



Conceptnota met betrekking tot OBESITAS-behandeling voor kinderen en jongeren



In het [regeerakkoord](#) wordt de ambitie uitgedrukt om: “op het vlak van kwaliteit en toegankelijkheid ons [gezondheidszorgsysteem](#) continu te blijven verbeteren en af te stemmen op de nieuwe noden van de patiënt.”

Het Zeepreventorium presenteerde op 15 september 2020 de ‘conceptnota met betrekking tot [obesitasbehandeling](#) voor kinderen en jongeren’ en is de mening toegedaan dat deze nota perfect beantwoordt aan deze ambitie waarmee we aan de slag gaan met onze zorgpartners.

De prevalentie van obesitas stijgt jaar na jaar, ook bij kinderen. Van de Belgische kinderen is 6% obees, niet minder dan 133.400 kinderen en jongeren¹. Het voorkomen of omkeren van obesitas en de veelvoudigen aan metabole, mechanische, mentale en milieu/omgevings-gerelateerde problemen die ermee gepaard gaan is een belangrijke maatschappelijke uitdaging. De behandeling focust dan ook, naast het aanleren van een nieuwe levensstijl, op deze vier dimensies. Een resultaatgericht multidisciplinair [zorgmodel](#) met veel aandacht voor de context is nodig voor vroegdetectie, adequate behandeling en voorkomen van terugval. De zorgtrajecten moeten aangepast zijn aan de leeftijd van de kinderen, de ernst van hun obesitas en de draagkracht van hun context. In deze conceptnota stellen we een nieuw zorgmodel voor op basis van [3 zorglijnen](#) bovenop de reeds bestaande systematische vroegdetectie. Een vlotte samenwerking tussen de zorglijnen garandeert dat de therapie voor elk kind of jongere optimaal wordt aangepast aan zijn zorgnood: een niveau omhoog maar ook een niveau omlaag zodat naadloos de juiste ondersteuning wordt geboden om de chronische ziekte obesitas gedurende de ganse jeugd multidisciplinair te behandelen.



1. Maatschappelijke uitdaging

Overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren zijn een toenemend probleem in de Westerse wereld. Obesitas is een complexe aandoening, die gepaard gaat met medische en ook belangrijke psychologische en sociale dimensies. Obesitas verhoogt bovendien het risico op vroegtijdig overlijden en op allerlei ziekten zoals bijvoorbeeld diabetes, hart- en vaatziekten, orthopedische problemen, sommige vormen van kanker, en weegt ook vaak op de geestelijke gezondheid. Er hangt ook veel stigmatisering aan vast en heel wat psychisch lijden, zeker bij kinderen.

Obesitas beïnvloedt ook je levenskwaliteit. Tussen 1990 en 2015 was er een relatieve stijging van 35,8% in het percentage van de BMI-gerelateerde 'disability-adjusted life-years'².

Onderzoek³ toont aan dat mensen die lijden aan obesitas vaker en voor complexere aandoeningen hulp van de gezondheidszorg nodig hebben. De uitgaven voor zwaarlijvigheid bedragen gemiddeld 270 € per capita per jaar in België.

Gemiddeld zullen de OESO-landen de komende 30 jaar 8,4% van hun totale gezondheidszorgbudget besteden aan de behandeling van de gevolgen van zwaarlijvigheid en obesitas. De impact van obesitas reikt echter veel verder en weegt op de hele economie: obesitas zal de komende dertig jaar een negatieve impact hebben van bijna 3% op het Belgisch bruto binnenlands product. Hoe jonger een kind lijdt aan obesitas, hoe zwaarder de economische impact. Obesitas legt aldus, bij niet tijdige behandeling, een extra druk op de overheidsbudgetten die vandaag al onder druk staan.

De aanpak van obesitas is dus een belangrijke maatschappelijke uitdaging. In België hebben we aanzienlijke vooruitgang geboekt in de uitvoering van specifieke actieplannen⁴ om obesitas bij kinderen en jongeren te voorkomen. Desondanks blijven de prevalentiecijfers toenemen⁵, vooral op zeer jonge leeftijd. Het probleem moet op een andere manier aangepakt worden.

