



Addendum ernstige kinderobesitas bij de Zorgstandaard Obesitas

**Ketenzorg voor kinderen met een extreem verhoogd
gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en hun ouders**

Juli 2012

Jutka Halberstadt & Jaap Seidell

Colofon

Addendum ernstige kinderoberitas bij de Zorgstandaard Oberitas. Keten Zorg voor kinderen met een extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en hun ouders.

Dit document is een uitgave van het Partnerschap Overgewicht Nederland en is tot stand gekomen in opdracht van en met financiële steun van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

© 2012 Partnerschap Overgewicht Nederland

Auteurs:

Jutka Halberstadt & Jaap Seidell

Vrije Universiteit Amsterdam

Faculteit der Aard- en Levenswetenschappen

Afdeling Gezondheidswetenschappen

De Boelelaan 1085

1081 HV Amsterdam

T: +31 20 5983676

E: j.halberstadt@vu.nl

W: www.partnerschapovergewicht.nl

U bent van harte uitgenodigd om deze uitgave te verveelvoudigen als dit bijdraagt aan goede obesitaszorg. U kunt de uitgave verveelvoudigen door fotokopieën te verspreiden of door de digitale uitgave door te sturen per e-mail. Zowel verspreiden van, als citeren uit dit document dient altijd te geschieden onder vermelding van de volgende bron:

Halberstadt J, Seidell JC. Addendum ernstige kinderoberitas bij de Zorgstandaard Oberitas. Keten Zorg voor kinderen met een extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en hun ouders. Partnerschap Overgewicht Nederland. Amsterdam, juli 2012.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Achtergrond	4
1.2	Doel	4
1.3	Werkwijze	4
2	Doelgroep en diagnostiek	5
2.1	Doelgroep	5
2.2	Vaststellen van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR)	5
2.2.1	<i>BMI</i>	6
2.2.2	<i>Risicofactoren en comorbiditeit</i>	7
2.3	Overige co- en multimorbiditeit	9
2.4	Aanvullende analyse persoonsgegevens en gezinssituatie	9
3	Individueel zorgplan	11
4	Behandeling: intensieve gecombineerde leefstijlinterventie	12
4.1	Inhoud	12
4.2	Doel	12
4.3	Gezinsaanpak centraal	12
4.4	Behandelfasen: zorg en onderhoud	12
4.5	Begeleidingsfase	13
4.6	Organisatie	13
4.7	Zorgaanbod	13
4.7.1	<i>Het huidige zorgaanbod in Nederland</i>	13
4.7.2	<i>Zorgaanbod in het buitenland</i>	14
4.7.3	<i>Innovaties</i>	15
4.7.4	<i>Opname</i>	15
4.7.5	<i>Medicatie en farmaceutische zorg</i>	16
4.7.6	<i>Bariatrische chirurgie</i>	16
4.8	Stroomschema	16
4.9	Succescriterium	20
4.10	Evaluatie na niet succesvolle behandeling	20
	Literatuur	21
	Bijlage 1: Begrippen	23
	Bijlage 2: Geconsulteerde deskundigen	27
	Bijlage 3: De rol van ouders bij de behandeling van kindero obesitas	28

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Kinderen met ernstige obesitas hebben een chronische ziekte waarmee zij zo goed mogelijk moeten leren leven. Kern van een succesvolle behandeling van obesitas is het realiseren van blijvende gedragsverandering. Bij gedragsverandering gaat het om zelfmanagement; bij kinderen spelen ouders hierbij een essentiële rol. Zij ondersteunen het kind bij het beheersen van zijn of haar gewicht door aanpassing van de leefstijl van het hele gezin. De rol van de zorgverleners is het optimaal ondersteunen van de ouders hierbij.

De aangewezen behandeling voor ernstige kinderobesitas bij kinderen vanaf 4 jaar is een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie. Bij deze multidisciplinaire aanpak, verlenen zorgaanbieders tegelijk of na elkaar zorg. Het betreft hier ketenzorg en integrale zorg¹ waarbij het van belang is dat zorgverleners overleggen en afstemmen over de behandeling, de juiste informatie tijdig overdragen en nazorg verlenen.

Goede obesitaszorg leidt tot een optimale verbetering van de gezondheid en het risicoprofiel door aanpassingen van de leefstijl. Dit om de kwaliteit van leven te verbeteren en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Voor kinderen tot 4 jaar zijn er geen bewezen effectieve behandelingen voor overgewicht en obesitas in aanvulling op de individuele adviezen voor een gezonde leefstijl[3, 4]. Zie voor meer informatie over interventies bij kinderen van 0 tot 4 jaar hoofdstuk 1 van het Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen"[1].

1.2 Doel

De in dit addendum beschreven ketenzorg beoogt op basis van de huidige inzichten een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de zorg voor de kwetsbare groep van ernstig obese kinderen (4-19 jaar) en hun gezinnen.

1.3 Werkwijze

Uitgangspunt voor dit addendum zijn de CBO-richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen"[5] en het addendum voor kinderen hierbij[1] en de hierop gebaseerde Zorgstandaard Obesitas[2]. Daarnaast is gebruik gemaakt van de informatie uit gesprekken met diverse deskundigen in binnen- en buitenland op het gebied van onderzoek naar en behandeling van (ernstige) kinderobesitas. Het betreft dus een wetenschappelijk onderbouwde aanpak, aangevuld met *expert opinions* en *best practices* uit binnen- en buitenland. Zie bijlage 2 voor een overzicht van geconsulteerde deskundigen.

Conceptversies van dit addendum zijn voorgelegd aan de opdrachtgever, het ministerie van VWS, en ingebracht bij de partnervertegenwoordigers van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) dat de Zorgstandaard Obesitas heeft gemaakt. De definitieve versie van het addendum wordt openbaar gemaakt via de website van het PON en zal worden bewerkt tot een wetenschappelijke publicatie. Daarnaast dient dit addendum als basis voor lokale afspraken over zorgprogramma's voor obesitas.

¹ Zie bijlage 1 voor een verklaring van deze en andere begrippen uit dit addendum

2 Doelgroep en diagnostiek

2.1 Doelgroep

Voor het vaststellen van het vereiste niveau van zorgverlening, wordt in de Zorgstandaard Obesitas uitgegaan van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is. De ernstgraad van het GGR kent vier niveaus: licht verhoogd, matig verhoogd, sterk verhoogd en extreem verhoogd.

Piramide GGR met bijbehorende niveaus van preventie en behandeling



1 De GLI (gecombineerde leefstijlinterventie) bestaat uit interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering. Voor volwassenen: overweeg medicatie indien de GLI niet succesvol is na één jaar behandeling.

2 Bij de GLI+ (intensieve gecombineerde leefstijlinterventie) is cognitieve gedragstherapie altijd onderdeel van de behandeling. Voor volwassenen met een extreem verhoogd GGR kan naar professioneel oordeel van de zorgverlener al vroeg in de behandeling medicatie ingezet worden ter ondersteuning van de GLI+.

Indien de GLI+ niet succesvol is na één jaar behandeling, kunnen onder bepaalde voorwaarden aanvullende behandelingen overwogen worden:

- voor kinderen: opname
- voor adolescenten: opname, medicatie of bariatrische chirurgie
- voor volwassenen: bariatrische chirurgie

Figuur 1: Piramide gewichtsgelateerd gezondheidsrisico met bijbehorende niveaus van preventie en behandeling[2]

De in dit addendum beschreven ketenzorg is bestemd voor kinderen van 4 tot 19 jaar met een extreem verhoogd GGR.

2.2 Vaststellen van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR)

Bij kinderen vanaf 2 jaar wordt het GGR vastgesteld op basis van BMI en de aanwezigheid van risicofactoren en comorbiditeit. Voor kinderen van 0 tot 2 jaar geldt een aparte wijze van het vaststellen van de mate van overgewicht en obesitas, maar zijn geen criteria beschikbaar voor het vaststellen van ernstige obesitas of het GGR. Zie hiervoor hoofdstuk 1 van het addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn obesitas[1].

Bij risicofactoren en comorbiditeit gaat het bij kinderen om de aanwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren of (een hoog risico op) diabeete mellitus type 2 (hierna: DM2). In paragraaf 2.2.2 wordt ingegaan op het vaststellen van deze risicofactoren en comorbide aandoeningen bij kinderen.

Onderstaand een schematische weergave van de niveaus van GGR bij kinderen. Ter toelichting:

- De afkappunten voor overgewicht komen overeen met een BMI van 25 bij volwassenen.
- De afkappunten voor obesitas graad I met een BMI van 30 bij volwassenen.
- De afkappunten voor obesitas graad II met een BMI van 35 bij volwassenen.
- De afkappunten voor obesitas graad III met een BMI van 40 bij volwassenen.

We spreken van ernstige obesitas bij de groep met een extreem verhoogd GGR. Dat zijn de drie donkerrode vakjes. Het betreft kinderen vanaf een BMI vergelijkbaar met 40 of hoger bij volwassenen, of van 35 met risicofactoren of comorbiditeit.

Niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij kinderen

BMI kg/m ²	Geen risicofactoren of comorbiditeit	Risicofactoren of comorbiditeit
Overgewicht	Licht verhoogd	Matig verhoogd
Obesitas graad I	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
Obesitas graad II	Sterk verhoogd	Extreem verhoogd
Obesitas graad III	Extreem verhoogd	Extreem verhoogd

Niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij kinderen. De afkappunten in de tabel aangeduid met overgewicht dan wel obesitas graad I, zijn gebaseerd op internationale percentielen van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 25 resp. 30 kg/m². De afkappunten aangeduid met obesitas graad II en III zijn gebaseerd op percentielen afkomstig van de nationale groeistudie uit 1980 van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 35 resp. 40 kg/m². Deze tabel betreft een verduidelijking van de tabel met niveaus van GGR voor kinderen zoals deze in de eerste druk van de Zorgstandaard Obesitas op pagina 25 gepubliceerd is.

