



Nederlandse
Vereniging voor
Kindergeneeskunde



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Behandeling van kinderen met Obesitas

Richtlijn
Webinar, 17 augustus 2021

Werkgroep



dr. F.M.H. (François) van Dielen



Prof.dr. E. (Ernst) van Heurn



dr. L.J.M. (Loek) de Heide



drs. J.W.J. (Willy) Jubels-Hatenboer



drs. R. (Ramona) Leysner



dr. E. (Eveliene) Dera-de Bie



drs. S. (Sanne) Laurijssen



drs. M.G.M. (Margreet) van den I



As Prof. dr. E. (Erica) van den Akker



Prof.dr. E. (Edgar) van Mill



As Prof.dr. A. (Anita) Vreugdenhil



dr. S. (Saskia) Bouma-de Jongh



dr. C.J. (Corjan) de Groot



dr. M. (Marja) van der Vorst



dr. A.J. (Arieke) Janse



dr. M. (Malika) Chegary



dr. I. (Irene) Peters



drs. M. (Marloes) Meurs



dr. I.M. (Irina) Mostovaya

Klankbordgroep



As Prof. dr. J. (Jutka) Halberstadt



drs. R. (René) Glijsteen



dr. S.N. (Stefanie) Hofstede

Met ondersteuning van



Huisartsenpraktijk
Kloppenborg & Glijsteen

Haalt het beste uit kinderen! Hart Ziekenhuis
Open voor iedereen



Belangenverklaringen

De KNMG-code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling is gevolgd.

Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen staat op de website van de richtlijndatabase

Autorisatie

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Nederlands Huisartsen Genootschap
Nederlandse Internisten Vereniging
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Nederlands Instituut van Psychologen
Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
Stichting Kind en Ziekenhuis
Nederlandse Stichting Over Gewicht

Voor welke beroepsgroep is deze richtlijn? *Inleiding*

- Kinderartsen (primair)
- Huisartsen
- Verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten kindergeneeskunde
- Diëtisten
- Psychologen
- Fysiotherapeuten
- Jeugdartsen, Jeugdverpleegkundigen
- Chirurgen
- Internisten
- Andere beroepsgroepen zoals opvoedkundig adviseurs, maatschappelijk werkers, jeugdhulpverleners, combinatiefunctionarissen, buurtsportcoaches, onderwijsprofessionals en aanbieders van interventies en van reguliere voorzieningen

Waar gaat de richtlijn over?

Inleiding

Kinderen 0-18 jaar

Obesitas, een chronische ziekte

Grote impact fysiek en psychosociaal

Passende ondersteuning en zorg

Evidence based review

Behandelmethode- effectiviteit en plaatsbepaling

- Leefstijlinterventies
- psychosociale interventies
- eHealth en mHealth
- medicamenteuze interventies
- chirurgische interventies.

Leerdoelen

Inleiding

1. Kunnen benoemen wat je minimaal moet **uitvragen of onderzoeken** bij een kind met obesitas om de kans op succesvolle leefstijlverandering in kaart te brengen.
2. Kunnen benoemen welke eigenschappen een **effectieve gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)** minimaal bevat
3. Leren wanneer **cognitieve gedragstherapie (CGt)** bovenop een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) van toegevoegde waarde kan zijn.
4. Weten wanneer **medicamenteuze** behandeling ingezet kan worden als aanvulling op een gecombineerde leefstijl interventie bij kinderen met obesitas.
5. Weten wanneer **bariatrische** chirurgie bij kinderen geïndiceerd is.
6. Kennis nemen van het **patiëntenperspectief**.

Programma en Sprekers

Inleiding

Gecombineerde leefstijlinterventie

Françoise van Leeuwen, arts M&G/MPH i.o., Jeugdarts GGD-HM

Cognitieve gedragstherapie

Margreet van den Berg, GZ psycholoog, Jeroen Bosch ziekenhuis, GGZ Oost Brabant

Medicamenteuze en bariatrische behandeling

Erica van den Akker, Kinderarts endocrinoloog, Erasmus MC Sophia Kinderziekenhuis

Patientenperspectief

Willy Jubels-Hatenboer, vertegenwoordiger patiëntenvereniging Stichting Over Gewicht

Gecombineerde Leefstijlinterventie

Françoise van Leeuwen

Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

Achtergrondinformatie

- Behandeling obesitas: gecombineerde leefstijlinterventie (GLI): samenhangend aanbod van interventies gericht op voeding, beweging & gedragsverandering
- Doel: verbetering leefstijl -> afname/stabilisatie gewicht & verbetering kwaliteit van leven
- Praktijk: GLI werkt, mate van succes voor sommige kinderen ontoereikend.
- Zoekvraag: Welke factoren zijn gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas?

Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

PICO

Patiënten: kinderen met obesitas ($BMI \geq 30$ kg/m² geslachts- en leeftijdgecorrigeerd)

Interventie: prognostische factoren voor succesvolle GLI als behandeling van obesitas

● Kindfactoren:

- Baselinegewicht
- Geslacht
- Leeftijd
- Medisch

➤ Perinataal (zwangerschapsdiabetes moeder, roken tijdens zwangerschap, laag geboortegewicht met snelle inhaalgroei, hoog geboortegewicht, BV, gewichtstatus moeder voor/tijden zwangerschap, gewichtstoename moeder tijdens zwangerschap).

➤ Snelle toename gewicht (voor kinderen tussen 0-2 jaar geldt een toename van ≥ 0.67 SDS)

Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

PICO

- *Gewicht/leeftijd \geq 95ste percentiel bij 0.5-2 jaar.*
- *Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR)*
- *Vroege puberteit*

• Psychisch

- *Trauma*
- *Zelfbeeld/angst/depressie*
- *Eetstoornis*
- *impulsiviteit/ADHD*

• Pesten

- *Verslaving (gamen)*

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

Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

PICO

- Ouderfactoren:
 - Lage sociaaleconomische positie (SEP)
 - Etniciteit (Turks, Marokkaans)
 - Problematiek ouder (schulden & huisvesting, psychische problemen, kindermishandeling, scheiding & relatieproblemen)
 - Ouderschap:
 - Leefstijl (voeding, bewegen en slaap)
 - Grenzen stellen
- Genetische factoren/genetische aanleg

Comparison

afwezigheid van deze factoren

Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

PICO Outcome

- Gewicht:
 - in de groei: gewichtstabilisatie na 1 jaar. Behandeling & handhaving hiervan in de fase van onderhoud (tenzij dat tijdens groeispurt van het kind onhaalbaar is)
 - Uitgegroeide kinderen met een matig verhoogd GGR wordt gestreefd na $\geq 5\%$ gewichtsverlies na 1 jaar behandeling en handhaving hiervan in de fase van onderhoud.
 - Uitgegroeide kinderen met een sterk/extreem verhoogd GGR wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 10\%$ na 1 jaar behandeling & handhaving hiervan in de fase van onderhoud.
- Percentage drop-out
- Gezondheid (afnemen van co-morbiditeit & risicofactoren van co-morbiditeit)
- Kwaliteit van leven.

Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

Voorkeuren

ouders/verzorgers:

- interventie die beste werkt & goede informatie over de kansen op succes
- frequente zorg dicht bij huis (PV)

Kinderen met obesitas:

- aandacht voor individuele doelen & zorgen patient (PV)
- bezorgd om sociale impact die obesitas in hun leven heeft & minder met het effect op de gezondheid (syst. review Rees 2011)
- aandacht voor motivatie & gemotiveerd houden (PV)

Motivatie gelinkt aan de behandelresultaten (Braden 2014)

- bij vertrouwen verliezen in reguliere behandelprogramma's risico op technieken ongezonde afname overgewicht zoals extreme calorische restrictie en laxantiagebruik (Cinelli 2016)

Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

Methode

Database Medline (OVID), Embase (embase.com) en Cochrane Library (Wiley) juli 2018

zoektermen: zie richtlijn

Gezocht naar systematische reviews, randomized controlled trials en observationele studies.

