

Multimodale aanpak van obesitas bij kinderen

Nieuw 2026

L. De Coninck, E. Vanhoof, L. Stukken, K. Van Puyenbroeck,
A. Vandeputte, C. Braet, T. Cornelissen, S. Hoste, I. Gies, M. Knops,
M. Ysebaert, S. Janssen, V. Beauloye, M-C. Lebrethon, A. De Wael,
M. Donck, M. Tratsaert, C. Gernay, V. Theys, L. Anselmo, A. Tanghe,
E. Stremersch, Y. Dangel, P. Van Royen

In opdracht van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

Versie voor publicatie: juni 2026



Inbreng van de patiënt en afweging door de zorgverlener in de eerste lijn

Richtlijnen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en bieden een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de eerste lijn. Zij vatten voor de zorgverlener in de eerste lijn samen wat voor de patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de context van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de zorgverlener in de eerste lijn de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat de zorgverlener en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

Inhoud

Samenvatting van de richtlijn	3
Richtlijn	3
1. Inleiding.....	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Pathofysiologie en epidemiologie	7
1.3 Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P).....	8
1.4 Scope.....	9
1.5 Afkortingen- en begrippenlijst.....	10
1.5.1 Afkortingen	10
1.5.2 Begrippen	10
2. Waarmee rekening houden bij het opstellen van een behandelplan op maat bij een kind of jongere met obesitas?	12
2.1 Algemene aanbevelingen.....	12
2.2 5A-model	18
3. Hoe obesitas bij kinderen en jongeren diagnosticeren en evalueren?	27
4. Welke interventies voorstellen in de aanpak van obesitas bij kinderen en jongeren in de eerste lijn? Hoe opvolgen?	31
4.1 Niet-medicamenteuze interventies	31
4.2 Medicamenteuze interventies	44
4.3 Chirurgische interventies	48
5. Hoe samenwerken en doorverwijzen in kader van de multimodale aanpak van kinderen en jongeren met obesitas?.....	52
6. Ondersteunende informatie.....	58
6.1 Graden van aanbeveling (GRADE)	58
6.2 Toetselementen en indicatoren	59
6.3 Randvoorwaarden	59
6.4 Researchagenda.....	59
7. Totstandkoming	61
7.1 Auteurs	61
7.2 Andere betrokkenen.....	62
7.3 Participatie van ervaringsdeskundigen	63
7.4 Belangenvermenging en financiering	63
7.5 Herziening	63
8. Bijlagen	64
Referenties	64

Samenvatting van de richtlijn

Algemeen

Doel

Deze samenvatting is gebaseerd op de klinische richtlijn "Multimodale aanpak van obesitas bij kinderen in de eerstelijnszorg" en biedt eerstelijnszorgverleners praktische, evidence-based ondersteuning bij de diagnose, evaluatie, behandeling, opvolging en doorverwijzing van kinderen en adolescenten met obesitas.

De richtlijn vertrekt vanuit de visie dat obesitas een chronische, complexe aandoening is die een persoonsgerichte, multimodale en langdurige aanpak vereist.

Het doel is zorgverleners te ondersteunen bij het bevorderen van een gezonde leefstijl, metabole gezondheid, psychosociaal welzijn en participatie van kinderen en jongeren met obesitas, zodat de gezondheidsrisico's op korte en lange termijn worden beperkt. Daarnaast biedt de richtlijn handvatten voor interprofessionele samenwerking en een gepaste inzet van het Belgische zorgtraject voor pediatrie obesitas.