2. Obesitas: een chronische ziekte van onze tijd

Volgens Eurostat zijn er in België 2,3 miljoen minderjarige kinderen en jongeren, waarvan 6% obees zijn¹. Er zijn dus 133.400 Belgische kinderen en jongeren die aan obesitas lijden. Voor de definitie van obesitas bij kinderen en jongeren verwijzen we naar de IOTF richtlijnen van de World Obesity Federation die bijvoorbeeld stellen dat bij een kind van 10 jaar er sprake is van obesitas vanaf het moment dat hun BMI hoger ligt dan 24. Extreme obesitas gaat bij kinderen en jongeren frequent gepaard met comorbiditeiten, zoals orthopedische problemen, hypertensie, leversteatose, incontinentie, diabetes maar ook mentale gezondheidsproblemen. Aanleg voor obesitas kan door genetische (nature) en/of omgevingsfactoren (nurture) ingegeven zijn. Er gaat een ontwikkelingstraject aan vooraf met factoren die het ontstaan van het probleem in de hand werken (risicofactoren⁶), of er net tegen beschermen (beschermende factoren).

Zelfs na het beoogde gewichtsverlies is een langdurige, vaak zelfs levenslange, follow-up vereist om gestabiliseerd te blijven. Obesitas moet dan ook beschouwd worden als een chronische, complexe ziekte, waar je niet zomaar van geneest door "wat meer te bewegen". De behandeling beperkt zich niet enkel tot het aanleren van een nieuwe levensstijl maar focust zich op vier dimensies: de metabole, mentale, mechanische en milieu / omgevingsaspecten.

Een resultaatgericht multidisciplinair zorgmodel, met regelmatige follow-ups, is de meest efficiënte manier voor betere detectie, om tijdig tot een correcte diagnose te komen, de juiste multidisciplinaire behandeling aan te bieden en terugvallen te voorkomen, net zoals bij alle complexe chronische ziekten. Het zorgaanbod moet daar dus op afgestemd worden, om patiënten op de juiste manier, op het juiste moment en door de juiste personen te kunnen behandelen.

3. Een traject op maat van kinderen & jongeren met obesitas

Een efficiënte behandeling van obesitas focust op metabole, mentale, mechanische en milieu/omgevingsaspecten om zo o.a. somatische en mentale aandoeningen te bestrijden, de levensstijl aan te passen, in het bijzonder gezondere voedingsgewoontes, en een nieuw psychosociaal evenwicht te vinden. Soms worden andere oplossingen naar voren geschoven, namelijk medicamenteuse of chirurgische interventies. Er is momenteel geen wetenschappelijke consensus dat deze laatste als alleenstaande behandeling tot het gewenste duurzame resultaat leiden⁷. Deze interventies kunnen slechts uitzonderlijk binnen een breder behandeltraject een meerwaarde bieden.

Om obesitas te voorkomen en te behandelen is een uitgewerkt multidisciplinair zorgmodel nodig, waarbij alle zorgverleners de handen in elkaar slaan. Een zorgmodel organiseert de aanpak, de behandeling en de opvolging van patiënten met deze chronische ziekte.

Binnen het zorgmodel moeten er zorgtrajecten ontwikkeld worden, in functie van de leeftijd van de kinderen en jongeren en de ernst van hun obesitas.

3.1 Vroegdetectie (als deelaspect van primaire preventie)

De preventie van obesitas begint uiteraard voordat een kind obesitas krijgt. Hoewel het niet binnen de scope van deze nota valt, kunnen we het belang om te investeren in gezondheidsopvoeding ter preventie van obesitas (ook primaire preventie genoemd) niet genoeg benadrukken. Jammer genoeg zullen nooit alle gevallen kunnen vermeden worden. Vroegdetectie is dan een zeer belangrijke stap, om gewichtsproblemen zo snel mogelijk te detecteren. Hoe vroeger de behandeling kan starten, des te efficiënter zij kan zijn.

We pleiten daarom voor:

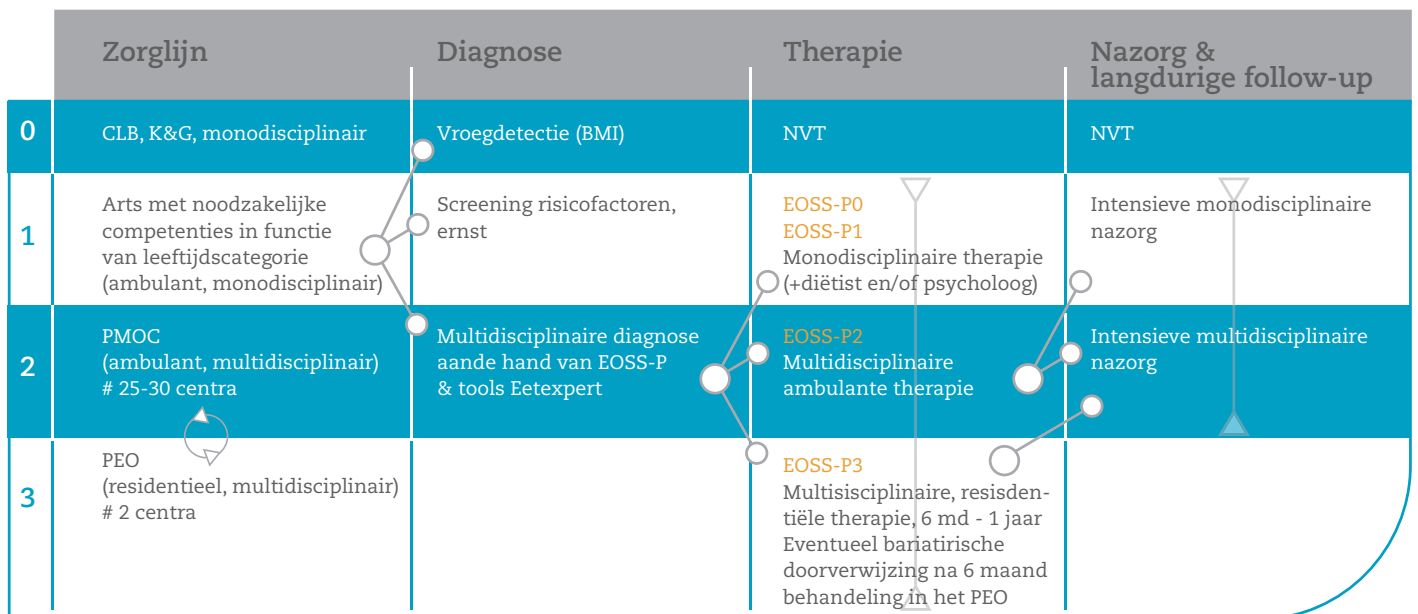
- het verderzetten van de bestaande systematische screening op obesitas, obv. BMI-metingen⁸. Voor baby's gebeurt de screening door Kind & Gezin / ONE / Kaleido-DG, voor peuters / kleuters / kinderen en adolescenten door het CLB, de huisarts, de pediater. Vroegdetectie moet idealiter jaarlijks uitgevoerd worden.
- duidelijke informatie aan de hulpverleners die instaan voor de screening zodat zij systematisch kinderen en jongeren met mogelijke gewichtsproblemen correct kunnen doorverwijzen naar de zorgverleners in het zorgmodel.



3.2 Diagnose en behandeling (met inbegrip van secundaire preventie)

Eens obesitas gedetecteerd is, is bij kinderen en jongeren zo snel mogelijk behandeling aangewezen. Niet enkel om de gewichtsproblemen aan te pakken, maar ook om te vermijden dat de situatie verergert en om comorbiditeiten te voorkomen (secundaire preventie genoemd).

Binnen het zorgmodel behoudt de patiënt uiteraard de vrije keuze van zijn zorgverstrekker. We pleiten wel voor een goed georganiseerd zorgaanbod in drie zorglijnen, met een combinatie van een goede geografische spreiding en toch een concentratie van expertise in gespecialiseerde zorg. De samenwerking tussen deze eerstelijnszorg en tweede- en derdelijnszorg is cruciaal voor een succesvolle diagnose en therapie. Onderstaand schema illustreert de verschillende rollen die alle zorgverstrekkers in dit zorgmodel spelen.



EOSS-P : Edmonton Obesity Screening Scale Pediatrics (zie bijlage voor definitie van de categoriën)
PMOC : pediatriesch multidisciplinair obesitas centrum
PEO : pediatriesch expertise centrum voor obesitas

opschalen of terugschroeven kan, in functie van effectiviteit van de behandeling

samenwerkingsakkoorden

De diagnose, behandeling en nazorg zullen gebeuren in één van de zorglijnen. Er bestaan 3 zorglijnen, naast de zorglijn die in staat is voor vroegdetectie:

De eerste zorglijn omvat monodisciplinaire artsen (huisartsen en pediaters), die dankzij bijscholing en ervaring de noodzakelijke competenties in obesitas bij kinderen en jongeren ontwikkeld hebben in functie van de leeftijdscategorie van de patiënt.