Na selectie 12 studies over

Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

Kwaliteit van bewijs

Wat moet je minimaal uitvragen bij een kind met obesitas om de kans op succes van een leefstijlverandering in kaart te brengen ?

- alleen indirect bewijs gevonden.
- gewichtsafname bij ouders.
- psychische problematiek bij ouders en de aanwezigheid van obesitas-gerelateerde co-morbiditeit bij ouders

Op basis van expert opinion adviseert de werkgroep om uit te gaan van de aspecten die genoemd zijn in het “landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas” (Care for Obesity 2018)

Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas



Bron: landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas” (Bron Sijben et al 2018)

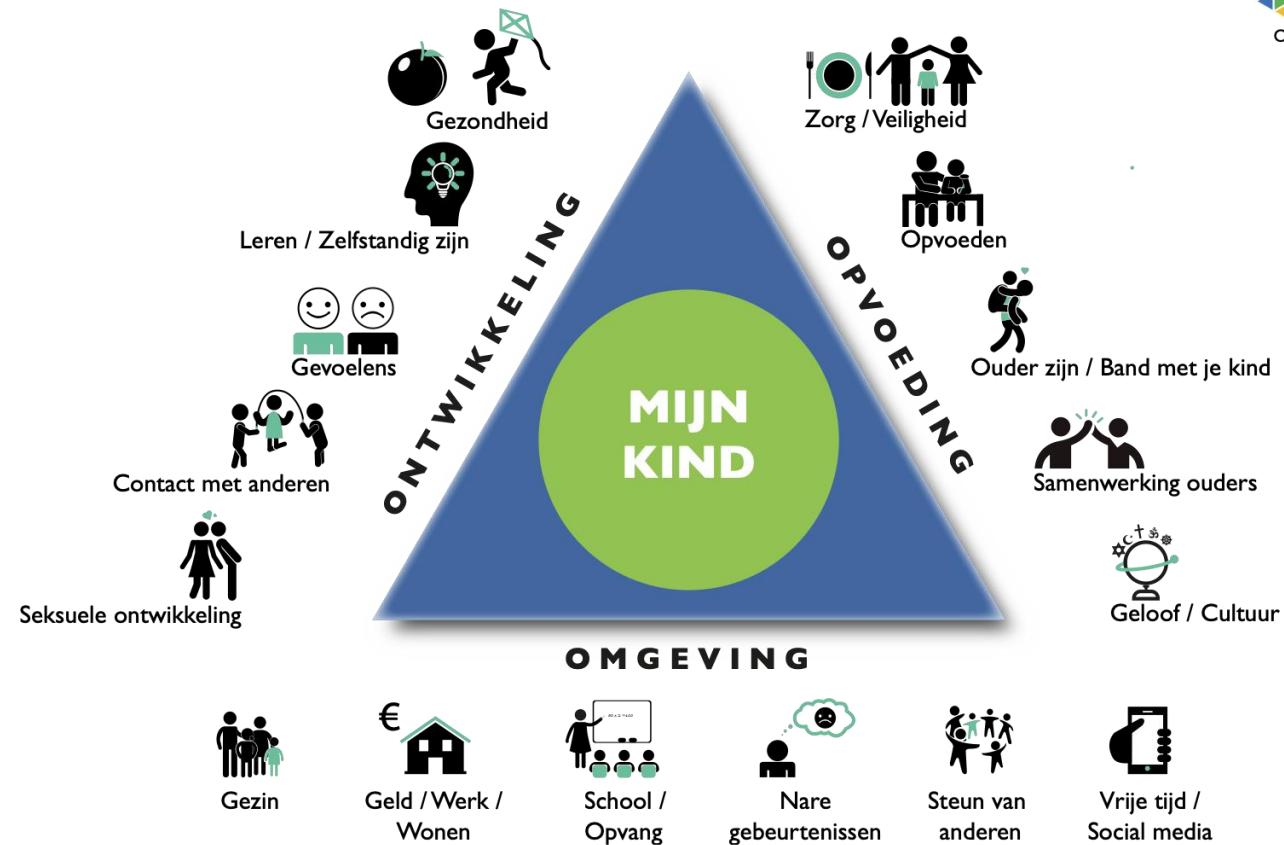
Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

Aanbevelingen

1. Brede anamnese:

- *lichamelijke gezondheid van het kind.*
- *psychische gezondheid van het kind*
- *leefstijl van kind en gezin: voeding, beweging en slaap.*
- *sociale participatie van het kind*
- *welzijn van de ouders*
- *dynamiek in het gezin*
- *opvoedkundige vaardigheden van de ouders*

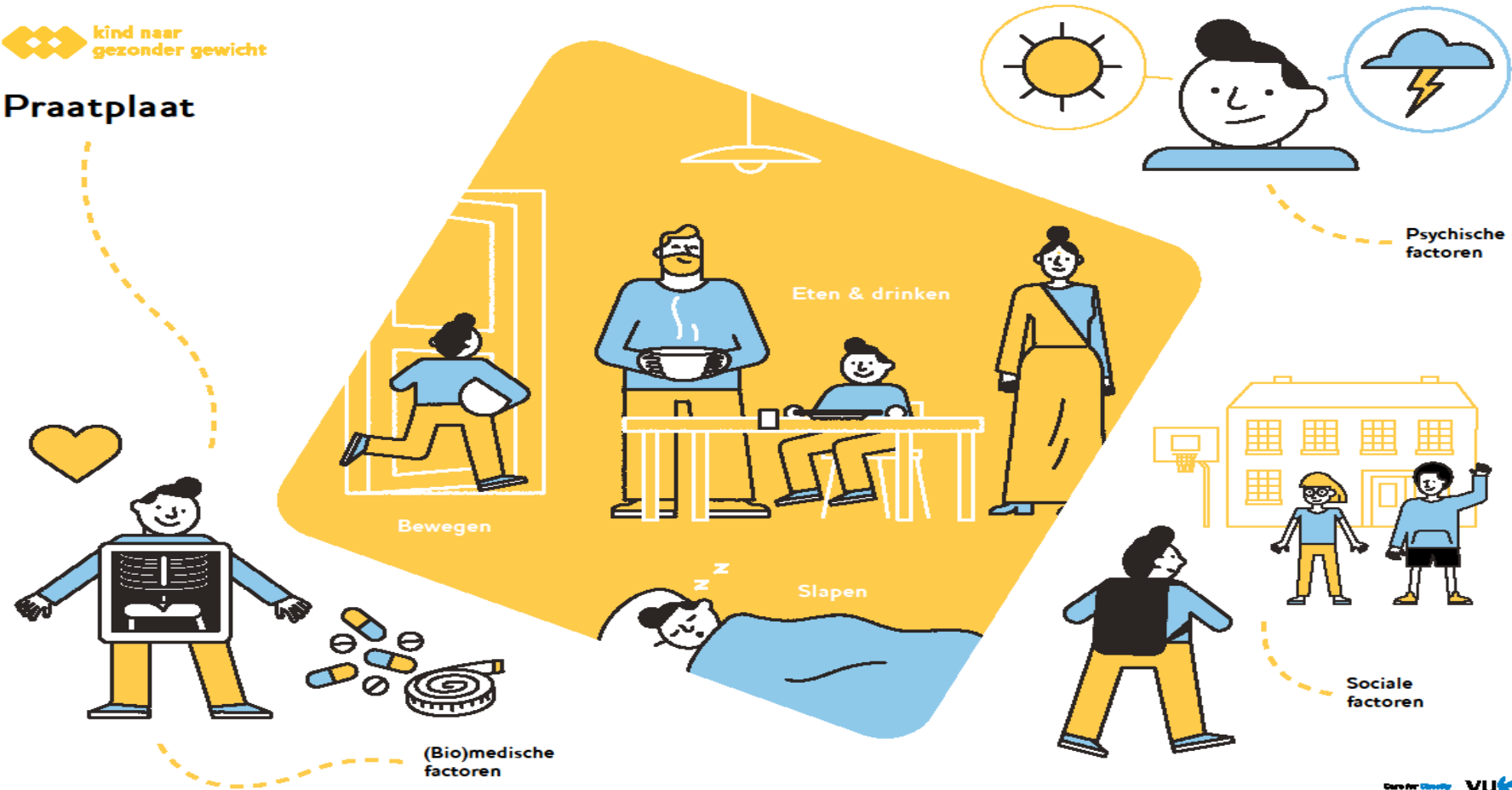
GEZAMENLIJK INSCHATTEN VAN ZORGBEHOEFTE (GIZ)