Eindgebruikers

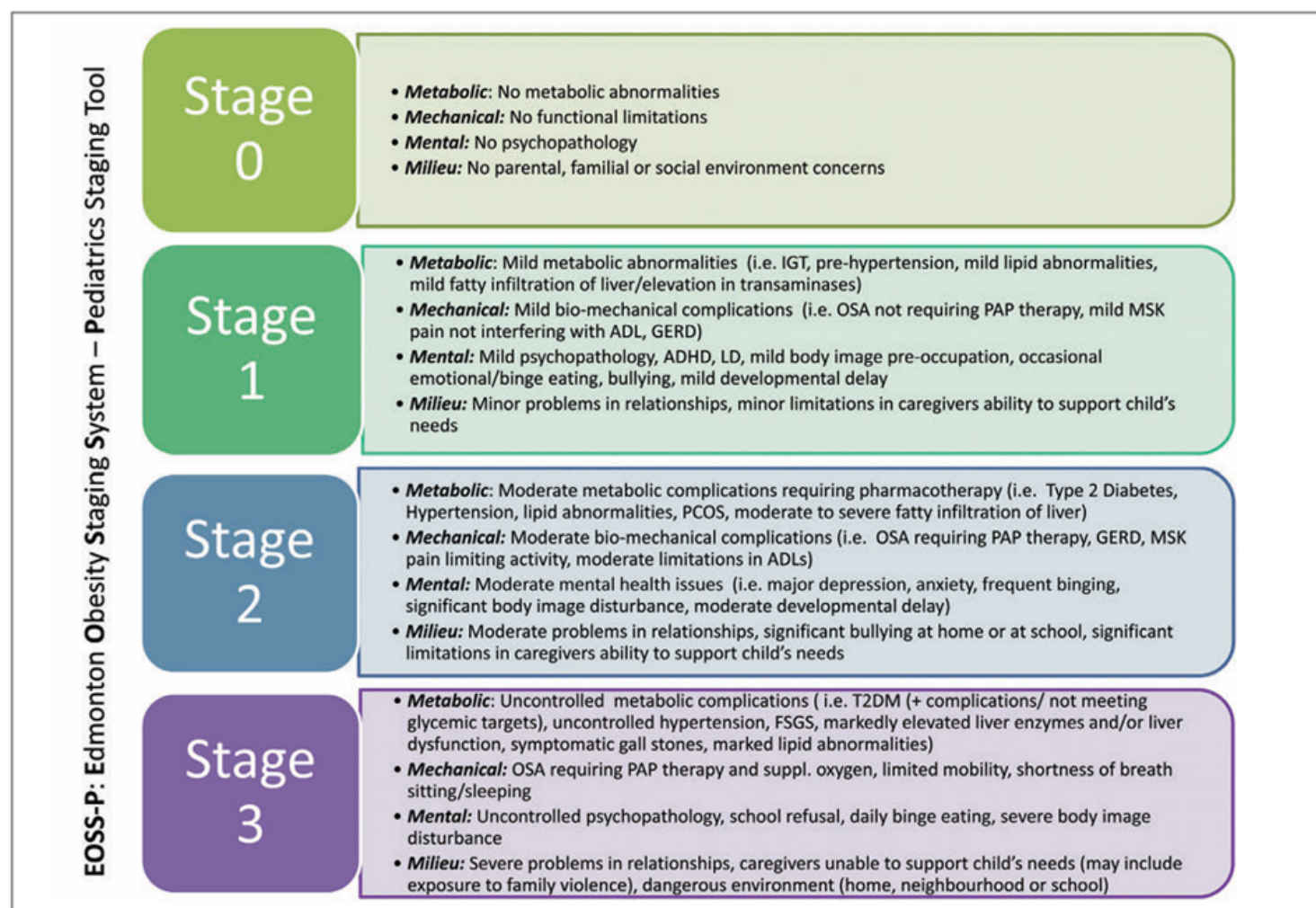
Deze richtlijn richt zich in de eerste plaats tot zorgverleners in de eerstelijnszorg die betrokken zijn bij de begeleiding van kinderen en adolescenten met obesitas. Hieronder vallen onder meer huisartsen, eerstelijnskinderartsen, diëtisten, psychologen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en apothekers.

Daarnaast is de richtlijn ook relevant voor andere zorgverleners die regelmatig in contact komen met problemen gerelateerd aan obesitas, zoals logopedisten, podologen en tandartsen. In het kader van geïntegreerde en transmurale zorg kan de inhoud eveneens gebruikt worden door zorgverleners uit de tweede en derde lijn, waaronder kinderartsen, endocrinologen, gespecialiseerde verpleegkundigen en andere paramedici, evenals medewerkers van CLB en Kind en Gezin.

Doelpopulatie

Inclusie:

De richtlijn is van toepassing op kinderen en adolescenten van 2 tot en met 18 jaar met obesitas die behandeld worden binnen de eerste lijn. Het betreft personen die zich in EOSS-P fase 0 of 1 bevinden.



Figuur: Edmonton Obesity Staging System- Pediatrics staging tool (Hadjijannakis, 2016)

De aanbevelingen richten zich op de evaluatie en behandeling van obesitas, inclusief aanpak op maat, het bepalen van het juiste zorgniveau, de implementatie van leefstijlinterventies en de samenwerking met andere zorgverleners.

Exclusie:

Kinderen jonger dan 2 jaar worden niet opgenomen in deze richtlijn. Evenmin is de richtlijn bedoeld voor kinderen met obesitas als gevolg van specifieke genetische of syndromale aandoeningen, zoals het Prader-Willi-syndroom. De richtlijn behandelt daarnaast niet de primaire preventie van overgewicht en obesitas.

Hoewel sommige aanbevelingen mogelijk ook relevant zijn voor kinderen met overgewicht, werd de richtlijn specifiek ontwikkeld op basis van wetenschappelijke literatuur over pediatrische obesitas.

Klinische vragen met aanbevelingen

1. Waarmee rekening houden bij het opstellen van een behandelplan op maat bij een kind of jongere met obesitas?

Algemene aanbevelingen

- Betrek de familie/naasten van het kind/de adolescent bij de behandeling (aanbeveling op basis van consensus).
- Pas de principes van motiverende gespreksvoering toe om gedragsverandering na te streven (GRADE 1C).
- Empower het kind/de adolescent, samen met haar/zijn familie/naasten, en moedig hen aan om gebruik te maken van persoonlijke vaardigheden en hulpbronnen uit de omgeving (aanbeveling op basis van consensus).
- Verleg de focus van gewicht naar alle aspecten van een gezonde leefstijl (aanbeveling op basis van consensus).