Figuur 2: Tabel niveaus gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij kinderen[1, 2]

2.2.1 BMI

De afkappunten in tabel 1 (zie volgende pagina) aangeduid met BMI 25 en 30, zijn gebaseerd op internationale percentielen van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 25 respectievelijk 30. Dit zijn de internationaal geaccepteerde 'Cole-cut points' die sinds 2000 worden gebruikt[6] en ook reeds vermeld worden in de CBO-richtlijn obesitas[5].

Tot dusver bestonden er geen geaccepteerde afkapwaarden voor extreme obesitas (BMI \geq 35, BMI \geq 40) voor kinderen. Van Buuren[7] beschrijft afkappunten voor BMI-waarden naar leeftijd voor deze 2 gewichtsklassen en de manier waarop deze tot stand zijn gekomen. De afkappunten in tabel 2 aangeduid met BMI 35 en 40 zijn door Van Buuren vastgesteld en gebaseerd op percentielen afkomstig van de nationale groeistudie uit 1980 van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 35 respectievelijk 40[7].

Jongens					Meisjes				
leeftijd	BMI 25 kg/m ²	BMI 30 kg/m ²	BMI 35 kg/m ²	BMI 40 kg/m ²	leeftijd	BMI 25 kg/m ²	BMI 30 kg/m ²	BMI 35 kg/m ²	BMI 40 kg/m ²
2	18,4	20,1	22,5	23,6	2	18,0	19,8	21,9	23,4
2,5	18,1	19,8	21,8	22,8	2,5	17,8	19,6	21,7	23,2
3	17,9	19,6	21,2	22,2	3	17,6	19,4	21,5	23,2
3,5	17,7	19,4	20,9	21,9	3,5	17,4	19,2	21,5	23,3
4	17,6	19,3	20,7	21,7	4	17,3	19,2	21,6	23,5
4,5	17,5	19,3	20,6	21,6	4,5	17,2	19,1	21,8	23,8
5	17,4	19,3	20,6	21,7	5	17,2	19,2	22,0	24,2
5,5	17,5	19,5	20,8	21,9	5,5	17,2	19,3	22,4	24,8
6	17,6	19,8	21,0	22,2	6	17,3	19,7	22,8	25,5
6,5	17,7	20,2	21,3	22,6	6,5	17,5	20,1	23,4	26,4
7	17,9	20,6	21,7	23,2	7	17,8	20,5	24,0	27,4
7,5	18,2	21,1	22,3	24,0	7,5	18,0	21,0	24,8	28,6
8	18,4	21,6	23,0	24,9	8	18,4	21,6	25,6	29,8
8,5	18,8	22,2	23,8	25,9	8,5	18,7	22,2	26,4	31,0
9	19,1	22,8	24,6	27,0	9	19,1	22,8	27,2	32,3
9,5	19,5	23,4	25,5	28,2	9,5	19,5	23,5	28,0	33,4
10	19,8	24,0	26,4	29,5	10	19,9	24,1	28,8	34,6
10,5	20,2	24,6	27,4	30,8	10,5	20,3	24,8	29,6	35,6
11	20,6	25,1	28,3	32,2	11	20,7	25,4	30,3	36,5
11,5	20,9	25,6	29,3	33,5	11,5	21,2	26,1	31,0	37,3
12	21,2	26,0	30,2	34,8	12	21,7	26,7	31,6	38,0
12,5	21,6	26,4	31,0	35,9	12,5	22,1	27,2	32,1	38,5
13	21,9	26,8	31,8	36,9	13	22,6	27,8	32,6	38,9
13,5	22,3	27,3	32,4	37,8	13,5	23,0	28,2	33,0	39,2
14	22,6	27,6	32,9	38,4	14	23,3	28,6	33,3	39,4
14,5	23,0	28,0	33,3	38,8	14,5	23,7	28,9	33,6	39,6
15	23,3	28,3	33,7	39,1	15	23,9	29,1	33,9	39,7
15,5	23,6	28,6	33,9	39,3	15,5	24,2	29,3	34,1	39,8
16	23,9	28,9	34,2	39,5	16	24,4	29,4	34,3	39,9
16,5	24,2	29,1	34,4	39,6	16,5	24,5	29,6	34,5	39,9
17	24,5	29,4	34,6	39,8	17	24,7	29,7	34,7	39,9
17,5	24,7	29,7	34,8	39,8	17,5	24,9	29,8	34,8	40,0
18	25,0	30,0	35,0	40,0	18	25,0	30,0	35,0	40,0

De afkappunten in de tabel aangeduid met BMI 25 en 30 kg/m² zijn gebaseerd op internationale percentielen van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 25 resp. 30 kg/m². De afkappunten aangeduid met BMI 35 en 40 kg/m² zijn gebaseerd op percentielen afkomstig van de nationale groeistudie uit 1980 van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 35 resp. 40 kg/m².

Tabel 1: BMI-afkapwaarden kinderen[1, 2]

2.2.2 Risicofactoren en comorbiditeit

Op basis van de consensus van de International Diabetes Federation[8] (zie tabel 2) en PON-werkgroepen en -afstemmingsoverleggen is vastgesteld dat risicofactoren en comorbiditeit bij kinderen met obesitas als volgt worden bepaald. Bij een verhoogde nuchtere glucose ($\geq 5,6$ mmol/l) dient nader onderzoek plaats te vinden om te kijken of er werkelijk sprake is van DM2 of een verhoogd risico daarop. De wijze waarop dit wordt vastgesteld, door middel van een OGGT (Orale Glucose Tolerantie

Test) danwel nuchtere glucose, wordt overgelaten aan het professionele oordeel van de zorgverlener. Ook bij andere waarden van de cardiovasculaire risicofactoren die boven de afkapwaarden liggen, of bij relevante aanwijzingen in de diagnostiek, dient nader onderzoek plaats te vinden.

Leeftijd	Triglyceriden	HDL-cholesterol	Bloeddruk	Nuchtere glucose
6 tot 10 jaar	Verder onderzoek dient plaats te vinden als er sprake is van een familiegeschiedenis met metabool syndroom, DM2, dyslipidemie, HVZ, hypertensie en/of obesitas.			
10 tot 16 jaar	≥ 1,7 mmol/L	< 1,03 mmol/L	Syst ≥ 130 mmHg Diast ≥ 85 mmHg	≥ 5,6 mmol/l
16+ jaar	≥ 1,7 mmol/L	< 1,03 mmol/L voor mannen < 1,29 mmol/L voor vrouwen	Syst ≥ 130 mmHg Diast ≥ 85 mmHg	≥ 5,6 mmol/l

Tabel 2.: Afkapwaarden voor verhoogd cardiovasculair risico bij kinderen volgens de IDF-consensus 2007[1, 2, 8]

Het meten van de buikomvang maakt bij kinderen geen onderdeel uit van de diagnostiek, maar geldt wel als relevante informatie voor (het meten van het succes van) de behandeling. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de normwaarden van Frederiks et al[9].

Diabetes screening:

De American Diabetes Association adviseert om bij aanwezigheid van minimaal twee van de volgende aanvullende risicofactoren, elke drie jaar te screenen op DM2 bij kinderen die overgewicht of obesitas hebben:

- familiegeschiedenis van DM2 bij eerste- of tweedegraads familielid;
- etniciteit (niet westerse komaf);
- tekenen van insulineresistentie of condities geassocieerd met insulineresistentie (acanthosis nigricans, hypertensie, dyslipidemie, polycysteus ovariumsyndroom of laag geboortegewicht);
- moeder met diabetes of zwangerschapsdiabetes tijdens zwangerschap kind.

De leeftijd voor het starten van de screening is 10 jaar of bij de start van de puberteit wanneer deze op een jongere leeftijd optreedt. De criteria zijn overgenomen door de Nederlandse Diabetes Federatie.

Diagnostische criteria voor diabetes bij kinderen:

De American Diabetes Association hanteert de criteria uit tabel 3 voor de diagnose diabetes (indien actuelere criteria beschikbaar komen, zijn deze geldend).

Symptomen van diabetes plus een random plasmaglucozeconcentratie ≥ 11.1 mmol/l. 'Random' betekent op elk willekeurig moment van de dag en is niet gerelateerd aan een bepaalde periode na een maaltijd. Symptomen zijn onder meer polyurie, polydipsie en gewichtsverlies.
OF
Hba1c ≥ 6,5 %, ≥ 48 mmol/mol De test moet uitgevoerd zijn in een laboratorium door middel van een gecertificeerde methode.
OF
NUCHTERE plasma glucose > 7.0 mmol/l of volbloedglucose > 6.1 mmol/l Nuchter is geen calorie-inname gedurende 8 uur.
OF
2-uurs plasma glucose > 11.1 mmol/l bij een OGTT De test moet volgens de World Health Organization criteria zijn uitgevoerd. 1,75 gram glucose/kg met max. van 75 gram opgelost in water.
NB Diagnostisch criterium gestoorde nuchtere waarde (IFG; Impaired Fasting Glucose) > 6,1 tot < 7,0

Tabel 3.: Diagnostische criteria voor de diagnose diabetes en gestoorde glucose tolerantie[1, 2]

Genoemde risicofactoren en comorbiditeit zijn vastgesteld in samenhang met de diagnostiek en zorg voor aan de Zorgstandaard Obesitas gerelateerde zorgstandaarden zoals die voor DM2 en vasculair risicomanagement. Daarnaast zijn overige vormen van co- en multimorbiditeit van groot belang om vast te stellen.

2.3 Overige co- en multimorbiditeit

Nadat het GGR is bepaald, dienen overige vormen van psychische of somatische co- en multimorbiditeit in kaart gebracht te worden. Het betreft hier (afhankelijk van leeftijd en geslacht) somatische of psychische co- en multimorbiditeit zoals:

- COPD;
- astma;
- slaapstoornissen;
- subfertiliteitsstoornissen;
- menstruatiestoornissen en polycysteus ovariumsyndroom;
- pseudotumor cerebri;
- leverstoornissen;
- gewrichtsklachten;
- kanker;
- angststoornissen;
- depressie;
- schizofrenie.

Deze aandoeningen zijn mogelijk een indicatie voor een intensievere of aangepaste vorm van behandeling.