Praatplaat kind naar gezonder gewicht

kind naar
gezonder gewicht

Praatplaat



Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

Aanbevelingen

2. Verricht lichamelijk onderzoek-conform de Zorgstandaard Obesitas -om de mogelijke aanwezigheid van bijkomende ziekten of het risico daarop in te schatten.
3. Verricht aanvullende onderzoeken als daarvoor een indicatie is zoals:
 - Aanvullend lichamelijk onderzoek
 - Aanvullend medisch of genetisch onderzoek
 - Aanvullend onderzoek op psychisch of psychosociaal gebied
 - Aanvullend onderzoek op gebied van voeding.

Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

- ▶ factoren die een duurzame gedragsverandering belemmeren of juist bevorderen *en die veranderbaar zijn.*
- ▶ aansluitend bij kind & ouder.
- ▶ motivatie beïnvloedende factoren
 - de mate waarin kind en ouders de vrijheid voelen zelf te bepalen welke verandering ze wanneer en op welke wijze doorvoeren.
 - hoe bekwaam zij zich voelen om de verandering te realiseren.
 - in hoeverre zowel kind als ouders zich gesteund weten door anderen.
- ▶ Centrale zorgverlener

*Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle
GLI bij kinderen met obesitas*

Kosten (middelenbeslag)

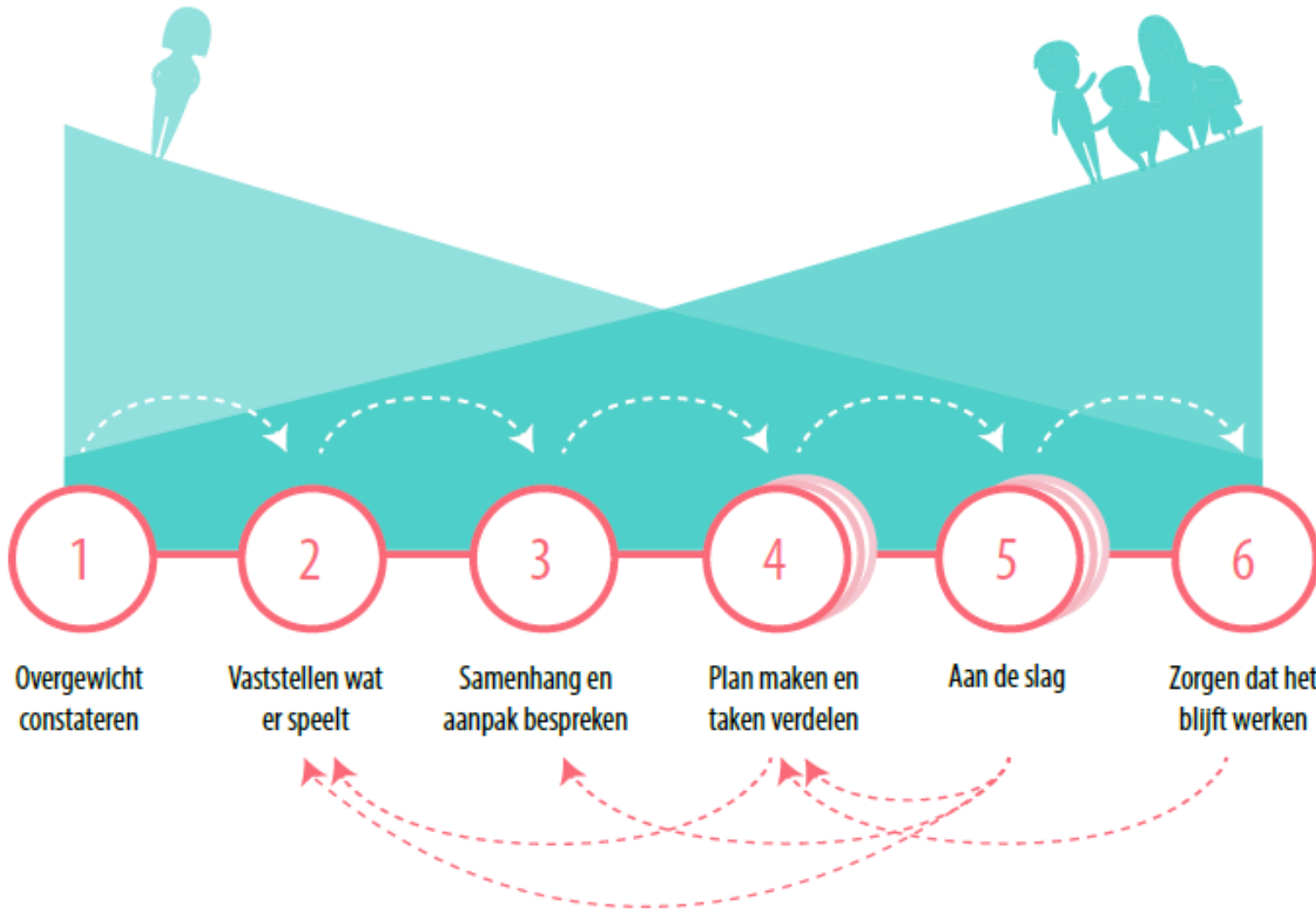
- Totale zorgkosten gerelateerd aan overgewicht in NL 1,6 miljard (RIVM 2012)
- kosten van uitvragen bij eerste gesprek zijn niet goed in te schatten

Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI bij kinderen met obesitas

BIJDRAGE PROFESSIONAL

BIJDRAGE OUDER EN KIND

Processtappen bij overgewicht



Bron: *Sijben et al 2018*,
<https://kindnaargezondgewicht.nl/>

*Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle
GLI bij kinderen met obesitas*



Animatiefilmpje ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas - Care for Obesity

<https://www.youtube.com/watch?v=976Unu9KPZc>

Eigenschappen van een goede GLI



Bron: Fotolia

Eigenschappen van een goede GLI

- is een bepaald type eet-of beweeginterventie beter dan een andere?
- Zijn aanvullende behandelcomponenten van de GLI van toegevoegde waarde?

Kwaliteit van bewijs

- ▶ 6-13 jaar metanalyse (2017): geen statistisch significant effect op BMI z-score van toevoegen van additionele componenten op GLI.
Betreft gezamenlijk gepoolde data die heterogeen waren qua type interventie.
- ▶ 13-17 jarige: geen blijvend effect van variatie in type dieet of beweeginterventie op de uitkomstmaat BMI z-score.

Kwaliteit van bewijs

De bewijskracht om binnen een GLI te kiezen voor een bepaalde dieet- of beweeginterventie met als doel BMI-z score reductie is **zeer laag**.

Reden:

- aantal studies waarbij 2 GLI's maar op 1 punt verschillen is klein
- heterogeniteit binnen de beschikbare studies is groot
- vaak studies met weinig geïnccludeerde kinderen
- vaak niet gekeken naar subgroepen qua eetgedrag (bv binge-eating)

Eigenschappen van een goede GLI

Take home message

- Kies GLI die minimaal bestaat uit bevorderen van gezond gedrag op gebieden voeding, bewegen & slaap.
- Bepaal de intensiteit van de GLI op basis van het GGR
- Richt een GLI op het systeem (gezinsgericht) & niet alleen op het individuele kind.
- Onderzoek de doelen en verwachtingen van het kind en de ouders en sluit daarbij aan.
- Interventie waarbij de regie verschuift van de zorgverlener naar de patient en het systeem van de patient.
- Monitor de motivatie voor behandeling bij kind & ouders.