Het 5A model voor zelfmanagement ondersteuning

- ASK:
Vraag toestemming om het gewicht te bespreken (aanbeveling op basis van consensus)
- ASSESS:
Evalueer de brede gezondheidstoestand en de factoren die de behandeling van obesitas kunnen beïnvloeden (aanbeveling op basis van consensus)
- ADVISE:
Informeer over de voordelen van een gezonde levensstijl op gezondheid, realistische doelen en behandelopties om duurzame verandering na te streven (aanbeveling op basis van consensus)
- AGREE:
Kom – via gedeelde besluitvorming en een persoonsgerichte aanpak – tot haalbare doelen en een plan om gezondheidsverbetering te bereiken (aanbeveling op basis van consensus)
- ASSIST & ARRANGE:
Help om de bevorderende en de belemmerende factoren die het behandelplan kunnen beïnvloeden te identificeren en aan te pakken (aanbeveling op basis van consensus)
- ASSIST & ARRANGE:
Help om de meest geschikte zorgverlener(s) te vinden die een multimodale aanpak op maat kan/kunnen toepassen (aanbeveling op basis van consensus)
- ASSIST & ARRANGE:
Regel de opvolging om de doelen en het behandelplan te monitoren en indien nodig bij te stellen (aanbeveling op basis van consensus)

2. Hoe obesitas bij kinderen en jongeren diagnosticeren en evalueren?

- Gebruik de gecorrigeerde BMI en/of tailleomtrek om overtollig lichaamsvet bij kinderen/adolescenten te detecteren (GRADE 1C).
- Gebruik EOSS-P om het juiste zorgniveau te bepalen (aanbeveling op basis van consensus).
- Identificeer mogelijke beïnvloedende factoren, belemmeringen en facilitators voor behandeling (aanbeveling op basis van consensus).

3. Welke interventies voorstellen in de aanpak van obesitas bij kinderen en jongeren in de eerste lijn? Hoe opvolgen?

Niet-medicamenteuze interventies

- Beveel een multimodale aanpak aan (GRADE 1B).
- Beveel vroegtijdig beweeginterventies aan, ongeacht hun type, duur, frequentie of intensiteit, als het kind onvoldoende beweegt (GRADE 1C).
- Beveel psychologische interventies aan om psychosociale barrières aan te pakken en het welbevinden te verhogen (GRADE 1C).

- Werk in kleine stappen toe naar evenwichtige eetgewoonten (aanbeveling op basis van consensus).
- Informeer over slaaphygiëne. (aanbeveling op basis van consensus).
- Overweeg het gebruik van technologie-gebaseerde interventies, zoals bijvoorbeeld apps, om het behandelproces te ondersteunen (GRADE 2C).
- Geef langdurige zorg om kinderen, adolescenten en hun familie blijvend op te volgen, en behaalde resultaten te bestendigen (GRADE 1C).

Medicamenteuze interventies

- Start in de eerstelijnszorg geen medicatie voor de behandeling van obesitas op (aanbeveling op basis van consensus).
- Leg aan het kind/de adolescent en zijn/haar familie uit dat medicatie, indien gestart, altijd wordt gecombineerd met leefstijlinterventies (aanbeveling op basis van consensus).

Chirurgische interventies

- Informeer de adolescent en/of het gezin dat bariatrische chirurgie alleen kan worden gestart door een Pediatrisch Multidisciplinair Obesitas Centrum (PMOC) of de derdelijnszorg (aanbeveling op basis van consensus).
- Informeer de adolescent en/of familie/naasten over de voordelen en ongewenste effecten van bariatrische chirurgie op korte en lange termijn (aanbeveling op basis van consensus).

4. Hoe samenwerken en doorverwijzen in kader van de multimodale aanpak van kinderen en jongeren met obesitas?

- Werk samen met andere zorgprofessionals als onderdeel van de multimodale aanpak (aanbeveling op basis van consensus).
- Pas gepaste communicatiestrategieën toe om de samenwerking binnen een interprofessionele zorgcontext te bevorderen (aanbeveling op basis van consensus).
- Verwijs het kind/de adolescent en zijn/haar familie/naasten door naar de geschikte zorgprofessionals als onderdeel van de multimodale aanpak (aanbeveling op basis van consensus).
- Verwijs een kind/ adolescent in stadium 2 (of 3) van de EOSS-P naar de tweede (of derde) lijn (aanbeveling op basis van consensus).

Richtlijn

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Obesitas wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie[1] geclassificeerd als een chronische, terugkerende ziekte die voortkomt uit complexe interacties tussen (epi)genetica, neurobiologie, eetgedrag, toegang tot een gezond dieet en gezonde leefstijl, marktinvoer en de bredere omgeving.