Bij het stellen van de diagnose moet aanvullend rekening worden gehouden met factoren die mogelijk (als het gevolg van behandeling) hebben bijgedragen aan obesitas. Het kan hier gaan om:

- medicatie zoals antipsychotica, SSRI's (selective serotonin reuptake inhibitors), tricyclische antidepressiva, anticonvulsiva of anti-epileptica, stemmings-stabiliserende middelen, corticosteroiden (prednison);
- endocriene stoornissen zoals bijv. hypothyreoïdie, groeihormoon-deficiëntie, overmatige cortisolproductie (syndroom van Cushing);
- syndromale/chromosomale afwijkingen zoals Prader-Willi, Laurence-Moon-Biedl of Allström of genetische afwijkingen zoals MC4R mutaties;
- eetbuistoornis ('binge eating disorder').

2.4 Aanvullende analyse persoonsgegevens en gezinssituatie

Het vaststellen van het GGR en eventuele overige co- en multimorbiditeit vormt de eerste stap in het in kaart brengen van de gezondheidstoestand van de persoon met overgewicht of obesitas. Een chronische ziekte hebben hangt echter samen met aspecten die verder reiken dan enkel de gezondheid. Het is daarom gebruikelijk dat zorgverleners bij mensen met een chronische ziekte naast het diagnosticeren van de ziekte, aanvullende persoonsgegevens in kaart te brengen die een rol spelen in de gezondheid van de patiënt en richtinggevend zijn voor de inhoud en vormgeving van de interventie. Tijdens een aanvullende analyse wordt in kaart gebracht welke additionele relevante persoonsgegevens een rol spelen in de mogelijkheden voor de behandeling en zelfmanagement. De wensen, behoeften en mogelijkheden van de patiënt staan hierbij centraal. Deze aanvullende analyse vormt samen met het GGR en eventuele overige co- en multimorbiditeit de basis voor het opstellen van het individueel zorgplan.

Aspecten die tijdens de aanvullende analyse van persoonsgegevens in kaart kunnen worden gebracht (niet uitputtend):

- de hulpvraag;
- eerdere behandelervaringen m.b.t. het gewicht;
- lijnhistorie en ontwikkeling gewicht gedurende levensloop;
- familiegeschiedenis (voorkomen van obesitas, DM2 en hart- en vaatziekten);
- etniciteit;
- leefgewoonten (voeding, bewegen, slaappgedrag, stress, roken, alcohol, drugs);
- medicatiegebruik;
- eerdere ervaringen met gebruik van medicatie t.b.v. afvallen;
- het bereid zijn de leefstijl te veranderen (motivatie);
- het in staat zijn de leefstijl te veranderen;
- psychosociale omstandigheden en omgevingsfactoren;
- lichamelijke of geestelijke beperkingen die de therapietrouw en uitkomsten van de interventies in belangrijke mate kunnen beïnvloeden en de persoon niet of slechts gedeeltelijk geschikt maken voor de behandeling.

Voor kinderen is het hierbij belangrijk dat de eet- en leefgewoonten van het gehele gezin worden betrokken. De cognities, visie en mogelijkheden van de ouders moeten in kaart gebracht worden. Aanvullend kan naar de opvoedsituatie (waaronder opvoedingsstijl) en lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van het kind gekeken worden.

De diagnostiekfase wordt uitgevoerd door medisch specialisten in overleg met zorgverleners met relevante expertise.

3 Individueel zorgplan

Op basis van het GGR, overige vormen van psychische of somatische co- en multimorbiditeit en de aanvullende analyse van persoonsgegevens wordt de inhoud van de behandeling vastgelegd in een individueel zorgplan[10]. Hierbij wordt uitgegaan van het 'stepped care-principe', wat wil zeggen dat de behandeling altijd begint met de minste ingrijpende en de minst kostbare behandeling (gegeven de ernst van de aandoening). Als de eerste behandeling onvoldoende effect heeft, wordt vervolgens gekozen voor een ingrijpender of intensiever behandelvorm. Over het algemeen geldt dat bij een extreem verhoogd GGR de interventie gekenmerkt worden door een groter aantal contactmomenten, een ruimere tijdsduur per contactmoment en meer ruimte voor individuele consulten dan bij lagere niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. Gezien het hoge gezondheidsrisico is het belangrijk dat de behandeling plaatsvindt door in de behandeling van ernstige obesitas gespecialiseerde zorgverleners. Veelal zal er sprake zijn van samenwerking met en/of doorverwijzing naar meer specialistische zorg.

4 Behandeling: intensieve gecombineerde leefstijlinterventie

4.1 Inhoud

Patiënten met een extreem verhoogd GGR komen op basis van hun gezondheidsrisico in aanmerking voor een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie (GLI+). Het gaat hierbij om een behandeling bestaande uit interventies gericht op voeding en beweging met aandacht voor gedragsverandering, welke in samenhang worden aangeboden. Voor patiënten met een extreem verhoogd GGR is cognitieve gedragstherapie altijd onderdeel van de behandeling[2].

4.2 Doel

Doel van de behandeling is een blijvende verbetering van de leefstijl, waardoor terugval zoveel mogelijk wordt voorkomen. De behandeling is, afhankelijk van de leeftijd en het groeistadium van het kind, gericht op het bewerkstelligen van gewichtsverlies of gewichtsstabilisatie, het verbeteren van de lichamelijke fitheid en daarmee het realiseren van gezondheidswinst en het verbeteren van de kwaliteit van leven.

In paragraaf 4.9 wordt nader ingegaan op het succescriterium voor de behandeling.

4.3 Gezinsaanpak centraal

De behandeling van kinderobesitas richt zich op het aanleren van gezond gedrag, zowel qua voeding als bewegen. De ouders spelen hierbij een essentiële rol. Het hele gezin moet zich bewust worden van de noodzaak (en mogelijkheden) van gezond gedrag, wil een interventie op langere termijn effectief zijn bij kinderen. De behandeling van kinderen alléén lijkt niet effectief. Bij de behandeling staat daarom de gezinsaanpak centraal; ouders behoren actief bij de behandeling betrokken te worden en medeverantwoordelijk gemaakt voor gedragsverandering. De betrokkenheid van de ouders betreft meer dan het bijwonen van wat individuele of groepssessies gericht op het kind. Er moet sprake zijn van een specifiek op de ouders gerichte behandeling die hen in staat stelt effectief hun eigen gedrag te veranderen (indien nodig) en ze in staat stelt als medebehandelaar van de obesitas van hun kind(eren) op te treden. Ouders dienen hierbij opvoedingsondersteuning en individuele adviezen te krijgen. Bij de invulling van de gezinsaanpak moet rekening worden gehouden met de leeftijd van het kind en de vorm van ouderlijk gezag.

Zie bijlage 3 voor een onderbouwing van de rol van ouders bij de behandeling van kinderobesitas.

4.4 Behandelfasen: zorg en onderhoud

De behandeling bestaat uit een intensieve behandelfase van een jaar, gevolgd door een onderhoudsfase van een jaar die is gericht op terugvalpreventie. De inhoud van dit tweede behandeljaar kan variëren van het voortzetten, dan wel intensiveren van de behandeling, tot een driemaandelijkse controle-afspraken om de voortgang te monitoren. Hierdoor kunnen veranderingen in de gezondheidstoestand tijdig gesignaleerd worden en kan indien nodig het individueel zorgplan aan de veranderde zorgvraag aangepast worden. Daarnaast vindt in ieder geval jaarlijks een uitgebreide controle op comorbiditeit plaats (volg bij comorbiditeit controleschema's van desbetreffende richtlijnen en standaarden). Gedurende de controles worden onder andere het gewichtsverloop en mogelijke risicofactoren in kaart gebracht. Hierbij is tevens aandacht nodig voor: voeding- en beweegpatroon; volhouden gedragsverandering; psychosociaal functioneren; eventuele comorbiditeit; gezinsparticipatie; andere relevante onderwerpen.

Educatie neemt een belangrijke rol in, in het zelfmanagement tijdens de fase van behandeling en de begeleidingsfase daarna. Het kind en de ouders moeten begrijpen wat er van hen verwacht wordt, wat ze van de zorgverleners kunnen verwachten en welke resultaten er te behalen zijn. De informatie moet begrijpelijk en toegankelijk zijn en aansluiten bij de individuele vaardigheden van het kind en de ouders om de informatie tot zich te nemen.

4.5 Begeleidingsfase

Wanneer de patiënt de behandeling met succes heeft doorlopen en de gedragsverandering plus het gewichtsverlies (of bij kinderen in de groei: gewichtsstabilisatie) gedurende de onderhoudsfase (grotendeels) heeft weten te handhaven, volgt de fase van begeleiding voor onbepaalde tijd. Kinderen met een extreem verhoogd GGR komen in de fase van begeleiding zo nodig nog driemaandelijks voor een korte controle bij de zorgverlener; contact per telefoon of email behoort ook tot de mogelijkheden. Daarnaast vindt in ieder geval jaarlijks een uitgebreide controle op comorbiditeit plaats (volg bij comorbiditeit controleschema's van desbetreffende richtlijnen en standaarden). Gedurende de controles worden onder andere het gewichtsverloop en mogelijke risicofactoren in kaart gebracht. Hierbij kan aandacht zijn voor: voeding- en beweegpatroon; volhouden gedragsverandering; psychosociaal functioneren; eventuele comorbiditeit; gezinsparticipatie; andere relevante onderwerpen.

Wanneer de gedragsverandering volgehouden wordt, het gewichtsverlies (of bij kinderen in de groei: gewichtsstabilisatie) behouden blijft en er geen (verergering van) comorbiditeit optreedt, kan de intensiteit van de begeleidingsfase op basis van professioneel inzicht en behoefte van de patiënt afgebouwd worden, waarbij de jaarlijkse medische controle in principe altijd behouden blijft. Wanneer patiënt dan wel zorgverlener het wenselijk acht, kan de begeleiding te allen tijde geïntensiveerd of wederom gestart worden. Ook kan wanneer de patiënt gedurende de begeleidingsfase een terugval heeft, kan besloten worden opnieuw een behandeling te starten.