Dank voor jullie aandacht!
Vragen, opmerkingen?



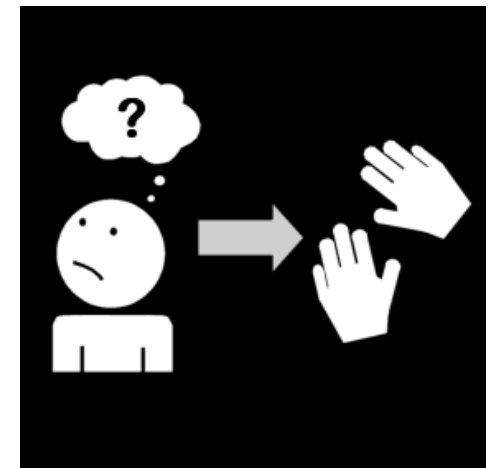
Cognitieve gedragstherapie

Margreet van den Berg, Gz-psycholoog

Wanneer is cognitieve gedragstherapie van toegevoegde waarde?

Cognitieve gedragstherapie

- Een actieve en doelgerichte psychotherapie waarbij het draait om anders leren denken, voelen en doen



Wanneer is cognitieve gedragstherapie van toegevoegde waarde?

Uitgangsvraag

- Wat is de toegevoegde waarde van CGT toegevoegd aan een GLI ten opzichte van usual care?
- Welke variant van cognitieve gedragstherapie is dan effectief

Studies

Wanneer is cognitieve gedragstherapie van toegevoegde waarde?

Ball	2011	GLI -> GLI met CGT, MI, counseling
Njardvik	2018	GLI (FBT) -> GLI met Appetite Awareness Training
Bean	2018	GLI met educatie -> GLI met motivational interviewwing
Herrera	2004	GLI met educatie -> GLI met CT -> GLI met GT
Verbeken	2013	GLI met CGT -> GLI met executieve functie training

Resultaten

Wanneer is cognitieve gedragstherapie van toegevoegde waarde?

Motiverende gespreksvoering (MI)	Meer gewichtsverlies in de groep kinderen die CGT en MI kregen vergeleken met enkel GLI. Geen verschil wanneer MI vergeleken wordt met educatie toegevoegd aan de GLI
Gedragstherapie (GT)	De groep kinderen met gedragstherapie liet de meeste reductie zien in vergelijking met CT en educatie.
Cognitieve therapie (CT)	Enkel toevoegen van cognitieve technieken geeft een minder goed effect op gewichtsreductie dan GT en verschilde weinig van het krijgen van extra educatie
Appetite Awareness Training	Bij de nameting na 1 en na 2 jaar meer gewichtsverlies in de groep die naast de GLI deze training volgde.
Executieve functie training	Geen verschil met de groep die CGT kreeg bij de GLI. Wel waren kinderen na 12 weken verbeterd op werkgeheugen en inhibitie.

Aanbevelingen

Wanneer is cognitieve gedragstherapie van toegevoegde waarde?

Aanbeveling

Overweeg cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van kinderen met obesitas met een sterk verhoogd of extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico.



Wanneer is cognitieve gedragstherapie van toegevoegde waarde?

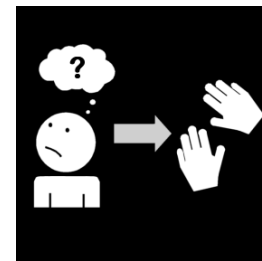
Wanneer verwijzen voor CGT

Verwijs kinderen met obesitas;

- Bij een sterk verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico

En overweeg verwijzing voor cognitieve gedragstherapie als er sprake is van:

- Pestervaringen die nog nare herinneringen geven
- Een grote lijdensdruk mbt hun lichaam en gewicht
- Verstoord eetgedrag
- impulsiviteit



Wanneer is cognitieve gedragstherapie van toegevoegde waarde?

Aandachtspunten bij verwijzing voor CGT

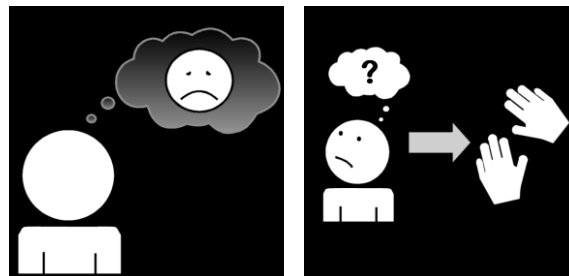
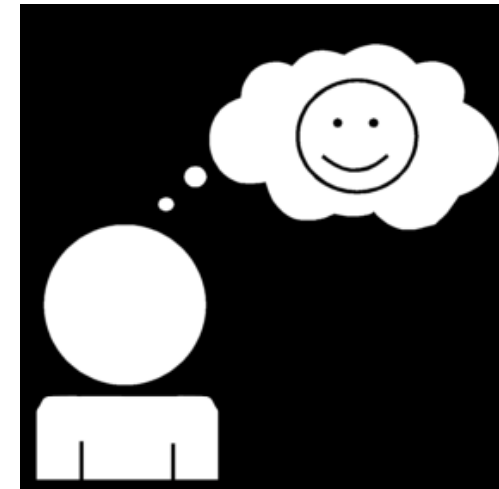
- Vergoeding; voor kinderen tot 18 jaar wordt basis en specialistische GGZ vergoed door de gemeente.

Indicatiestelling

- Op basis van de DSM-5
 - > ADHD, PTSS, Eetstoornissen (eetbuistoornis, boulimia nervosa)
 - > Angst, stemmingsklachten, stress gerelateerde stoornis

Gereedschapskist

Wanneer is cognitieve gedragstherapie van toegevoegde waarde?



Wanneer is cognitieve gedragstherapie van toegevoegde waarde?

Vragen?





Medicatie en bariatrische chirurgie

Erica van den Akker

Uitgangsvraag

Wat is de rol van medicamenteuze behandeling als aanvulling op een GLI?