Obesitas bij kinderen is een complexe medische aandoening waarbij de ophoping van overtollig lichaamsvet het risico op het ontwikkelen van gezondheidsproblemen, ook op volwassen leeftijd verhoogt. Kinderen met overgewicht en obesitas blijven waarschijnlijk obesitas in hun volwassen leven hebben en hebben een grotere kans om op jongere leeftijd niet-overdraagbare ziekten zoals diabetes type 2 en hart- en vaatziekten te ontwikkelen[2][3].

Het definiëren van overgewicht en obesitas bij kinderen op basis van de body mass index (BMI) is complex, omdat de BMI bij kinderen sterk varieert met leeftijd en geslacht. Daarom wordt in onderzoek en praktijk meestal gebruikgemaakt van internationale BMI-afkapwaarden en taille-omtrek om de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen te bepalen. De International Obesity Task Force (IOTF) afkapwaarden worden afgeleid door de BMI-waarden die op 18 jaar overeenkomen met BMI 25 (overgewicht) en 30 (obesitas) terug te projecteren naar jongere leeftijden via LMS-curves [4].

Een verhoogd lichaamsgewicht bij kinderen kan de fysieke en mentale gezondheid, schoolprestaties en levenskwaliteit beïnvloeden.

Complicaties in de kindertijd en adolescentie:

Obesitas bij het kind kan cardiovasculaire risicofactoren en metabole complicaties teweegbrengen, vergelijkbaar met wat bij volwassenen wordt waargenomen.[5]

Arteriële hypertensie komt significant vaker voor en de gemiddelde arteriële bloeddruk is statistisch significant hoger bij kinderen met obesitas in vergelijking met kinderen zonder obesitas. De arteriële bloeddruk neemt proportioneel toe met de BMI. Obesitas bij kinderen gaat ook gepaard met linker ventriculaire hypertrofie.[6][7][8]

Een slecht lipidenprofiel (HDL, LDL, TG), afwijkingen van de glucoseregeling en/of insulineresistentie (houdt verband met de middelomtrek) en een kans op diabetes type 2 behoren tot de metabole complicaties.[6][5]

Orthopedische gevolgen zoals axiale afwijkingen van de onderste ledematen (genu varum) en soms epifysiolyse ter hoogte van de heup bij jongens met overgewicht kan zich voordoen.[6][9]

Ook kunnen zich metabole gevolgen voordoen zoals metabole disfunctie geassocieerde steatotische leverziekte (MASD) met als belangrijkste manifestaties buikpijn, hepatomegalie en een verhoging van de transaminasen.[6][10] Respiratoire gevolgen zoals slaapapneu en andere nachtelijke ademhalingsstoornissen kunnen zich voordoen (met als klinische symptomen: snurken en adenoïde vegetaties, evenals slaperigheid overdag en negatieve effecten op het leervermogen en het geheugen).[6] [11][12]Tevens behoren neurologische aandoeningen tot mogelijke complicaties zoals benigne intracraniale hypertensie (pseudotumor cerebri) die zich uit in hoofdpijn en papillair oedeem. [6][8]

Obesitas kan ook invloed hebben op de mentale gezondheid van het kind, waaronder een lager zelfbeeld, depressie, angst, zelfisolatie en emotioneel eten met kans op het ontwikkelen van eetstoornissen. Belemmering van de sociale integratie, gepest worden en uitgesloten worden, kunnen dan weer verminderde schoolprestaties tot gevolg hebben.[13][14]