4.6 Organisatie

Bij de zorgverlening aan kinderen met ernstige obesitas moeten verschillende zorgverleners (bij voorkeur in een zorggroep) samenwerken om het gezin continue en integrale zorg te kunnen bieden. Het is essentieel dat daarbij één zorgverlener als vast aanspreekpunt fungeert voor zowel het gezin als de betrokken zorgverleners en beschikt over het individueel zorgplan: de centrale zorgverlener. Deze heeft de taak om te zorgen dat het gezin de zorg krijgt waar het recht op heeft. De centrale zorgverlener ondersteunt het gezin in zelfmanagement.

De zorg is bij voorkeur toegankelijk en dichtbij huis, maar kan indien nodig ook plaatsvinden in centra waar gespecialiseerde zorgverleners beschikbaar zijn. Uitgangspunt van de begeleiding op de lange termijn is dat deze altijd dichtbij huis in een niet-medische setting plaatsvindt. Doel hiervan is te zorgen dat kinderen niet onnodig lang in het medisch circuit verblijven, maar tegelijkertijd ook niet uit beeld raken en weer terugvallen. Deze werkwijze maakt de zorg toegankelijker, effectiever en goedkoper.

In de Zorgstandaard Obesitas wordt in het hoofdstuk Organisatiestructuur (p. 45-49) nader ingegaan op de organisatie van de (keten)zorg rondom obesitas. Het Partnerschap Overgewicht Nederland ontwikkelt in aanvulling hierop momenteel interne kwaliteitsindicatoren die eind 2012 gereed zullen zijn.

4.7 Zorgaanbod

4.7.1 *Het huidige zorgaanbod in Nederland*

Kinderen met ernstige obesitas worden momenteel in Nederland meestal behandeld door een kinderarts in samenwerking met doorgaans een diëtist, fysiotherapeut en psycholoog in een daartoe gespecialiseerde polikliniek. Sommige ziekenhuizen bieden hierbij zelf een gecombineerde leefstijlinterventie aan, andere verwijzen door naar behandelprogramma's in bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg. Uit een inventarisatie onder kinderartsen die het VU medisch centrum in 2009 heeft gedaan in opdracht van ZonMw, blijkt dat er geen uniforme aanpak van (ernstige) kinderoberitas is en de diagnostiek en behandeling veelal niet conform de uitgangspunten van de Zorgstandaard Obesitas plaatsvinden[11].

Een ander nadeel van de in deze inventarisatie beschreven vormen van zorg, is dat ze soms niet zo toegankelijk zijn vanwege de afstand tot de woonomgeving van het gezin. Bovendien is zorg die in de setting van een ziekenhuis wordt verleend over het algemeen relatief kostbaar. Daarbij volstaat dergelijke zorg niet voor het deel van de kinderen met ernstige obesitas waarbij sprake is van gezinnen met complexe multi-problematiek. Diverse programma's excluseren bovendien alle kinderen met ernstige obesitas.

Een ander knelpunt is het ontbreken van aan een sluitende zorgketen voor ernstige kinderobesitas. Binnen het huidige zorgaanbod is een traject voor de lange termijn over het algemeen niet beschikbaar.

4.7.2 Zorgaanbod in het buitenland

Op verschillende plekken in het buitenland is ketenzorg voor kinderobesitas opgezet. Hierbij wordt gewerkt volgens het 'stepped care-principe', wat wil zeggen dat de behandeling altijd begint met de minst ingrijpende en de minst kostbare behandeling (gegeven de ernst van de aandoening). Als de eerste behandeling onvoldoende effect heeft, wordt vervolgens gekozen voor een ingrijpender of intensievere behandelvorm. Een aanpak voor ernstig obese kinderen, maakt onderdeel uit van deze ketenzorg.

In Engeland heeft de *National Health Service* als onderdeel van het nationale programma *Change 4 life* strategieën ontwikkeld voor de aanpak van obesitas. Zo is voor de wijk Tower Hamlets in Londen een strategie ontwikkeld voor de behandeling van kinderen met overgewicht en obesitas en hun ouders. Het betreft een stepped care-aanpak waarbij voor alle niveaus van overgewicht en obesitas een multidisciplinair zorgaanbod beschikbaar is. Op het moment dat een behandeling onsuccesvol is, kan een kind naar een intensievere vorm van zorg doorstromen. Zodra mogelijk, stromen kinderen terug naar minder complexe vormen van zorg.

Onderdeel van de aanpak in Londen is dat kinderen deel kunnen nemen aan leefstijlprogramma's die lokaal worden aangeboden. Het betreft hier programma's die buiten het medische circuit plaatsvinden. Indien nodig kunnen kinderen daarnaast gebruik maken van medische zorg. Een van de Engelse programma's is MEND, wat staat voor: Mind, Exercise, Nutrition... Do it! Het is de lokale implementatie op maat van kennis en vaardigheden die zijn ontwikkeld door een team van experts op het gebied van voeding, beweging en psychologie op basis van wetenschappelijk onderzoek. Het programma is ontwikkeld in Engeland in 2004. Sindsdien zijn wereldwijd 55.000 kinderen en volwassenen begeleid. Data over het proces en de resultaten worden bijgehouden in een database en het programma is gekoppeld aan effectiviteitsonderzoek. In 2010 is een *randomized controlled trial* gepubliceerd van de MEND-interventie voor obese kinderen van 8 tot 12 jaar en hun ouders[12]. Na 12 maanden hadden de kinderen gewichtsverlies, m.n. afname van de buikomvang, een betere conditie, meer fysieke activiteit en minder 'schermtijd', meer zelfvertrouwen en een hogere zelfwaardering.

Een ander voorbeeld van een ketenaanpak in Engeland is het programma MoreLife dat verschillende interventies aanbiedt voor obese kinderen. Tijdens zomerkampen kunnen kinderen gedurende (maximaal) acht weken een intensief leefstijlprogramma volgen waar ook hun ouders bij betrokken worden. Een mogelijk vervolg van deze behandeling zijn de *community clubs* van MoreLife waar kinderen tussen de 4 en 17 jaar oud en hun ouders gedurende twaalf weken na schooltijd workshops krijgen over een gezonde leefstijl. Daarna volgt begeleiding gedurende drie maanden per telefoon, email en sms. Kinderen krijgen in aanvulling hierop levenslange toegang tot een ledenwebsite waarop informatie te vinden is en die ook dient als sociale netwerksite. Uit informatie van Paul Gately, hoogleraar beweging en obesitas aan de Leeds Metropolitan University en directeur van MoreLife, blijkt dat de aanpak ook voor de groep ernstig obese kinderen effectief is. Ernstig obese kinderen die de zorgketen van zomerkamp, club en ondersteuning daarna doorlopen, verliezen 15 tot 20 procent

van hun lichaamsgewicht. Van ernstig obese kinderen die gedurende meerdere opeenvolgende jaren deelnemen aan een zomerkamp, daalt het gewicht gedurende de hele periode. De verschillende vormen van het zorgaanbod worden in Engeland gedekt door de basisverzekering.

Zweden is een ander voorbeeld van een land dat ketenzorg voor ernstige kinderoberitas heeft ontwikkeld. In de regio Västra Götaland bijvoorbeeld, is een programma waaraan vijftig gemeenten deelnemen en dat voorziet in verschillende niveaus van zorg variërend van het aanbod van consultatiebureaus tot een gespecialiseerde polikliniek in Goteborg. In het ziekenhuis worden ouders en kinderen gedurende een jaar samen behandeld middels een ambulante gecombineerde leefstijlinterventie door een multidisciplinair team. Een onderzoek onder ernstig obese kinderen die aan deze behandeling deelnamen, toont een significant gewichtsverlies na 1 jaar behandeling vergeleken met een wachtlijstgroep. Drie jaar na het einde van de behandeling bleken de resultaten behouden te zijn[13].

4.7.3 *Innovaties*

Het huidige zorgaanbod in Nederland is voor ernstig obese kinderen niet optimaal. In de Zorgstandaard Obesitas en in dit addendum staat een functionele omschrijving van de norm waaraan goede obesitaszorg moet voldoen. Dit laat de mogelijkheid open voor innovaties op het gebied van de organisatie van deze zorg. Innovaties op het gebied van de zorg en de professionals die deze zorg aanbieden, kunnen het zorgaanbod in Nederland in de toekomst verrijken. Nieuwe vormen van zorg kunnen bijvoorbeeld worden ontwikkeld door bestaande zorgprofessionals aanvullende competenties te laten verwerven of door de inzet van zorgprofessionals met een andere combinatie van competenties.

Een voorbeeld hiervan is de inzet van obesitascoaches. Dit is geen erkend beroep, maar er zijn in Nederland inmiddels wel voorbeelden van zorgaanbieders die zich zo noemen. Er zijn diverse verwante termen in omloop voor mensen die vergelijkbare activiteiten ontplooiën, zoals: coach, gezinscoach, kindercoach, leefstijlcoach, leefstijladviseur, beweeg- en leefstijladviseur, kindereetcoach, gewichtsconsulent en voedingsassistent. De domeinen waarin deze aanbieders actief zijn, blijken zeer gevarieerd: van verzorgende/ondersteunende expertise, tot paramedische expertise en gespecialiseerde 2^e-lijns expertise.

In de rapportage "De obesitascoach: hulp voor obese kinderen en hun gezin"[14] wordt nader ingegaan op de meerwaarde van obesitascoaches bij de behandeling van (ernstig) obese kinderen en hun gezin. In deze rapportage wordt de obesitascoach omschreven als iemand die zelfstandig bij mensen thuis een leefstijlinterventie uitvoert in samenwerking met een multidisciplinair behandelteam gericht op de behandeling van kinderoberitas. Op basis van een literatuurstudie en praktijkvoorbeelden wordt geconcludeerd dat de obesitascoach een veelbelovende toevoeging is op het huidige behandelaanbod voor ernstig obese kinderen in Nederland. De obesitascoach zou kunnen worden ingezet tijdens verschillende fases van een obesitasbehandeling, zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas: de intensieve behandelfase, de onderhoudsfase (terugvalpreventie) en de fase van begeleiding voor zolang als nodig. Hierbij zou de obesitascoach deel uitmaken van een zorggroep en werken op basis van het individuele zorgplan dat door de centrale zorgverlener met de patiënt wordt opgesteld.