PICO

Rol van medicatie

GLI ten opzicht van GLI+medicatie

Uitkomstmaten

Gewicht: BMI; BMI-SDS; BMI-z score

CVD Risicofactoren en comorbiditeiten

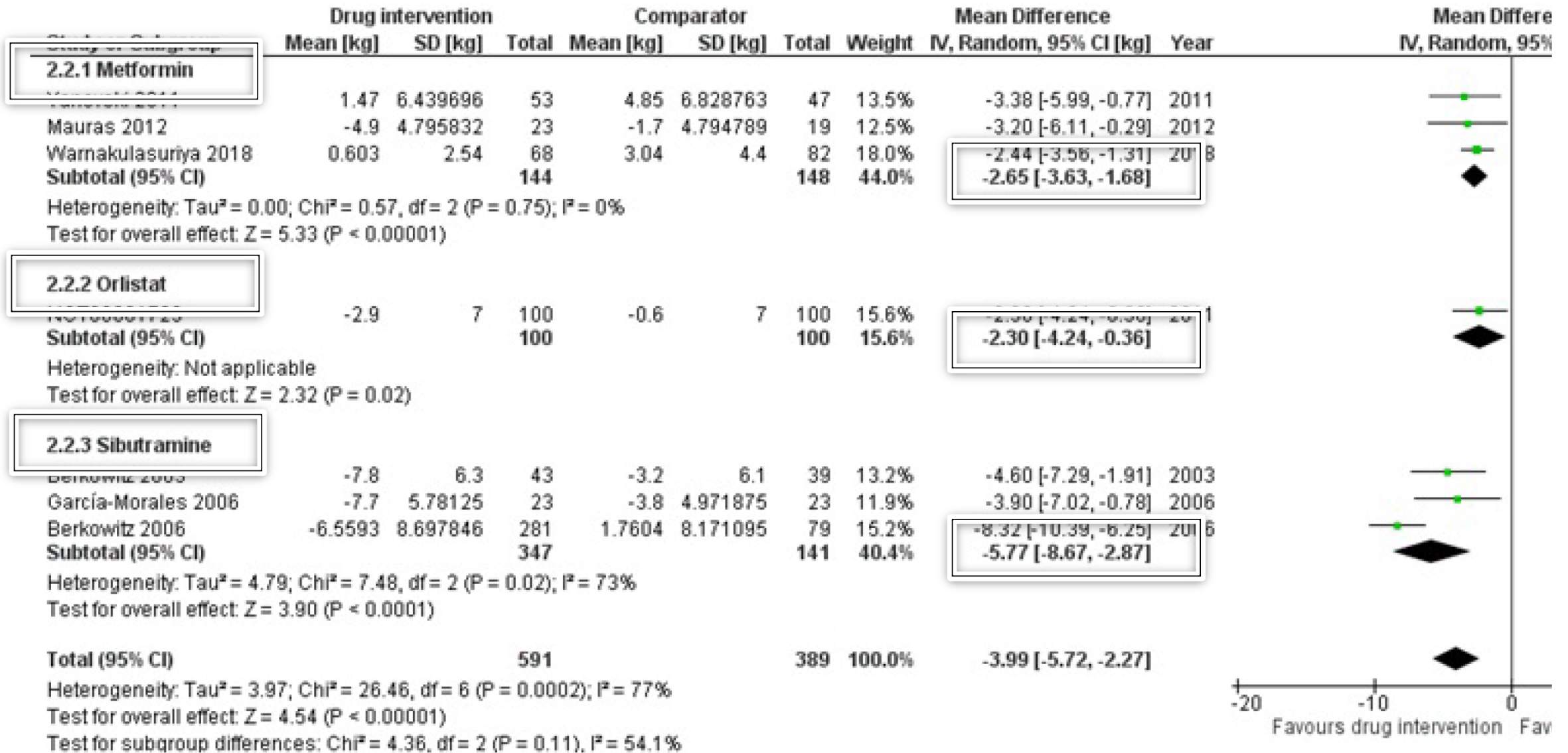
Kwaliteit van leven

Duur follow up >1 jaar

Resultaat

Redelijk GRADE	<p>Additionele medicamenteuze behandeling bij een GLI ten opzichte van alleen een GLI leidt waarschijnlijk tot een grotere afname danwel mindere toename in overgewicht bij kinderen met obesitas.</p> <p><i>Bronnen: Berkowitz, 2003; Berkowitz, 2006; Garcia-Morales, 2006; Mauras, 2012; NCT00001723; van der AA, 2016; Warnakulasuriya, 2018; Yanovski, 2011</i></p>
---------------------------	--

Resultaten



Aanbeveling (1/2)

Rol van medicatie

Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is en blijft de basis

Schrijf anti-obesitas medicatie niet protocollair voor.

Overweeg metformine of "EMA-approved" medicatie in individuele gevallen als de maximale GLI interventie niet effectief is.

In obesitas expertise centra

Generieke naam	Merknaam	EMA EU approval?	Vergoeding ziektekosten
Orlistat (1998)	Xenical 60 of 120 mg	Nee, wel voor volwassenen	
Metformine	Metformine 500, 850, 1000 mg	Ja, DM2 Leeftijd 10+	Ja
GLP1R (2019, 2021)	Saxenda 3 mg	Ja, obesitas Leeftijd 12+	nee
Lorcaserin (2019)	Belviq	Nee (withdrawal)	nee
Naltrexon/bupropion (2019)	Mysimba 8/90 mg	Nee Wel voor volwassenen	nee
MC4R agonist Setmelanotide (2021)	Imcivree 3 mg	Ja, genetische Obesitas Leeftijd 6+	nee

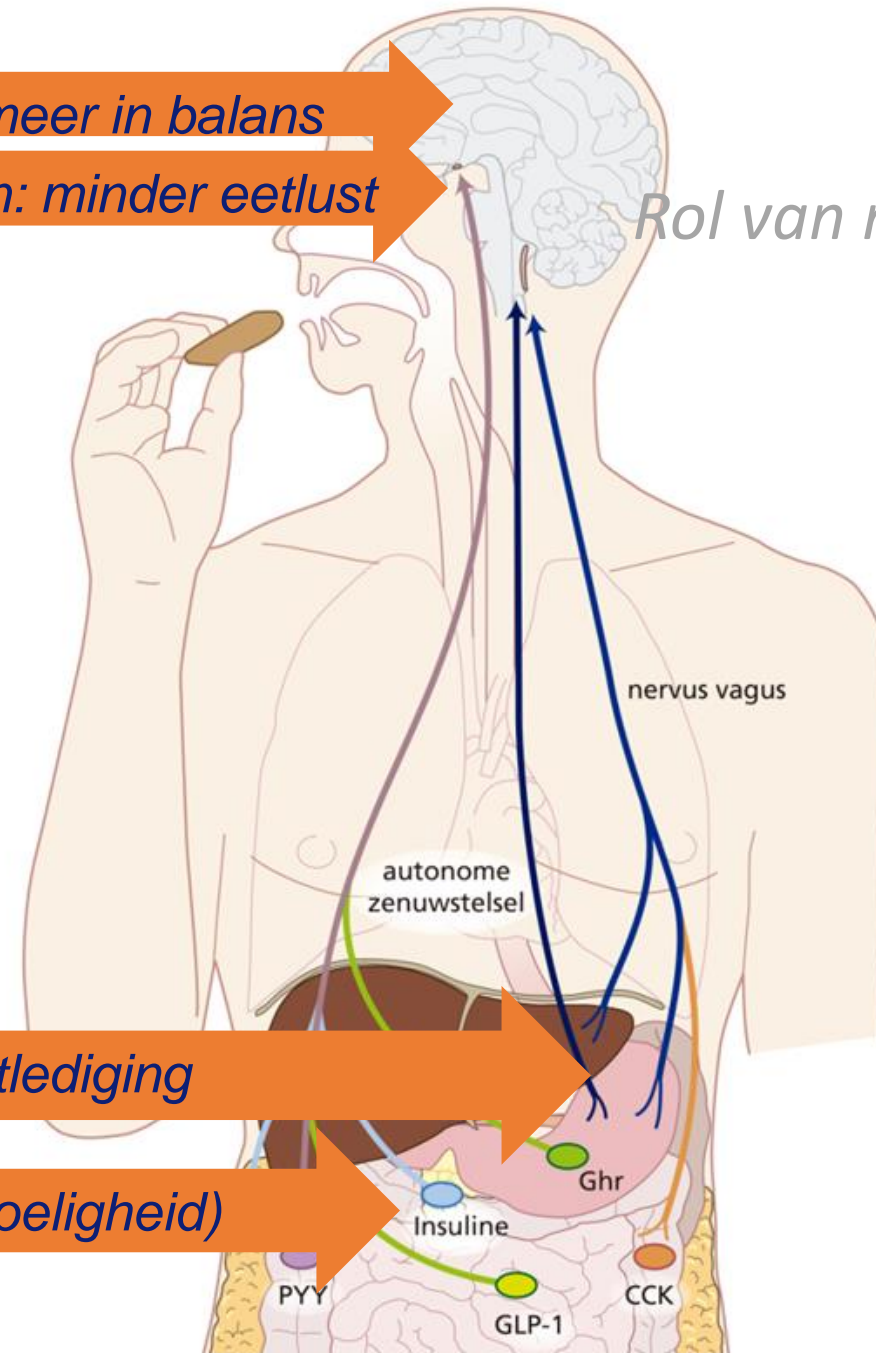
Werking

gewichtsafname 4-5%

Beloningssysteem meer in balans

Neuroendocrien: minder eetlust

Rol van medicatie



Voorbeeld effect van GLI -5%

Rol van medicatie



Voorbeeld effect van GLI+medicatie -5% extra

Rol van medicatie



Aanbeveling (2/2)

Overweeg een proefbehandeling van 12 weken volwaardige dosis

Gezamenlijk besluit met de patient

Voorlichting over de te verwachten effecten en bijwerkingen.