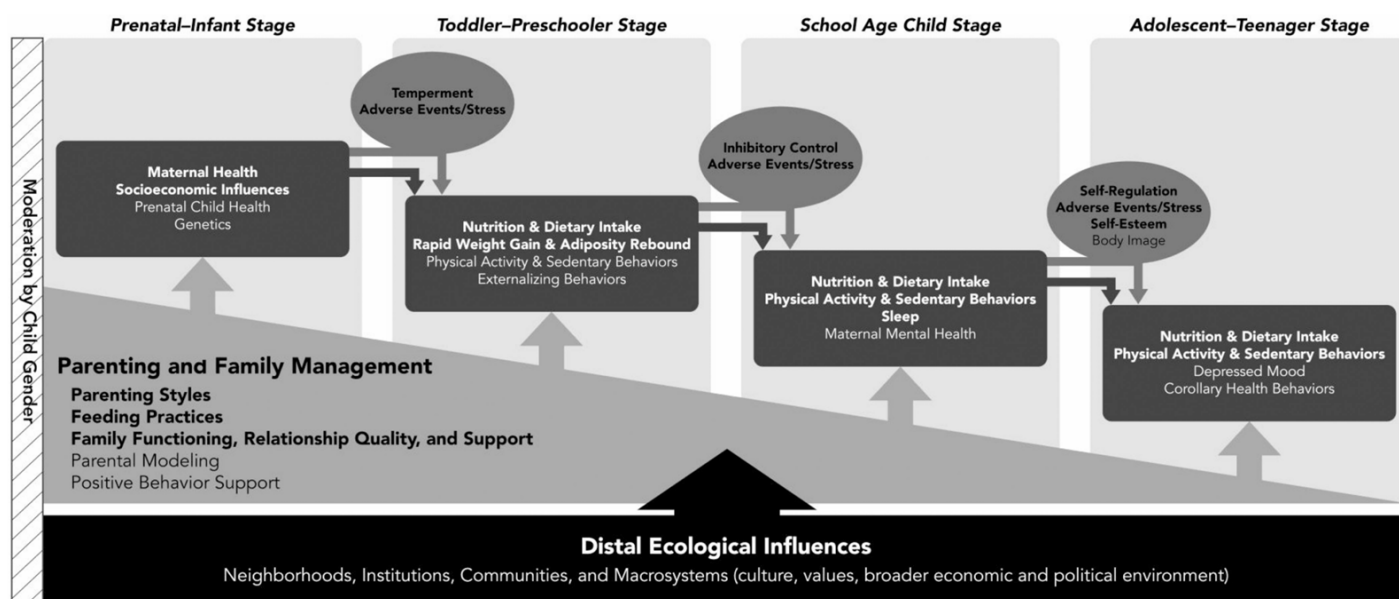
Complicaties op volwassen leeftijd:

De waarschijnlijkheid dat de obesitas aanhoudt op volwassen leeftijd, varieert tussen 20 en 50% bij aanwezigheid voor de puberteit en tussen 50 en 70% bij aanwezigheid na de puberteit. Obesitas op jonge leeftijd is een belangrijke voorspellende factor voor terugkomende obesitas en geassocieerde morbiditeit en mortaliteit op volwassen leeftijd. [6][15][16]Obesitas op jonge leeftijd kan op langere termijn leiden tot chronische aandoeningen waaronder een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen zoals vaatveroudering, risico op chronische aandoeningen zoals diabetes en kanker, kans lichamelijke problemen zoals overbelasting van de gewrichten en ademhalingsproblemen, en kans op het ontwikkelen van verstoord eetgedrag met risico op het ontwikkelen van eetstoornissen.[1][2]

1.2 Pathofysiologie en epidemiologie

De ontwikkeling van obesitas is het resultaat van complexe interacties tussen leefstijl, omgevingsfactoren en genetische predispositie. De regulatie van eetlust is een complex samenspel van neurale, hormonale, psychologische en genetische mechanismen die zorgen voor een balans tussen energie-inname en -verbruik. Deze regulatie vindt plaats in het centrale zenuwstelsel, het endocriene systeem en perifere organen zoals het maag-darmkanaal, pancreas en vetweefsel. Bij obesitas ontstaat een dysregulatie: verhoogde orexigene signalen, een verminderde anorexigene respons (honger signalen) en hormonale resistentie. Dit verklaart waarom obesitas niet enkel een kwestie van wilskracht is, maar een biologisch verankerde aandoening. Daarnaast kunnen ook psychologische of omgevingsfactoren de balans tussen energie-inname en -verbruik verstoren: eten in afwezigheid van hongersignalen als gevolg van externe prikkels of emoties kan leiden tot een verhoogde energie-inname. Psychologische stress kan ook leiden tot meer eten, vaker eten, en verhoogt de kans op inname van hoogcalorisch voedsel. [17][18] Hoewel genetische factoren niet de primaire oorzaak zijn van obesitas, spelen ze een belangrijke rol in de regulatie van de eetlust, het energieverbruik en de vetopslag. [19] Ook omgevingsfactoren spelen een rol, dit is het gezin –waaronder het voedingsaanbod en de eetgewoonten thuis, en de slaap- en dagstructuur-, maar ook de bredere maatschappelijk omgeving –waaronder de mogelijkheden die er zijn om te bewegen, buurt met veel fast-food mogelijkheden en/of weinig beschikbaarheid van verse groenten en fruit, de mate waarin kinderen worden blootgesteld aan marketing en reclame voor hoogcalorische voeding.[17] Het Developmental Cascade Model voor pediatrische obesitas belicht gestructureerd cruciale risicofactoren en

beschermende factoren, met nadruk op de rol van ouders en hoe risico's zich over verschillende stadia kunnen versterken, beïnvloed door stress en zelfregulatie. Het integreert bredere ecologische invloeden en benadrukt geslacht specifieke verschillen.[20] (zie figuur 1)



Figuur 1: Ontwikkelingscascademodel voor pediatrie obesitas [20]

Gewichtsverandering wordt gestuurd door verschillende fysiologische en hormonale mechanismen. Het lichaam reageert op een energietekort met adaptaties die aanvankelijk gewichtsverlies mogelijk maken, maar later opnieuw gewichtstoename stimuleren. Het lichaam reageert op die manier om energie te sparen en overleving te waarborgen. Deze aanpassingen – hormonale, genetische en metabole – maken langdurig behoud van gewichtsverlies moeilijk en verklaren waarom obesitas een chronische aandoening is. Dit benadrukt het belang van langdurige interventies, inclusief farmacotherapie, om deze fysiologische tegenreacties te compenseren.[19]

In België zijn er zowel vanuit de Gezondheidsenquête als vanuit de Voedselconsumptiepeiling cijfers beschikbaar rond de prevalentie van obesitas bij kinderen en adolescenten.