- Na detectie kan de eerste zorglijn eventueel een eerste screening van risicofactoren uitvoeren om de ernst van de obesitas te bevestigen, alvorens door te verwijzen naar zorglijn 2 voor multidisciplinaire diagnosestelling
- Patiënten met EOSS-P 0 en EOSS-P 1 – inschaling worden na inschaling doorverwezen naar zorglijn 1 waar de arts, eventueel

bijgestaan door 1 of (maximum) 2 health care providers (diëtist / psycholoog) de patiënt monodisciplinair ten laste neemt. Indien de behandeling niet effectief blijkt, kan de patiënt alsnog naar zorglijn 2 worden doorgestuurd

- Na de behandeling geniet de patiënt intensieve nazorg (cf punt 3.3) verder). Deze zorglijn staat in voor de monodisciplinaire nazorg

De tweede zorglijn omvat 25 à 30 pediatriesch multidisciplinair obesitas centra (PMOC), gespreid over het land. Dit aantal kan na 3 jaar geëvalueerd worden en eventueel af- / opgebouwd worden (obv. prevalentiecijfers, expertise en ervaren wachttijden).

- het PMOC doet een multidisciplinaire inschaling van de ernstgraad van obesitas op basis van bijvoorbeeld de 'Edmonton Obesity Screening Scale Pediatrics' (EOSS-P-schaal in bijlage) om de diagnose te stellen en te bepalen in welke setting de behandeling het meest efficiënt kan plaatsvinden
- Patiënten met EOSS-P 2 – inschaling worden behandeld in PMOC, waar zij een ambulante multidisciplinaire behandeling krijgen. In functie van de effectiviteit van de behandeling kan de patiënt alsnog naar zorglijn 1 of 3 worden doorgestuurd
- Na de behandeling geniet de patiënt intensieve nazorg (cf punt 3.3 hieronder). Deze zorglijn staat in voor de multidisciplinaire nazorg

De **derde zorglijn** omvat 2 pediatrisch expertise centra voor obesitas (PEO). Dit aantal kan na 3 jaar geëvalueerd worden en eventueel af- / opgebouwd worden (obv. prevalentiecijfers, expertise en ervaren wachttijden).

- Patiënten met EOSS-P 3 – inschaling worden behandeld in PEO, waar zij een residentiële multidisciplinaire behandeling krijgen die minimum 6 maanden en maximum 1 jaar kan duren. Indien de behandeling snel effectief blijkt, kan de patiënt alsnog naar zorglijn 2 worden doorgestuurd
- Het KCE' vindt, terecht, dat metabole en bariatrische chirurgie (MBS) bij kinderen en jongeren een zeer grote uitzondering moet blijven en best enkel wordt uitgevoerd bij hoge medische nood, door een multidisciplinair team in een gespecialiseerd centrum. Indien ondanks minstens 6 maanden residentiële behandeling via levensstijl- en gedragsinterventies en eventueel medicatie de kans op relapse zeer hoog wordt ingeschat, kan bariatrische chirurgie overwogen worden op basis van multidisciplinaire bespreking. Dit wordt meestal enkel aanbevolen aan personen met morbide of ernstige obesitas in combinatie met andere aandoeningen. In elk geval zal ook na deze ingreep een verdere behandeling en opvolging nodig blijven.
- De PEO hebben ook een belangrijke opdracht van wetenschappelijk onderzoek naar de meest efficiënte behandeling en opvolging van obesitas bij kinderen en jongeren, scholing en doorgeven van expertise en coördinatie bij het opstellen van de gezondheidsdoelstellingen.

Alle zorglijnen dragen bij aan sensibilisering van de bevolking en andere zorgverstrekkers.

3.3 Zorgcontinuüm

Ongeacht het type behandeling moet het zorgmodel worden vervolgd door een levenslange aanpassing en opvolging. Bij elke belangrijke 'life event' bestaat er een ernstige kans op terugval. Tot op heden bestaat er geen internationale wetenschappelijke evidentie wat de ideale opvolging is op lange termijn.

In ons zorgmodel is na de behandeling een intensief nazorgtraject voorzien. Het nazorgtraject op maat van de patiënt vloeit voort uit de behandeling, in functie van het resultaat van de behandeling en van de noden van de patiënt. De nazorg wordt in principe in 1e en 2e lijn aangeboden en niet in 3e lijn, omdat deze altijd ambulant gebeurt.