Neemt de BMI of BMI z-score met meer dan 4% af?

- ja, continueer 6-9 maanden en evalueer effect.
- nee, staak medicatie



Vragen?

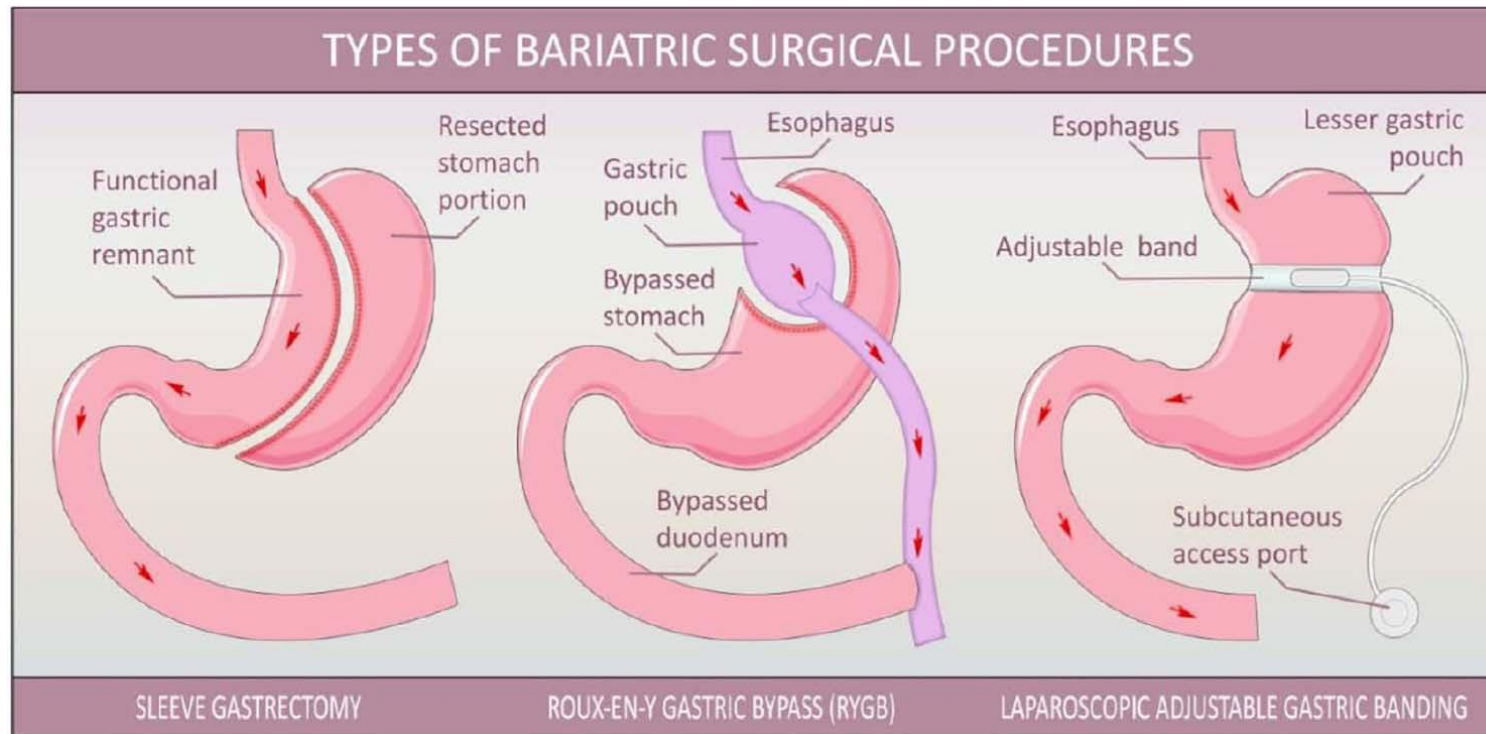
Uitgangsvraag bariatrische chirurgie

Wat is de indicatiestelling voor bariatrische chirurgie bij kinderen met obesitas bij wie een GLI onvoldoende effect oplevert?

Bariatrische chirurgie

Indicatie bariatrie

Wat is de indicatiestelling voor bariatrische chirurgie bij kinderen met obesitas bij wie een GLI onvoldoende effect oplevert?



maagverkleining

maagverkleining

maagband

Resultaten 3 studies

Indicatie bariatric

PICO: Bariatric versus GLI, in adolescenten 13-18 jaar oud, follow up minimal 2 jaar

O'Brien (2010)

RCT maagband vs GLI

n=25/25; follow up: 2 jaar

Olbers (2012 en 2017)

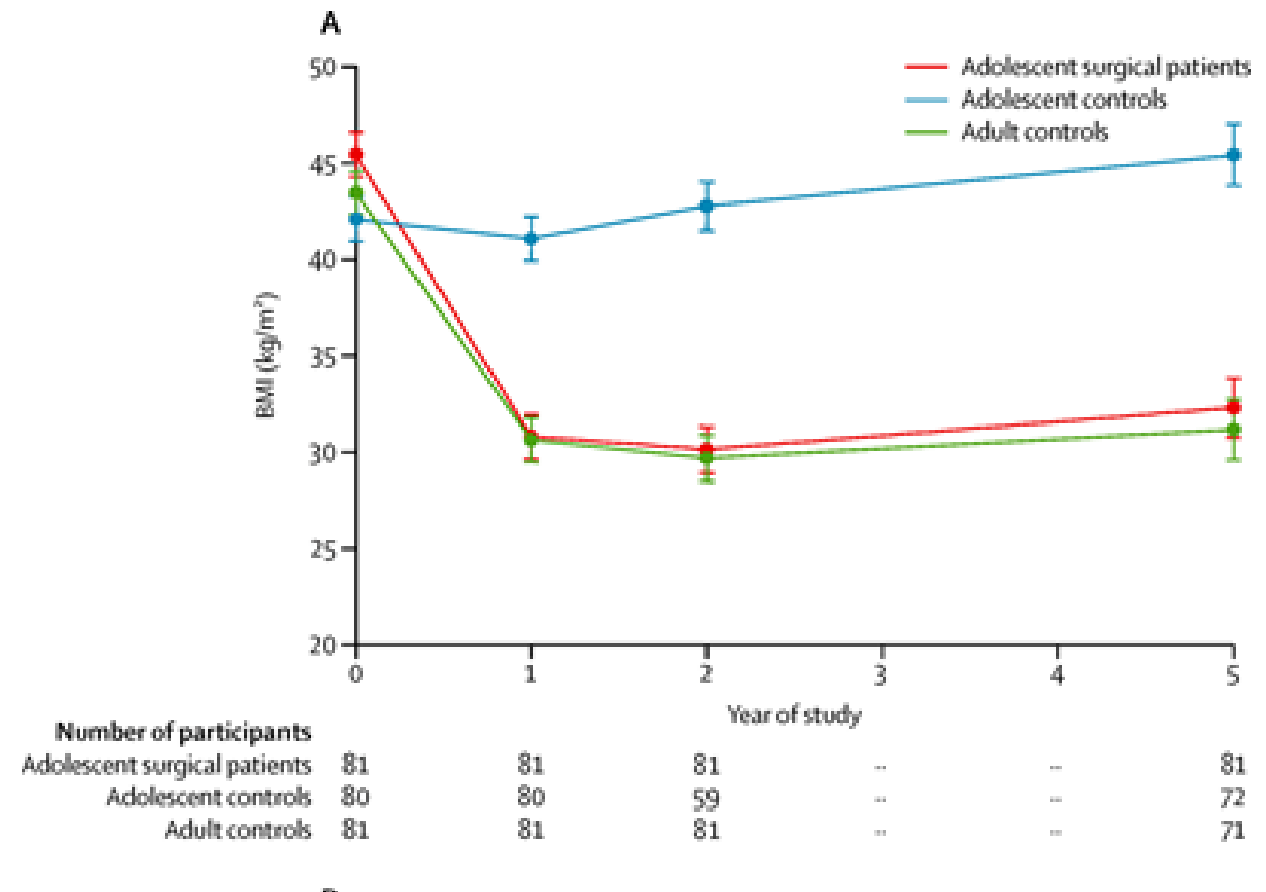
observationeel maagverkleining RYGB vs GLI