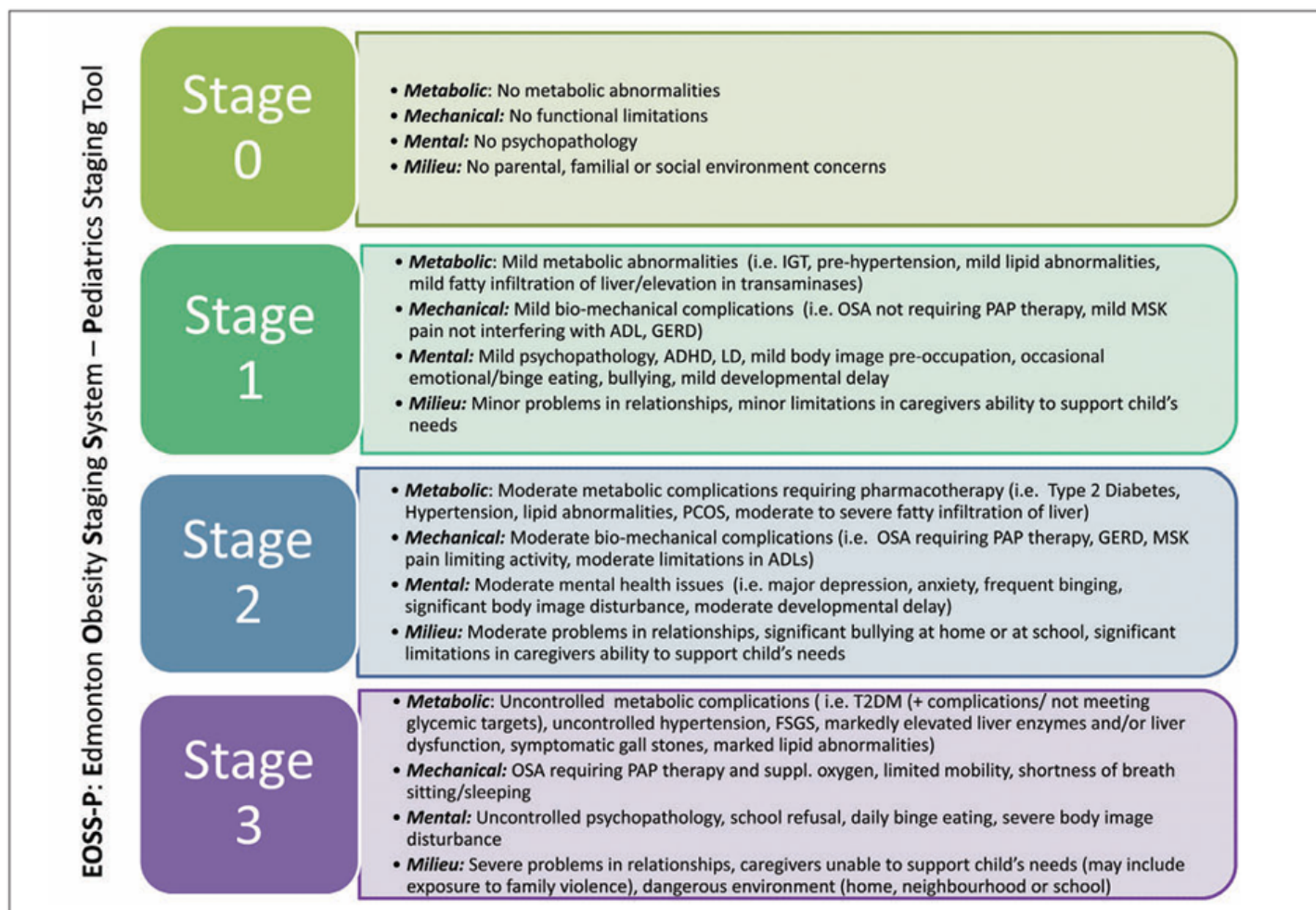
Binnen de Gezondheidsenquête worden kinderen en/of ouders van kinderen tussen 2 en 17 jaar bevraagd waarbij men gebruik maakt van zelfrapportage om lengte- en gewichtsgegevens te bekomen. Vanuit die gegevens wordt vervolgens de BMI berekend. Men maakt gebruik van de meest recente criteria van de International Obesity Task Force (IOTF-criteria) om te bepalen of kinderen overgewicht of obesitas hebben. Uit de meest recente gegevensinzameling (2023-2024) blijkt dat 4,8% van de kinderen en jongeren tussen 2 en 17 jaar obesitas hebben. Er waren daarbij geen statistisch significante verschillen met voorgaande jaren: 5,8% in 2018 en 6,3% in 2013. [21]