4.7.4 *Opname*

Een GLI+ kan op diverse manieren worden uitgevoerd. Het kan een ambulante (dag)behandeling zijn, maar tijdelijke opname in een gespecialiseerd centrum kan voor ernstig obese kinderen een veelbelovende optie zijn indien de gangbare GLI+ onvoldoende effect heeft gehad. Bij sommige gezinnen is sprake van complexe multi-problematiek en kan daarom een dergelijke intensievere aanpak nodig zijn.

Na een opname van maximaal drie maanden in een landelijk expertisecentrum, wordt de intensieve behandeling voor de rest van het eerste behandeljaar voortgezet door de oorspronkelijke verwijzer. Het is van groot belang dat na de eerste intensieve behandel fase een traject beschikbaar is dat voorziet in zowel het vervolg op de behandeling (de onderhoudsfase) als begeleiding op de lange termijn. Dit vervoltraject dient in de woonomgeving van het gezin plaats te vinden.

4.7.5 Medicatie en farmaceutische zorg

Voor jonge kinderen vormt medicatie en farmaceutische zorg geen behandeloptie. Voor adolescenten met een extreem verhoogd GGR is medicatie en farmaceutische zorg niet geïndiceerd, maar kan deze onder bepaalde voorwaarden worden ingezet. Het gaat dan om medicatie en farmaceutische zorg in aanvulling op de GLI+ wanneer deze onvoldoende effectief is geweest. De inzet van medicatie en farmaceutische zorg dient hierbij aan de volgende voorwaarden te voldoen: in onderzoeksverband; alleen ter ondersteuning van de GLI+; aandacht voor psychische multimorbiditeit; adolescent moet fysiek en psychisch uitgegroeid zijn; gezinsparticipatie is essentieel; aanwezigheid motivatie voor langdurige therapie en gedragsverandering bij de adolescent en diens gezin.

Op dit moment is het enige geneesmiddel dat op de markt is en voorgeschreven kan worden ter ondersteuning van gewichtsverlies het middel Orlistat. In de Zorgstandaard Obesitas staat aanvullende informatie over de behandel fase van medicatie en farmaceutische zorg (p. 36 en de bijbehorende eindnoot op p. 54).

4.7.6 Bariatrische chirurgie

Voor jonge kinderen vormt bariatrische chirurgie geen behandeloptie. Voor adolescenten met een extreem verhoogd GGR is bariatrische chirurgie niet geïndiceerd, behoudens een aantal uitzonderingen. Het gaat dan om bariatrische chirurgie gecombineerd met een GLI+, wanneer een GLI+ alleen onvoldoende effectief is gebleken. Bariatrische chirurgie bij adolescenten vindt, conform de CBO-richtlijn obesitas en de Zorgstandaard Obesitas, alleen plaats in onderzoeksverband.

Alvorens chirurgie voor adolescenten kan worden overwogen, is er een aantal criteria waaraan de adolescent, maar ook diens gezinssituatie, omgeving en de hulpverlener moeten voldoen: alleen indien minimaal één jaar GLI+ niet voldoende gewichtsverlies of -behoud heeft opgeleverd; altijd gecombineerd met GLI+; aandacht voor psychische multimorbiditeit; adolescent moet fysiek en psychisch uitgegroeid zijn; gezinsparticipatie is essentieel; aanwezigheid motivatie voor langdurige therapie en gedragsverandering bij de adolescent en diens gezin.

Daarnaast gelden indicaties en exclusiefactoren zoals gesteld voor volwassenen: er is sprake van een BMI ≥ 40 of BMI ≥ 35 en < 40 in combinatie met ernstige comorbiditeit (ziekten die de levensverwachting beïnvloeden zoals DM2 en hart- en vaatziekten) die kan verbeteren indien gewichtsverlies optreedt of door andere effecten van bariatrische chirurgie; de patiënt is fysiek in staat om anesthesie en chirurgie te ondergaan (dit is gebaseerd op een afweging van het operatierisico en de potentiële gezondheidswinst door de operatie); de patiënt begrijpt de noodzaak van en is bereid mee te werken aan langdurige follow-up; de patiënt bereid is levenslang dagelijks vitaminepreparaten en voedingssupplementen te slikken; de patiënt heeft eerder aangetoond zich aan afspraken te kunnen houden.

Ook de instelling waar de operatie plaatsvindt en zorgverleners die de operatie bij adolescenten uitvoeren, dienen aan strenge criteria te voldoen. Deze worden beschreven in de monodisciplinaire richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)[15].

In de Zorgstandaard Obesitas staat aanvullende informatie over de behandel fase van een chirurgische interventie (p. 37/38 en de bijbehorende eindnoten op p. 55/56).

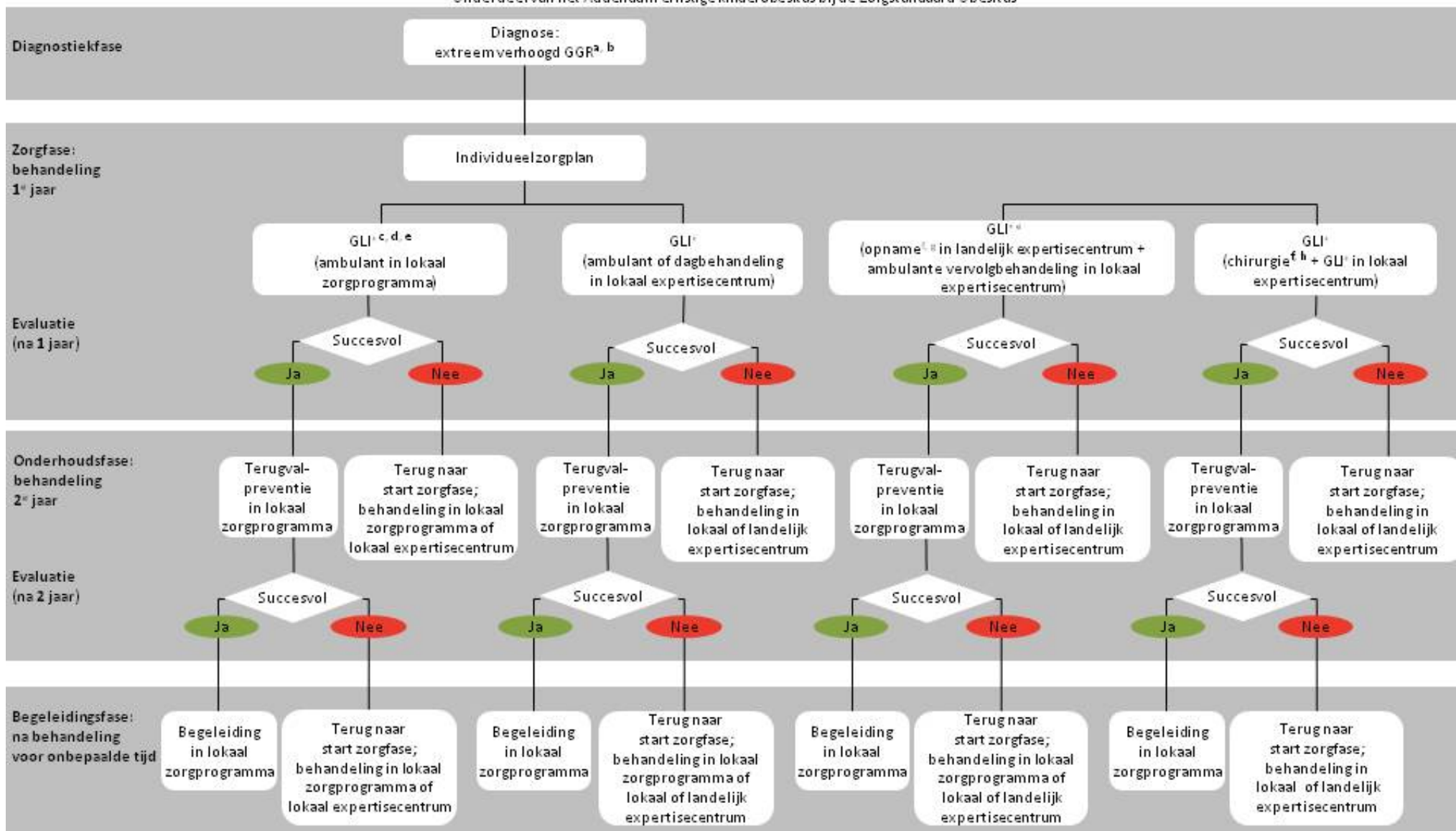
4.8 Stroomschema

Het is van groot belang dat de overgang tussen de zorgfasen en de samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals soepel verloopt. Als hulpmiddel om de communicatie hierover te

vergemakkelijken zijn de stroomschema's op de volgende pagina's ontwikkeld. Het is van belang hierbij op te merken dat de zorg zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas en dit addendum bedoeld is als leidraad voor professionals. In individuele gevallen kan de zorgprofessional altijd beslissen hiervan af te wijken indien dit in het belang van de individuele patiënt is

Stroomschema zorgfasen kinderen (4-19 jaar) met extreem verhoogd GGR

Onderdeel van het Addendum ernstige kinderoberositas bij de Zorgstandaard Obesitas



^aHet GGR (gewichtsgelateerd gezondheidsrisico) wordt bepaald volgens de Zorgstandaard Obesitas.

^bIn de diagnostieffase worden ook overige vormen van psychische of somatische co- en multimorbiditeit in kaart gebracht en wordt een aanvullende analyse persoonsgegevens uitgevoerd, zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas. In combinatie met het vastgestelde GGR vormt dit de basis voor het opstellen van het individueel zorgplan.

^cIn geval van co- of multimorbiditeit wordt altijd (eerst) naar gespecialiseerde zorg verwezen voor de behandeling.

^dDe in het stroomschema genoemde lijnen betreffen het niveau waarop de coördinatie van de zorg plaatsvindt. De uitvoering van de zorg kan in een lagere lijn plaatsvinden. Indien van belang voor de diagnostiek of in het kader van de behandeling van co- of multimorbiditeit, kan zorg uit een hogere lijn worden ingezet.