n= 81/80; follow up 2 en 5 jaar

Hunsaker (2018)

observationeel maagverkleining vs GLI

n= 127/ 75; follow up 2 jaar



Olbers 2017

Aanbeveling

Indicatie bariatric

Primaire terughoudendheid

Overweeg op individuele basis bij gerede kans op ernstige lichamelijke of geestelijke schade

- ✓ BMI > 40 kg/m² of > 35 kg/m² met ernstige co-morbiditeit
- ✓ Eindpubertair
- ✓ Intensieve GLI > 1 jaar

- ✓ Oorzaken en onderhoudende factoren in kaart
- ✓ De adolescent participeert in een multidisciplinair programma en de levenslange follow up
- ✓ Expertisecentrum



Vragen?

Patiëntperspectief

Willy Jubels-Hatenboer



Patiëntenperspectief

- Vrijwilligster bij de NSOG met focus op kinderen met overgewicht of (ernstige) obesitas en ter ondersteuning van hun ouders/verzorgers.
- NSOG behartigt de belangen van kinderen & volwassenen met overgewicht ongeacht de oorzaak. Handige website met tips, verwijzingen, medische updates en eigen magazine.
- Doel: meer begrip voor mensen met overgewicht of obesitas en vooral het negatieve stigma verwijderen.



Patiëntenperspectief

- Dochter met een vorm van genetische obesitas.
- Lange zoektocht naar de oorzaak; vaak van kastje naar de muur gestuurd.
- Vaak onbegrip en weinig steun.



Patiëntenperspectief

- Medische wereld staat zeker niet stil. Tegenwoordig zijn er gelukkig steeds meer medische mogelijkheden (medicijnen en behandelingen) om obesitas aan te pakken.
- Maar een eerste stap begint bij de GLI: voeding, beweging en gedragsverandering. Mogelijk aangevuld met cognitieve gedragstherapie.
- Deze medische richtlijn geeft belangrijke handvatten voor zowel de professionals en zorgverleners als ook de patiënten (<18 jaar) en hun ouders/verzorgers.



Patiëntenperspectief

Speciale aandacht voor kinderen met obesitas (en hun ouders):

- Ze zijn meer dan alleen een "BMI". Naast fysieke, ook sociaal-emotionele problemen.
- Belangrijk om hun vertrouwen te winnen wil je iets bereiken.
- Aandacht voor motivatie en gemotiveerd houden.
- Stem doel en verwachtingen af op kind & ouders. En sluit behandelplan daarop aan. Behandeling op maat!
- Behandelingen liefst op 1 locatie dichtbij woonomgeving.



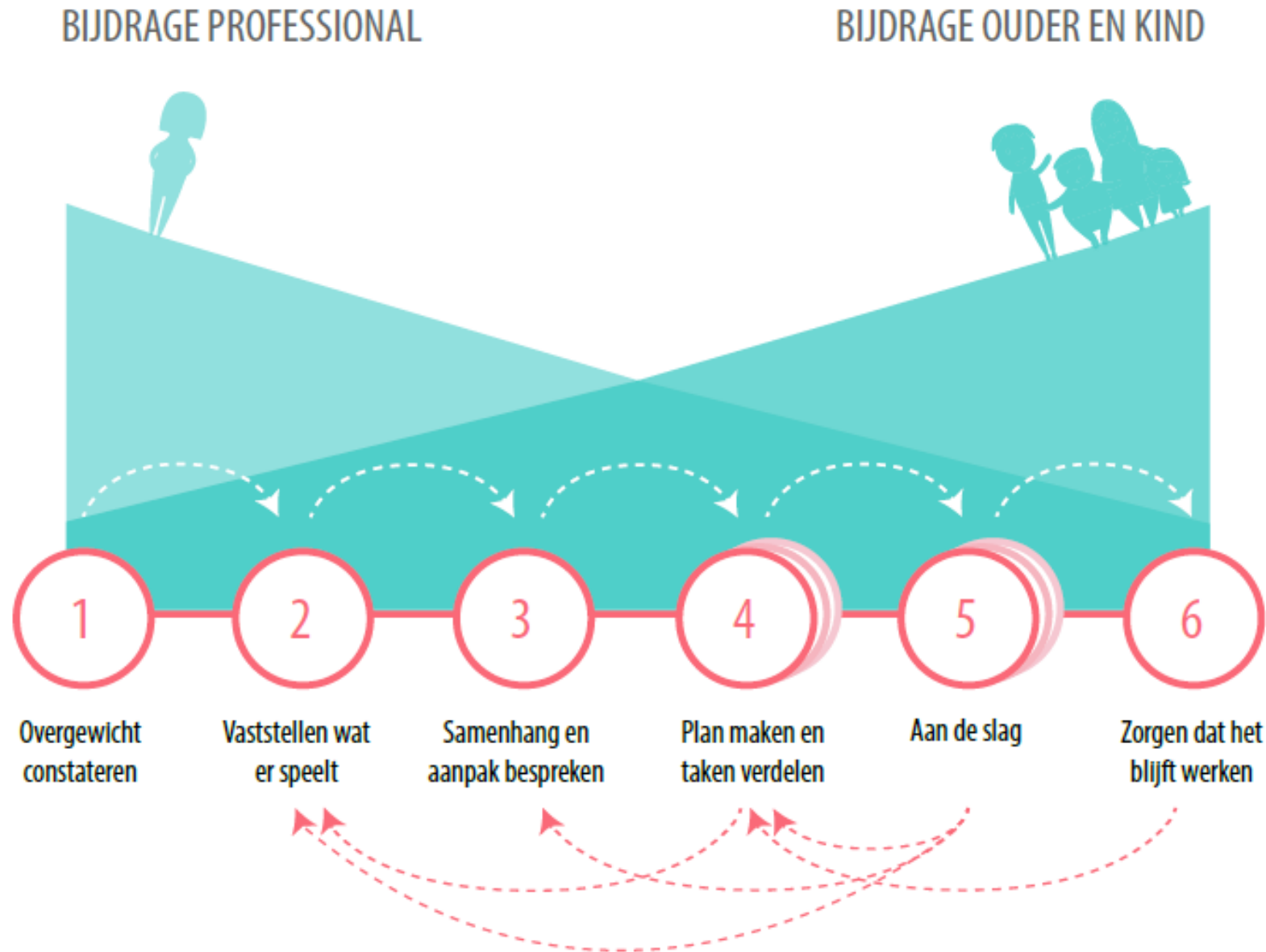
Patiëntenperspectief

- Extra aandacht in onderzoek en behandelplan voor: culturele achtergrond, andere moedertaal, gescheiden ouders of opvang anderszins , sociaal-economische status, stressvolle omgeving.
- Centrale zorgverlener biedt uitkomst bij het coördineren en ondersteunen van kind & ouders bij hun problemen.
- **Obesitas is een chronische ziekte** en moet als zodanig gediagnostiseerd en behandeld worden. Dankzij deze richtlijn kunnen kinderen met obesitas de benodigde steun vinden en krijgen. Ze hebben er recht op!