In de Voedselconsumptiepeiling wordt er geen gebruik gemaakt van zelfrapportage, maar doen de onderzoekers lengte- en gewichtsmetingen bij de respondenten. Daardoor krijgt men een betrouwbaardere schatting van de BMI. Ook hier maakte men gebruik van de IOTF-criteria om te bepalen of de kinderen obesitas hebben. Uit de meest recente gegevens van de Voedselconsumptiepeiling uit 2022-2023 blijkt dat 4,1% van de 3- tot 9-jarigen en 6,7% van 10- tot 17-jarigen obesitas heeft. Bij de gegevensverzameling van 2014-2015 had 4,3% van de 3- tot 9-jarigen en 4,7% van de 10- tot 17-jarigen obesitas. [21]

1.3 Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P)

Het Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P) maakt een inschatting van obesitas op basis van een breed gezondheidsrisico en niet enkel op basis van BMI. Het EOSS-P wordt gebruikt om kinderen en adolescenten met obesitas in te delen op basis van de ernst van obesitas gerelateerde comorbiditeiten en belemmeringen bij gewichtsbeheersing. Een kind wordt ingedeeld in één van vier genummerde stadia (0 tot 3) aan de hand van de score van het kind binnen vier hoofddomeinen van de gezondheid: metabool, mechanisch, mentale gezondheid en tenslotte het sociaal milieu (de 4M's) (zie figuur 2).

De EOSS-P verschaft klinische en prognostische informatie die kan helpen bij het evalueren en informeren van het management van obesitas bij kinderen en adolescenten. [22] Kinderen en adolescenten die zich in stadia 0 en 1 bevinden, worden in de eerstelijnszorg behandeld. Vanaf stadium 2 wordt doorverwezen naar de tweede- of derdelijnszorg.



Figuur 2: Edmonton Obesity Staging System- Pediatrics staging tool [22]

1.4 Scope

De Belgische richtlijn obesitas bij kinderen dateert van 2007. [6] Zowel op maatschappelijk, als op medisch vlak waren er de voorbije twee decennia grote veranderingen. De initiële update van de richtlijn van 2007 finaliseerde daarom in de ontwikkeling van een nieuwe richtlijn waarbij enkel uit de inleiding bepaalde paragrafen behouden werden.

Doel en doelgroep

Het doel van de richtlijn is om zorgverleners te ondersteunen die kinderen en adolescenten (leeftijdscategorie 2 tot 18 jaar) met obesitas behandelen in de eerstelijnszorg. De eerstelijnszorgverleners willen de kinderen en adolescenten ondersteunen in het aannemen van een gezonde leefstijl en nastreven van metabole gezondheid om zo de risico's van de gevolgen van obesitas te minimaliseren.

Deze multidisciplinaire richtlijn focust op de aspecten waarmee moet worden rekening gehouden bij het stellen van een diagnose, en het opstellen van een behandelplan op maat, samenwerking en doorverwijzing bij kinderen en adolescenten met obesitas.

Exclusie:

De leeftijdsgroep van 0 en 1 jaar wordt niet meegenomen omdat het bij baby's en peuters praktisch moeilijk is om overtollig vetweefsel te definiëren en te meten. Bij vermoeden van problemen of ongerustheid bij de ouders, kan de kinderarts worden geraadpleegd.

Deze richtlijn behandelt geen vormen van obesitas die het gevolg zijn van specifieke genetische of syndromale aandoeningen, zoals het Prader-Willi syndroom. Zorgverleners dienen echter alert te blijven voor klinische tekenen en symptomen die op dergelijke aandoeningen kunnen wijzen, zodat tijdige verwijzing kan plaatsvinden.

Deze richtlijn behandelt evenmin de primaire preventie van overgewicht of obesitas bij kinderen.

De aanbevelingen in deze richtlijn werden niet specifiek uitgewerkt voor de doelgroep kinderen en adolescenten met overgewicht. Bij het uitwerken van deze richtlijn werd specifiek naar literatuur over pediatrische obesitas gezocht. Dit sluit niet uit dat sommige aanbevelingen ook van toepassing kunnen zijn op deze doelgroep. Het is aan de zorgverlener om dit per case te bepalen.