Een intensieve nazorg in het verlengde van de behandeling is noodzakelijk maar is op zich onvoldoende. Deze dient gevolgd te worden door een minder intensieve langdurige follow-up op langere termijn. We voorzien na de intensieve nazorgperiode een 6-maandelijks opvolging, door een zorgverstrekkers waarmee het kind / de jongere een vertrouwensband heeft opgebouwd, tot de jongere 21 jaar wordt. Na deze leeftijd is een minstens levenslange jaarlijkse opvolging aangeraden om terugval te voorkomen.

Middelen die nuttig zijn bij de nazorg en de follow-up, zeker als men rekening wilt houden met mobiliteit, zijn mobile health apps, en een efficiënt Elektronisch Patiëntendossier (EPD), wat momenteel nog niet kan binnen het kader van de bestaande revalidatieconventies. Ook maatschappelijke initiatieven kunnen bijdragen om de nazorg laagdrempelig te houden.





4. Doelgerichte behandeling

Dit zorgmodel zal een investering vergen van de maatschappij. De bedoeling is om zo doelgericht mogelijk te werken. Daarom stellen we voor om gezondheidsdoelstellingen uit te werken waar het zorgmodel naartoe werkt. De PEO's kunnen het uitwerken van de gezondheidsdoelstellingen helpen coördineren.

5. Conclusie

Studies tonen aan dat steeds meer kinderen en jongeren aan obesitas lijden. Er bestaan wel valabele initiatieven om deze chronische ziekte te bestrijden maar het ontbreekt aan multidisciplinaire, chronische opvolging. Er blijft nood aan meer samenwerking tussen de verschillende zorglijnen om kwaliteitsvol en efficiënt in te grijpen.

Niet alleen zijn er ernstige gevolgen gekoppeld aan obesitas, zoals hoge zorgkosten, comorbiditeiten, schoolverzuim, moeilijkheden om later werk te vinden, ... maar obesitas bij kinderen en jongeren is een maatschappelijk probleem geworden. Het veroorzaakt een hoge psychologische en economische last voor de betrokkenen zelf, hun gezin en de maatschappij. Er wordt veel ingezet op primaire preventie, wat zeker belangrijk en noodzakelijk is, maar toch ziet men dat obesitas nog steeds in stijgende lijn evolueert. Eén van de redenen is dat het zorgaanbod daar niet op afgestemd is.

Er bestaan vandaag wel tools en behandelplannen maar ze worden niet systematisch op het juiste moment, op de juiste plaats, door de juiste (para)medicus gerealiseerd. Het herorganiseren van het zorgaanbod en het uitwerken van multidisciplinaire zorgmodellen, ondersteund door regelmatige screenings, blijkt essentieel.

In deze nota stellen we een nieuw model voor op basis van 3 zorglijnen, bovenop een systematische vroegdetectie. Bij het zorgmodel hoort ook een follow-up op lange termijn om terugval te vermijden. Dit model moet een betere detectie, diagnose en behandeling mogelijk maken.

Een combinatie van een goede geografische spreiding en een concentratie van expertise in gespecialiseerde zorg moet zo binnen een goed georganiseerd zorgaanbod leiden tot kwalitatieve en efficiënte zorg. Binnen het zorgmodel wordt uiteraard de vrije keuze van de patiënt gewaarborgd.



1 <https://eetexpert.be/nieuws-prevalentie-van-overgewicht-en-lichaamsontevredenheid-update-van-de-cijfers/>

2 "Disability-adjusted life years" zijn een maat voor de totale last die ontstaat door ziektes.

De DALY meet niet alleen het aantal mensen dat vroegtijdig sterft door ziekte, maar meet ook het aantal jaren dat mensen leven met beperkingen door ziekte.

3 <https://www.oecd.org/health/health-systems/Heavy-burden-of-obesity-Policy-Brief-2019.pdf>

4 Eetexpert, Laboratoire de santé, Kind & Gezin, ONE, Kaleido-DG

5 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

6 http://www.draaiboeken.eetexpert.be/static/uploads/basisdraaiboek/Samenvattend_schema_risicofactoren.pdf

7 KCE-studie 316A: "er zijn bijna geen gegevens beschikbaar van volwassenen die als tiener metabole en bariatrische chirurgie ondergingen"

8 IOTF voor kinderen en jongeren van 2 tot 18 jaar, WHO-richtlijnen voor baby's onder 2 jaar