelf of door mijn collega's dr. Anne Geurden of dr. Deepanjali Custers. Ik heb het zorgtraject mee opgestart in ons ziekenhuis omdat hiervoor een kinderendocrinoloog vereist was, maar mijn agenda zit meer dan vol. Onze nieuwe collega dr. Anne Geurden zal zich dit jaar bijkomend specialiseren in obesitas bij kinderen en het zorgtraject in de toekomst begeleiden."

Hoeveel kinderen kunnen jullie opnemen in het zorgtraject?

"Het is de bedoeling om op één jaar tijd 100 kinderen in de conventie te



“Het is belangrijk om kinderen te leren wat goede voeding en voldoende beweging zijn. Dit om obesitas te voorkomen en het risico erop te verminderen.” - dr. Nele Reynaert, endocrinoloog

includeren. De overheid vraagt om na 2 tot 3 jaar minstens 200 kinderen in de conventie op te nemen.”

“Ik vind dat heel veel, maar als je weet dat we in Limburg het hoogste percentage kinderen met obesitas van Vlaanderen hebben dan is 200 kinderen waarschijnlijk maar het topje van de ijsberg. Maar het is natuurlijk zo dat niet ieder kind met obesitas in de classificatie past of in de conventie moet opgenomen worden. Kinderen met obesitas die goed ondersteund worden door ouders en hun omgeving, kunnen opgevolgd worden via de eerste lijn bij de huisarts of algemeen kinderarts.”

Wie bepaalt welke kinderen er opgenomen worden in de conventie?

“De bepaling van het BMI en de inschaling met de screeningstool gebeurt door de huisarts of algemeen kinderarts. Deze arts dient hiervoor het screenings-/doorverwijsformulier van het PMOC te gebruiken.”

Jullie werken vanuit ZOL ook mee aan het programma 'Ik heb een maatje', dat aangeboden wordt vanuit de stad Genk. Is PMOC hieraan gelinkt?

“Nee, de programma's staan helemaal los van elkaar. 'Ik heb een maatje' is het programma van de eerste lijn dat vooral focust op preventie.”

“Het goede is dat we nu de conventie met een intensief behandelprogramma hebben voor kinderen met een complexere problematiek, bij wie

de zwaarlijvigheid al weegt op hun gezondheid of zij die in een moeilijke sociale situatie zitten.”

Hoe gaan jullie de huisartsen informeren?

“We hebben een online kick-off symposium georganiseerd maar de info om een kind te verwijzen staat ook op onze nieuwe website zol.be/kinderobesitas, die geleidelijk aan nog verder aangevuld zal worden. Op de website staat ons doorverwijsformulier, de uitleg wat de conventie inhoudt en hoe het zorgtraject eruit ziet.”

“Als ondersteuning bieden we daarnaast ook een opvolgtraject voor

de begeleiding van kinderen in de eerste lijn. En we beschikken over een netwerk van diëtisten voor kinderen. Anderzijds kunnen huisartsen ook altijd advies vragen aan de PMOC-arts voor het opstellen van een behandeltraject voor hun patiënt.” ■

*Het PMOC kan u contacteren via coördinator Sophie Breemans:
Telefoon: 089 32 76 25 (op di & wo);
E-mail: kinderobesitas@zol.be
Website: zol.be/kinderobesitas*