^eBij een GU+ zijn de consulten variabel wat betreft: inhoud, frequentie en competenties van de betrokken zorgverleners.

^fDe zorg bij opname en chirurgie wordt geleverd in landelijke expertisecentra.

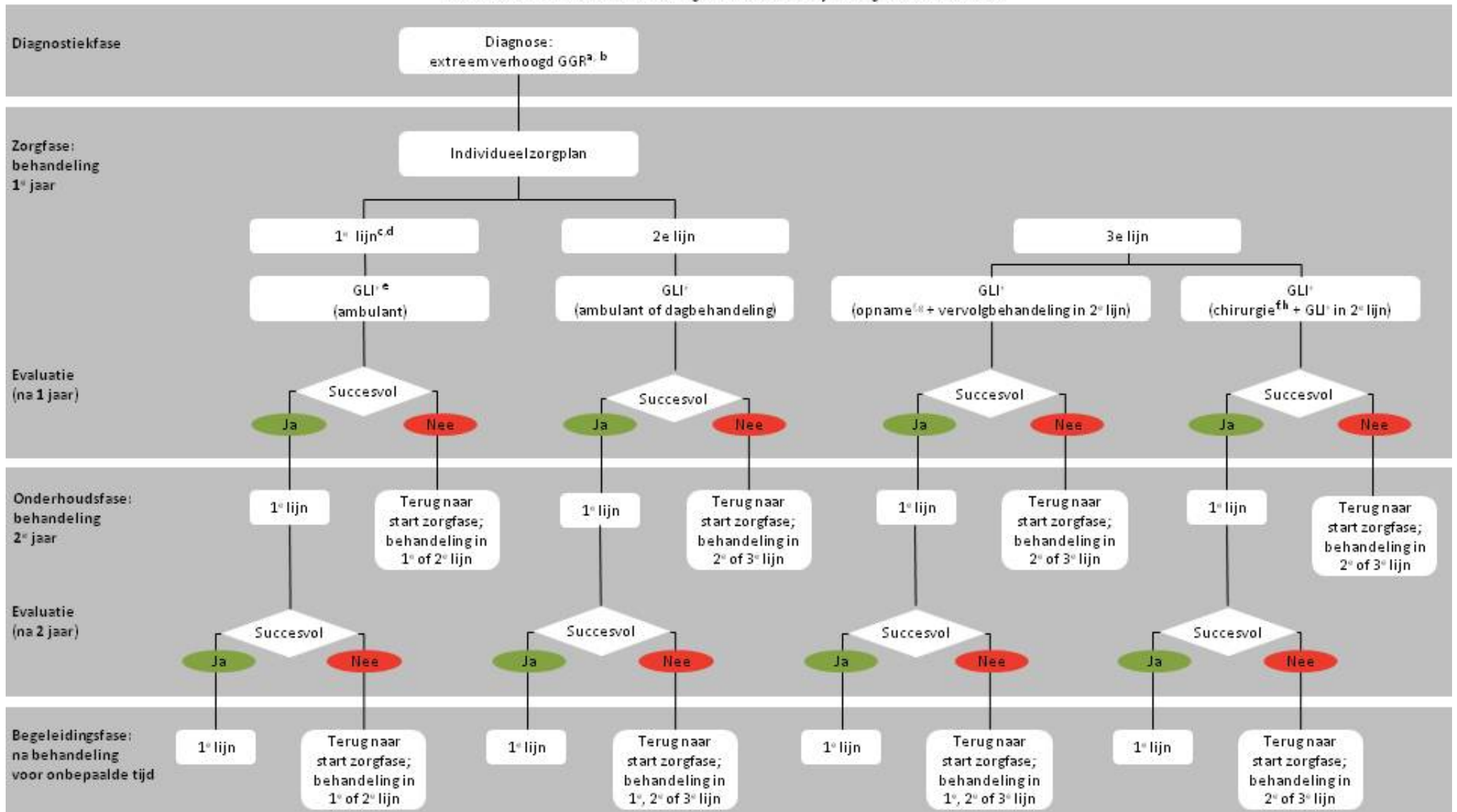
^gDuur van de opname is maximaal 3 maanden.

^hAlleen indien is voldaan aan de strikte voorwaarden zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas.

ⁱBij een onsuccesvolle GLI+ is de inzet van medicatie en farmaceutische zorg een optie onder strikte voorwaarden zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas.

Stroomschema zorgfasen kinderen (4-19 jaar) met extreem verhoogd GGR

Onderdeel van het Addendum ernstige kinderobesitas bij de Zorgstandaard Obesitas



^aHet GGR (gewichtsgelateerd gezondheidsrisico) wordt bepaald volgens de Zorgstandaard Obesitas.

^bIn de diagnostiekfase worden ook overige vormen van psychische of somatische co- en multimorbiditeit in kaart gebracht en wordt een aanvullende analyse persoonsgegevens uitgevoerd, zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas. In combinatie met het vastgestelde GGR vormt dit de basis voor het opstellen van het individueelzorgplan.

^cIn geval van co- of multimorbiditeit wordt altijd (eerst) naar de 2e lijn verwezen voor de behandeling.

^dDe in het stroomschema genoemde lijnen betreffen het niveau waarop de coördinatie van de zorg plaatsvindt. De uitvoering van de zorg kan in een lagere lijn plaatsvinden. Indien van belang voor de diagnostiek of in het kader van de behandeling van co- of multimorbiditeit, kan zorg uit een hogere lijn worden ingezet.

^eBij een GLI+ zijn de consulten variabel wat betreft inhoud, frequentie en competenties van de betrokken zorgverleners.

^fDe zorg bij opname en chirurgie wordt geleverd in landelijke expertisecentra

^gDuur van de opname is maximaal 3 maanden.

^hAlleen indien is voldaan aan de strikte voorwaarden zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas.

ⁱBij een onsuccesvolle GLI^e is de inzet van medicatie en farmaceutische zorg een optie onder strikte voorwaarden zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas.

4.9 Succescriterium

Het uiteindelijke doel van de behandeling is gezondheidswinst en een verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt middels het terugdringen van de gevolgen van obesitas en het voorkomen van nieuwe gevolgen van obesitas. Deze uitkomstmaten zijn lastig kwantificeerbaar, en bovendien worden eventuele effecten (vaak) pas op de lange termijn zichtbaar.

Het lichaamsgewicht is een goed kwantificeerbare maat, die sterk geassocieerd is met gezondheidsrisico's. Gewichtsverlies heeft een bewezen gunstig effect op deze risico's. De mate van gewichtsverlies zegt iets over de verbetering van de gezondheid en kwaliteit van leven, en is hiermee een indicator van hoe succesvol iemand is in het behalen van de uiteindelijke doelen van de behandeling.

De behandeling van obesitas richt zich met name op blijvende veranderingen in het voedingsgedrag en de lichamelijke activiteit. Net als de potentiële gezondheidswinst zijn die lastig te meten en de te behalen doelen zijn moeilijk te kwantificeren. Gewichtsverlies en het behoud daarvan zijn ook een adequate afspiegeling van duurzame gedragsverandering. Daarom wordt als succescriterium voor het slagen van de behandeling het gewicht gebruikt. Hierbij wordt gekeken naar de mate van gewichtsverlies (of bij kinderen in de groei: gewichtsstabilisatie) en het behoud hiervan.

Er wordt gesproken van een succesvolle behandeling, wanneer het succescriterium is behaald. Op grond van de analyse van de persoonsgegevens bij het opstellen van het individueel zorgplan, kan de verwachting over het effect van de interventie bijgesteld worden.

Er zijn geen evidence-based criteria voor succes bij kinderen in de groei. Vandaar dat bij kinderen in de groei naar gewichtsstabilisatie gestreefd wordt na één jaar behandeling en handhaving hiervan in de fase van onderhoud, tenzij dat tijdens de groeispurt van het kind onhaalbaar is.

Voor uitgegroeide kinderen met een extreem verhoogd GGR wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 10\%$ na één jaar behandeling en handhaving hiervan in de fase van onderhoud.

Naast het lichaamsgewicht als uitkomstmaat, bestaan er andere uitkomstmaten die als effect van de behandeling in kaart kunnen worden gebracht: comorbiditeit en risicofactoren; gedragsverandering m.b.t. lichamelijke activiteit, voedingspatroon en slaap; kwaliteit van leven (met name ook verbetering in algemeen dagelijks functioneren (ADL)); psychisch en lichamelijk welbevinden; overige in de diagnostische fase naar voren gekomen aandachtspunten.

4.10 Evaluatie na niet succesvolle behandeling

Wanneer een jaar behandeling in minder dan het vooraf vastgestelde gewichtsverlies (of bij kinderen in de groei: gewichtsstabilisatie) heeft geresulteerd en/of geen behoud van gewichtsverlies gedurende de onderhoudsfase bereikt is, wordt de behandeling als niet succesvol beschouwd. Het GGR wordt opnieuw vastgesteld en er wordt een nieuwe analyse van aanvullende persoonsgegevens gemaakt. Redenen voor ineffectiviteit van de behandeling worden in kaart gebracht (eetgedrag, beweeggedrag, psychosociale omstandigheden). Het is belangrijk stil te staan bij de huidige situatie en de vraag of het nu wel mogelijk is aan het gewicht te werken: wat zijn de barrières, motivatie? Uiteindelijk wordt een nieuw individueel zorgplan opgesteld met mogelijk intensievere zorg, andere accenten en nieuw vastgestelde doelen. Indien ondanks herhaalde pogingen de behandelingen niet (voldoende) blijvend resultaat opleveren, wordt begeleiding op basis van zorgbehoefte aangeboden. Op een later moment in het leven van een (ernstig) obees kind kan deze zorgbehoefte veranderen en opnieuw een behandeling gestart worden.