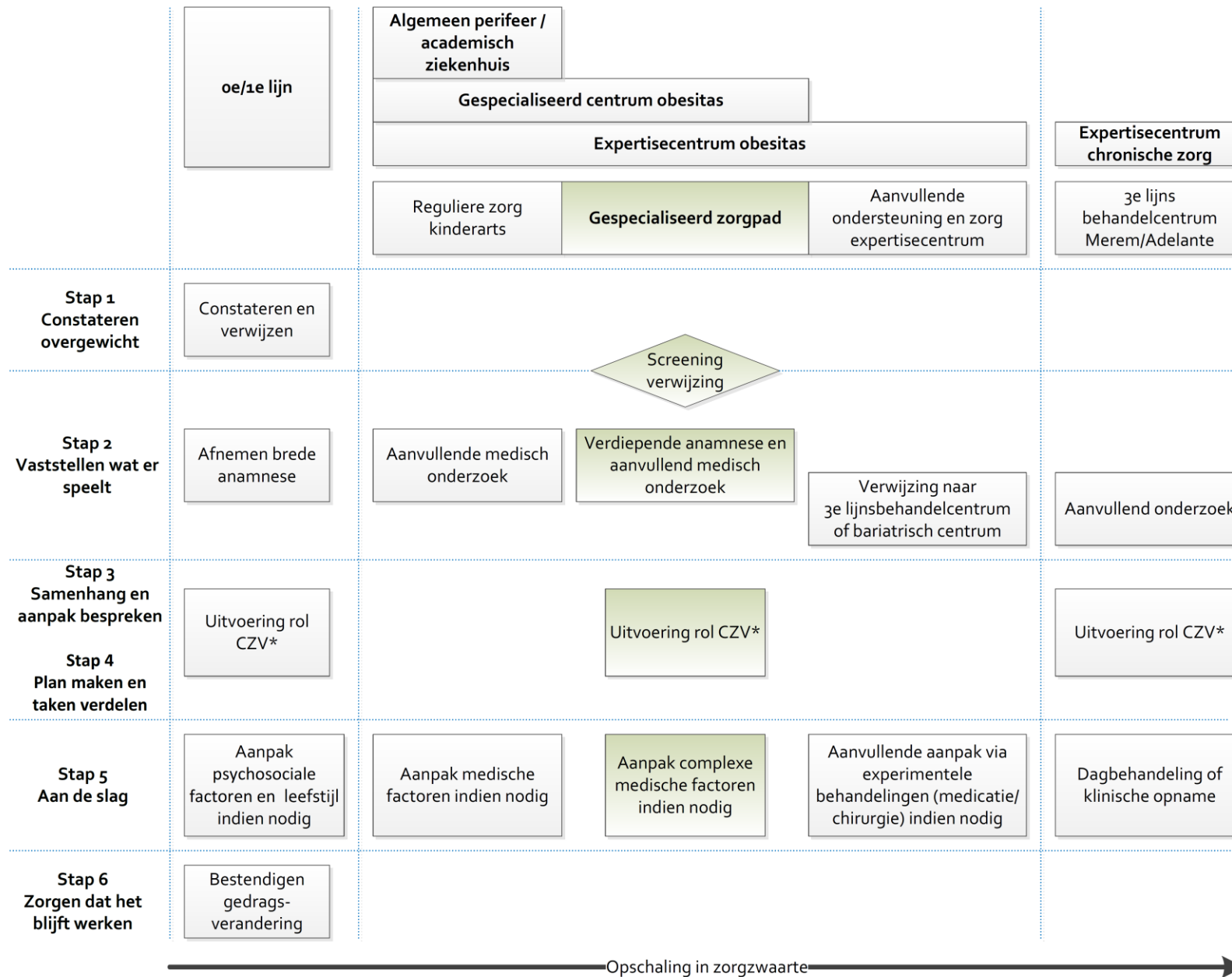


Vragen?

Organisatie van zorg



Organisatie van zorg



Regionale samenwerking tussen gespecialiseerd zorgpad en erkend expertisecentrum

CVZ = centrale zorgverlener

Overzicht

1. Gecombineerde Leefstijlinterventie

- Factoren gerelateerd aan de kans op een succesvolle GLI
- Eigenschappen succesvolle GLI

2. Cognitieve gedragstherapie

3. Medicamenteuze en bariatrische behandeling

- Rol van medicatie
- Indicaties bariatrie

4. Patiënt perspectief

Organisatie van Zorg

Waar staat de richtlijn?

Search: “richtlijn obesitas kind” of richtlijndatabase

Link:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/behandeling_van_kinderen_met_obesitas/startpagina_-_behandeling_van_kinderen_met_obesitas.html



<https://kindnaargezonderegewicht.nl/>



Op Thuisarts.nl staat informatie in begrijpelijke taal voor ouders:

Mijn kind is veel te zwaar en gaat naar de kinderarts

Mijn kind is veel te zwaar en gaat meedoen aan een leefstijl-programma





Nederlandse
Vereniging voor
Kindergeneeskunde



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Behandeling van kinderen met Obesitas

Vragen?



Huisartsenpraktijk
Kloppenborg & Glijsteen

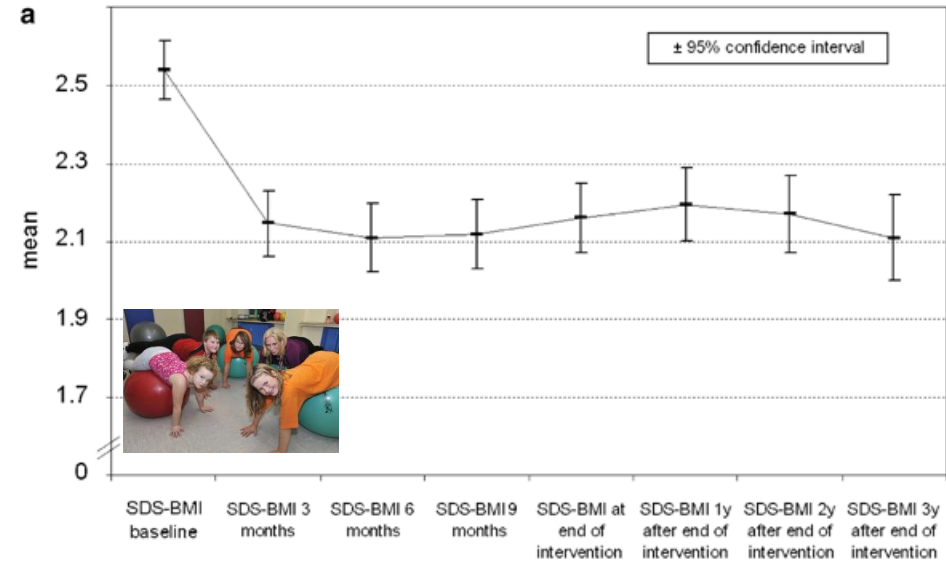
Haalt het beste uit kinderen! Hart Ziekenhuis
Open voor iedereen



Reserve dia's

CLI efficacy

- Intervention "Obeldicks" = combined lifestyle intervention age 8-12 years
- N= 248.
- After 1 year:
 - 85% reduction
 - 4% drop-out,
 - 11% weight gain
 - Mean reduction: SDS-BMI was 0.34
- After 4 years:
 - 66% reduction, mean SDS-BMI 0,48.



Int J Obes (Lond). 2007 Jul;31(7):1074-7. .

Four-year follow-up of children and adolescents participating in an obesity intervention program.

Reinehr T1, Temmesfeld M, Kersting M, de Sousa G, Toschke AM.

Weight Change and Remission of Diabetes and Hypertension during the 5-Year Period after Gastric Bypass Surgery.