Literatuur

1. **Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen"**. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland; 2011.
2. **Zorgstandaard Obesitas**. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland; 2010.
3. Stocks T, Renders CM, Bulk-Bunschoten AM, Hirasing RA, van Buuren S, Seidell JC: **Body size and growth in 0- to 4-year-old children and the relation to body size in primary school age**. *Obes Rev* 2011, **12**(8):637-652.
4. Bond M, Wyatt K, Lloyd J, Taylor R: **Systematic review of the effectiveness of weight management schemes for the under fives**. *Obes Rev* 2011, **12**(4):242-253.
5. CBO: **Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen**. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V.; 2008.
6. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH: **Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey**. *Bmj* 2000, **320**(7244):1240-1243.
7. Van Buuren S: **Afkapwaarden voor extreme obesitas**.; Ongepubliceerd manuscript (2010).
8. Zimmet P, Alberti KG, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S, Wong G, Bennett P, Shaw J, Caprio S: **The metabolic syndrome in children and adolescents - an IDF consensus report**. *Pediatr Diabetes* 2007, **8**(5):299-306.
9. Fredriks AM, van Buuren S, Fekkes M, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM: **Are age references for waist circumference, hip circumference and waist-hip ratio in Dutch children useful in clinical practice?** *Eur J Pediatr* 2005, **164**(4):216-222.
10. **Raamwerk Individueel Zorgplan**: Coördinatieplatform Zorgstandaarden; 2012.
11. Schwiebbe L, Talma H, Renders CM, van Mil EGAH, Fetter WPF, Kalidien S, Hirasing RA: **Grote variatie in diagnostiek en behandeling van obese kinderen door kinderartsen**. Ongepubliceerd manuscript (2012).
12. Sacher PM, Kolotourou M, Chadwick PM, Cole TJ, Lawson MS, Lucas A, Singhal A: **Randomized controlled trial of the MEND program: a family-based community intervention for childhood obesity**. *Obesity* 2010, **18 Suppl 1**:S62-68.
13. Christer F: **Ongepubliceerde resultaten**. Research and Development council of Södra Älvsborg, Västra Götaland Region, Sweden / University of Ghotenburg; 2011.
14. Halberstadt J, Stevens B, Seidell JC: **De obesitascoach: hulp voor obese kinderen en hun gezin**: Rapportage voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2012.
15. Verdam FJ, de Jonge C, Greve JW: **Richtlijn voor de behandeling van morbide obesitas**. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 2012, **156**(23):A4630.
16. **Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten**: Coördinatieplatform Zorgstandaarden; 2010.
17. Epstein LH, Myers MD, Raynor HA, Saelens BE: **Treatment of pediatric obesity**. *Pediatrics* 1998, **101**(3 Pt 2):554-570.
18. Golan M: **Parents as agents of change in childhood obesity--from research to practice**. *Int J Pediatr Obes* 2006, **1**(2):66-76.
19. Golan M, Kaufman V, Shahar DR: **Childhood obesity treatment: targeting parents exclusively v. parents and children**. *Br J Nutr* 2006, **95**(5):1008-1015.
20. Boutelle KN, Cafri G, Crow SJ: **Parent-only treatment for childhood obesity: a randomized controlled trial**. *Obesity (Silver Spring, Md)* 2011, **19**(3):574-580.
21. Collins CE, Okely AD, Morgan PJ, Jones RA, Burrows TL, Cliff DP, Colyvas K, Warren JM, Steele JR, Baur LA: **Parent diet modification, child activity, or both in obese children: an RCT**. *Pediatrics* 2011, **127**(4):619-627.
22. Golley RK, Magarey AM, Baur LA, Steinbeck KS, Daniels LA: **Twelve-month effectiveness of a parent-led, family-focused weight-management program for prepubertal children: a randomized, controlled trial**. *Pediatrics* 2007, **119**(3):517-525.
23. Jansen E, Mulkens S, Jansen A: **Tackling childhood overweight: treating parents exclusively is effective**. *International journal of obesity (2005)* 2011, **35**(4):501-509.
24. Kitzmann KM, Beech BM: **Family-based interventions for pediatric obesity: methodological and conceptual challenges from family psychology**. *J Fam Psychol* 2006, **20**(2):175-189.
25. Kalarchian MA, Levine MD, Arslanian SA, Ewing LJ, Houck PR, Cheng Y, Ringham RM, Sheets CA, Marcus MD: **Family-based treatment of severe pediatric obesity: randomized, controlled trial**. *Pediatrics* 2009, **124**(4):1060-1068.

26. Levine MD, Ringham RM, Kalarchian MA, Wisniewski L, Marcus MD: **Is family-based behavioral weight control appropriate for severe pediatric obesity?** *The International journal of eating disorders* 2001, **30**(3):318-328.
27. Murtagh L, Ludwig DS: **State intervention in life-threatening childhood obesity.** *Jama* 2011, **306**(2):206-207.

Bijlage 1: Begrippen

De Zorgstandaard Obesitas[2] is opgebouwd en ontwikkeld vanuit de context van het model voor zorgstandaarden[16] dat het Coördinatieplatform Zorgstandaarden heeft geïntroduceerd. De belangrijkste begrippen uit het eindrapport van het Coördinatieplatform, zoals ook beschreven in de Zorgstandaard Obesitas, worden onderstaand toegelicht.

Zorgstandaard, richtlijn, protocol

Een zorgstandaard beschrijft de norm waaraan multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde chronische ziekte moet voldoen. Hij beperkt zich niet tot de inhoud van de zorg (inclusief de rol van de patiënt), maar richt zich ook op de organisatiestructuur van het zorgproces (de ketenorganisatie) en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren. Waar een zorgstandaard in meer algemene termen is gesteld, beschrijft een klinische richtlijn in detail de inhoud van de zorg. Een richtlijn is een hulpinstrument; een richtinggevend document dat de zorgverlener als beslissingsondersteuning gebruikt bij de hulp aan de individuele patiënt. De richtlijn is een advies dat het 'wat, wanneer en waarom' beschrijft en is, evenals de zorgstandaard en het protocol, gekoppeld aan een diagnose. De richtlijn vormt de input voor een protocol waarin eveneens het 'hoe' wordt beschreven.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden

Op verzoek van het ministerie VWS heeft ZonMw het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ingesteld. Het platform heeft een algemeen toepasbaar model voor zorgstandaarden ontwikkeld dat voor elke chronische ziekte een zorgstandaard kan accommoderen.

Model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden heeft in 2010 een model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten geïntroduceerd. Het model maakt het mogelijk dat een zorgstandaard zowel ziektespecifieke als generieke elementen bevat. Reeds bestaande zorgstandaarden zullen aan het model aangepast worden. Nieuw te ontwikkelen zorgstandaarden kunnen direct volgens het model voor zorgstandaarden worden uitgewerkt.

Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico

Dit begrip is door PON specifiek voor de Zorgstandaard Obesitas geïntroduceerd. Het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is. Deze maat wordt bepaald door BMI in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren voor een bepaalde aandoening danwel van reeds gediagnosticeerde comorbide aandoeningen. Verdere toelichting en onderbouwing staan in hoofdstuk 3 en 5 van de Zorgstandaard Obesitas en in hoofdstuk 2 van dit addendum voor ernstige kinderobesitas.

Comorbiditeit

Comorbiditeit wordt in het eindrapport van het Coördinatieplatform gedefinieerd als 'het hebben van een additionele (chronische) aandoening bij mensen die al een ziekte hebben'. Dit begrip is door het PON anders gedefinieerd in de Zorgstandaard Obesitas. In hoofdstuk 3 van de zorgstandaard staat hierover:

De grens tussen co- en multimorbiditeit is niet altijd eenduidig te bepalen bij ziekten die tegelijk met obesitas optreden. Echter, er zijn een aantal ziekten waarbij de relatie met obesitas wel dusdanig duidelijk is, dat ze naast BMI als comorbiditeit worden meegenomen in het GGR. Om welke aandoeningen het hierbij gaat, is bepaald in de werkgroepen van het PON. Dit is aanvullend besproken en afgestemd met leden van het NHG, NISB, NDF en Platform Vitale Vaten.

De aandoeningen die meegenomen worden in het GGR voldoen aan drie criteria:

1. Het causale verband tussen de aandoening en het gewicht is sterk.

2. De ziektelast van de aandoening is hoog, evenals de urgentie tot behandeling.
3. Gewichtsverlies is altijd geïndiceerd en vermindert de comorbide aandoening altijd.

Voor de overige vormen van psychische of somatische co- en multimorbiditeit, geldt dat geen verder onderscheid gemaakt wordt. Het betreft aandoeningen waarbij de causale relatie met obesitas niet altijd duidelijk is. Behandeling van obesitas (afvallen) leidt niet per definitie tot een verbetering van de aandoening en is niet altijd een geïndiceerde behandelmethod. Deze aandoeningen zijn mogelijk wel een indicatie voor een intensievere of aangepaste vorm van behandeling. Ze spelen daarom wél een rol in de diagnostische fase, maar vormen geen onderdeel van het GGR (zie ook paragraaf 2.3 van dit addendum). Bij het stellen van de diagnose moet aanvullend rekening worden gehouden met factoren die mogelijk (als het gevolg van behandeling) hebben bijgedragen aan obesitas (zie ook paragraaf 2.3 van dit addendum).

Multimorbiditeit

Van multimorbiditeit is sprake wanneer een individu lijdt aan twee (of meer) los van elkaar staande chronische aandoeningen.

Universele preventie

Universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen.

Selectieve preventie

Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toegeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma.

Geïndiceerde preventie

Deze vorm van preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een behandeling. Van geïndiceerde preventie is sprake bij een licht verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico.

Zorggerelateerde preventie

Deze vorm van preventie richt zich op individuen met een ziekte en heeft tot doel hen te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen. Individuen met een matig, sterk en extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico vallen binnen de zorggerelateerde preventie.

Universele en selectieve preventie richten zich op het collectief en vallen daarmee niet binnen een zorgstandaard. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn op het individu gericht en beslaan daarmee de scope van een zorgstandaard. Zie ook de piramide in hoofdstuk 2 van dit addendum.

Zelfmanagement

Zelfmanagement is het omgaan met symptomen, behandeling en lichamelijke en sociale consequenties van een chronische aandoening en de bijbehorende aanpassing in leefstijl. Zelfmanagement stelt de patiënt in staat om de gevolgen van de ziekte te beheersen, de ziekte in te passen in het leven en daarmee de ervaren kwaliteit van leven te verhogen. Zelfmanagement vraagt om een gezamenlijke verantwoordelijkheid en samenwerking van patiënt en zorgverlener. Zelfmanagement is effectief wanneer mensen zelf hun gezondheidstoestand monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties vertonen die bijdragen aan een bevredigende

kwaliteit van leven. De patiënt doet alleen dat wat hij aankan en waarbij hij zich veilig voelt. Dat betekent dat er in de praktijk verschillende niveaus van zelfmanagement zullen zijn.

Generieke en ziektespecifieke zorgmodules

Het model voor zorgstandaarden gaat uit van een modulaire opbouw van een zorgstandaard, met zowel ziektespecifieke als generieke componenten. De ziektespecifieke component is gericht op de preventie en zorg bij een bepaalde (specifieke) chronische ziekte. De andere component is generiek en kan van toepassing zijn op meerdere chronische ziekten, waarbij ziektespecifieke aanvullingen voor bepaalde aandoeningen kunnen gelden.

Gecombineerde leefstijlinterventie

De eerste keus bij de behandeling van kinderen en volwassenen met obesitas is een behandeling bestaande uit verschillende interventies. Deze 'gecombineerde leefstijlinterventie' bestaat uit het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering.

Ketenzorg

Ketenzorg is een onderling op onderdelen afgestemd geheel van processen en activiteiten, elkaar opvolgend in de tijd, met omschrijving van rollen, taken en verantwoordelijkheden van betrokken disciplines bij een bepaalde aandoening, met als doel optimale zorg te leveren aan de patiënt. Deze vorm van zorg wordt verleend op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen alle zorgverleners, gedurende het hele traject van preventie, diagnose, behandeling en begeleiding.

Integrale zorg

Zorg wordt vaak niet enkel in een verticale keten van opeenvolgende fasen, maar als een netwerk georganiseerd. In de organisatie van obesitaszorg, staat het belang van zorg die in samenhang rondom de patiënt georganiseerd wordt voorop. Dit wordt ook wel 'integrale zorg' genoemd.

Zorggroep

Levering van zorg komt in de praktijk tot uiting via zorgprogramma's, die de operationalisering zijn van een zorgstandaard door een zorggroep of door de samenwerkende zorgverleners in een bepaalde regio. Een zorggroep is een organisatie waarbinnen een groep zorgaanbieders zich in een juridische entiteit hebben verenigd om de zorgverlening op het gebied van een of meer (chronische) ziekten te verzorgen. De zorggroep levert een deel van de zorg zelf en contracteert vervolgens individuele zorgaanbieders uit verschillende zorgdisciplines waardoor een multidisciplinair behandelteam ontstaat. De zorggroep sluit contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren. Waar in de zorgstandaard wordt gesproken van een zorggroep, kan het in de praktijk ook een multidisciplinair samenwerkend behandelteam zijn.

Centrale zorgverlener

De centrale zorgverlener binnen de zorggroep is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt, is aanspreekpunt voor andere zorgverleners, ziet er op toe dat afspraken aansluiten op de wensen van de patiënt, afspraken over de behandeling op elkaar zijn afgestemd en afspraken zoals vastgelegd in het individueel zorgplan, worden nageleefd.

Individueel zorgplan

Het individueel zorgplan heeft als doel de gezondheidstoestand van de patiënt te verbeteren en beschrijft onder andere de zorgvraag, de oorzaken van de ervaren beperkingen, de medische en persoonlijke behandeldoelen, de behandelinterventies en de intensiteit van de behandeling. Ook de

verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners binnen de zorggroep zijn hierin vastgelegd. Het zorgplan wordt op maat gemaakt en aangepast aan kennisniveau, leeftijd, leefwijze en in welke fase van het gedragsveranderingsproces de patiënt zich bevindt.

Zorgcontinuüm

Het proces dat een persoon met een chronische ziekte doorloopt omvat verschillende fasen. De zorgvraag en inhoud van de zorg verschillen per fase. Hoewel in de praktijk niet altijd geheel van elkaar te onderscheiden, gaat de zorgstandaard uit van vier fasen. Het zorgcontinuüm bestaat achtereenvolgens uit preventie, diagnostiek, individueel zorgplan en behandeling en begeleiding. De fase 'behandeling' bestaat in de Zorgstandaard Obesitas uit een eerste fase van intensieve behandeling en een onderhoudsfase gericht op gedragsbehoud en terugvalpreventie.

Bijlage 2: Geconsulteerde deskundigen

Voor dit addendum is, in aanvulling op de in paragraaf 1.3 genoemde bronnen, gebruik gemaakt van informatie uit gesprekken die de auteurs de afgelopen jaren hebben gevoerd met diverse deskundigen in binnen- en buitenland op het gebied van onderzoek naar en behandeling van (ernstige) kinderoberitas. Dit addendum bevat een weerslag van hun inzichten, maar de tekst is niet door hen geautoriseerd. Hieronder een, niet uitputtend, overzicht van de diverse personen.

Olga van der Baan-Slootweg
Louise Bauer
Caroline Braet
Paul Brand
Hans Budde
Anneke Bulk-Bunschoten
Paul Chadwick
Henriette Delemarre
Liesbeth van Essen-Zandvliet
Carl-Erik Flodmark
Miranda Fredriks
Eric van Furth
Paul Gately
Stefan van Geelen
Jan Willem Greve
Ernest van Heurn
Remy HiraSing
Gerbrand van Hout
Anita Jansen
Kajsa Järholm
Francoise Langens
Monique L'Hoir
Harry MacMillan
Sabine Makkes
Staffan Mårild
Edgar van Mil
Sandra Mulkens
Sanne Niemer
Hanneke Noordam
Hiltje Oude Luttikhuis
Anita Planje
Nannette van der Pol
Corry Renders
Paul Sacher
Ann Tanghe
Emely de Vet
Anita Vreugdenhil
Erica Wamsteker
Jane Wardle
Philip van der Wees
Ram Weiss
Berdien van Wezel

Bijlage 3: De rol van ouders bij de behandeling van kinderobesitas

De omgeving van kinderen is van grote invloed op hun eetgedrag en lichamelijke activiteit. Ouders spelen een bepalende rol bij deze gedragingen omdat ze een voorbeeldrol voor hun kinderen vervullen en een bron zijn van kennis en vaardigheden rondom voeding en bewegen, maar ook omdat ze de kwaliteit en kwantiteit van voedsel in het huishouden voor een groot deel bepalen. Daarnaast bepalen ouders regels rondom eetgedrag en gedragingen die te maken hebben met inactiviteit (zoals televisie kijken en achter de computer zitten) of bewegen (sporten, buiten spelen, transport). Daarnaast hebben ouders (en broertje en zusjes) van kinderen met obesitas vaak zelf ook overgewicht of obesitas en leidt een gezinsaanpak tot verbetering van leefstijl en lichaamsgewicht bij alle gezinsleden.

De kern van de behandeling van obesitas is gedragsverandering. Onderzoek heeft uitgewezen dat de ouders een centrale rol vervullen bij het realiseren en behouden van de gewenste gedragsverandering bij kinderen. Epstein et al[17] lieten al in 1998 zien dat interventies gericht op ouders en kinderen na tien jaar significant betere resultaten opleverden dan interventies gericht op de kinderen alléén. Golan et al[18, 19] constateerden dat een behandelprogramma gericht op ouders alléén zelfs betere resultaten had dan een programma gericht op ouders en kinderen. Recente studies van Boutelle et al[20], Collins et al[21] en Golley et al[22] laten zien dat kinderobesitas eigenlijk het best behandeld wordt door ouders die daarbij ondersteund worden door zorgverleners die zich richten op de voor de ouders noodzakelijke kennis en vaardigheden in relatie tot hun eigen gedrag en dat van hun kinderen. Ook in Nederland werd vastgesteld dat een behandeling gericht op de ouders alléén (op de kortetermijn) effectief was (Jansen et al[23]).

De interventies richten zich over het algemeen op het eet- en beweeggedrag van de ouders maar ook op opvoedingsondersteuning (stijl en vaardigheden) en gezinsfunctioneren (Kitzmann et al[24]). De effectief gebleken interventies duren meestal 12-18 maanden en betreffen groepsbijeenkomsten en, indien nodig, individuele consulten met de betrokken ouders.

De hierboven besproken studies richten zich met name op kinderen met obesitas in de leeftijd tot 12 jaar. Bij oudere kinderen wordt de betrokkenheid van kinderen essentiëler maar is deelname door de ouders nog steeds een voorwaarde.

Er is niet veel onderzoek uitgevoerd naar kinderen met ernstige obesitas. Studies van Kalarchian et al[25] en Levine et al[26] laten zien dat ook in die gevallen een gezinsaanpak significant meer gewichtsverlies oplevert dan een conventionele behandeling gericht op de kinderen alléén.

Onder meer in de Verenigde Staten is de mogelijkheid ter sprake gesteld om ernstig obese kinderen die door hun gewicht levensbedreigende gezondheidsproblemen ondervinden, eventueel (tijdelijk) gedwongen uit huis te plaatsen indien er sprake is van chronische verwaarlozing door de ouders en alle andere beschikbare behandelopties hebben gefaald[27]. Dit betreft een maatregel die in Nederland niet aan de orde is en door het beschikbaar maken van goede ketenzorg waarbij de behandeling en begeleiding (ook) op de ouders is gericht, overbodig kan worden gemaakt.

Conclusie:

Bij de behandeling van kinderobesitas is de betrokkenheid van ouders essentieel. De behandeling van kinderen alléén lijkt niet effectief. De betrokkenheid van de ouders betreft meer dan het bijwonen van enkele individuele of groepsessies gericht op het kind. Er moet sprake zijn van een specifiek op de ouders gerichte behandeling die de ouders in staat stelt effectief hun eigen gedrag te veranderen (indien nodig) en ze in staat stelt als medebehandelaar van de obesitas van hun kinderen op te treden.