Eindgebruikers

De beoogde eindgebruikers van deze richtlijn zijn alle relevante zorgverleners in de eerste lijn, met name huisartsen, eerstelijnskinderartsen, apothekers, diëtisten, psychologen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en ergotherapeuten. Indirect is deze richtlijn ook relevant voor

eerstelijnszorgverleners die in contact komen met problemen ten gevolge van obesitas, zoals podologen, logopedisten en tandartsen. In het kader van de samenwerking tussen de verschillende lijnen is deze richtlijn relevant voor zorgverleners uit de tweede of derde lijn, met name kinderartsen, endocrinologen, psychologen, verpleegkundigen en paramedici, en voor diensten zoals Centra voor Leerlingen Begeleiding (CLB) en Kind-en-Gezin. Burgers die naast de informatie die ze van hun zorgverlener krijgen bijkomende betrouwbare informatie op internet wensen op te zoeken, kunnen worden doorverwezen naar websites zoals gezondheidswetenschap.be en infosante.be.

1.5 Afkortingen- en begrippenlijst

1.5.1 Afkortingen

BMI	Body Mass Index
CLB	Centrum voor leerlingenbegeleiding
COSI	European Childhood Obesity Surveillance Initiative van WHO
EOSS-P	Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HIIT	High Intensity Interval Training
IOTF	International Obesity Task Force
MI	Motiverende gespreksvoering
PMOC	Pediatrisch multidisciplinair obesitascentrum
PMS	Centre psycho-médico-social
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
SMART	Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar/Actiegericht, Realistisch, Tijdgebonden
WOREL	Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

Voor de betekenis van de statistische begrippen en de afkortingen van statistische begrippen verwijzen we naar de [woordenlijst van Minerva](#).

1.5.2 Begrippen

5A-model	Hulpmiddel voor zorgverleners om patiënten te begeleiden bij gedragsverandering [23].
Behandelplan	Overkoepelende term voor alle stappen voor de aanpak van obesitas bij kinderen, dus omvat zowel de diagnosestelling doelbepaling, behandelinterventies, als monitoring en doorverwijzing.
Brussen	Broers en zussen
Eetcompetenties	Attitudes en vaardigheden die een evenwichtig eetpatroon ondersteunen (Eetexpert, 2025).
Groeicurve	De BMI varieert in de kinderjaren fysiologisch al naargelang de leeftijd en het geslacht. De BMI-waarden moeten daarom worden uitgezet in curven. Zo zijn er de groeicurves van de WHO en de Vlaamse groeicurves.
Motiverende gespreksvoering	Een op samenwerking gerichte gesprekstijl die iemands eigen motivatie en bereidheid tot verandering versterkt.

Multimodale aanpak	Combinatie van verschillende soorten interventies of methoden om een probleem aan te pakken. Een multimodale aanpak wordt meestal uitgevoerd door verschillende zorgverleners, die allemaal hun eigen expertise inbrengen.
Obesitas	Conditie waarbij de persoon een BMI heeft van 30 of meer.
Oplossingsgericht	De focus ligt op het vinden van oplossingen door sterktes en hulpbronnen van de patiënten zelf te gebruiken.
Pedometer	Stappenteller
Prader-Willi syndroom	Complexe aandoening die veroorzaakt wordt door een genetische afwijking in de Prader-Willi regio op chromosoom 15, gekenmerkt door onder meer spierzwakte en rond peuterleeftijd ongeremde eetlust met toename van gewicht tot gevolg.
Stimuluscontrole	Een gedragstherapeutische techniek waarbij stimuli voor ongezond gedrag worden vermeden, verwijderd of verandert en waarbij stimuli voor gezond gedrag worden toegevoegd.

2. Waarmee rekening houden bij het opstellen van een behandelplan op maat bij een kind of jongere met obesitas?

Gebruik het 5A-model om de aanpak van de zorg te structureren en om de zorg voor kinderen/adolescenten met obesitas en hun familie/naasten op een respectvolle, participatieve manier mogelijk te maken. [24]

2.1 Algemene aanbevelingen

Consensus aanbeveling

Betrek de familie/naasten van het kind/de adolescent bij de behandeling. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Ouders en familie, waaronder Brussen, kunnen op verschillende manieren betrokken worden bij de behandeling. Hoe en in welke mate ouders en familie betrokken worden is afhankelijk van de leeftijd van het kind. Bij jonge kinderen focust de behandeling vooral op de ouders, het zijn de ouders die de vereiste veranderingen in hun gezin moeten implementeren. De bedoeling is dat het gezin gezamenlijk verandert en evenwichtige leefstijlgewoonten installeert die op lange termijn behouden blijven.

Ouders moeten tot de leeftijd van 12 jaar nog als de belangrijkste 'agents of change' gezien worden. [28] Met ouder worden groeien kinderen naar meer zelfstandigheid en verandert de rol van de ouders. Kinderen worden best daarom met stijgende leeftijd steeds meer zelf actief betrokken bij de behandeling zodat zij zelf leeftijdsadequate vaardigheden kunnen inzetten en inoefenen voor een duurzame verandering naar een gezonde leefstijl, ook op latere leeftijd.

Onderzoek bij adolescenten toont aan dat de uitkomst van het traject onafhankelijk is van de manier waarop ouders en naasten betrokken worden bij de behandeling. Voor adolescenten is een ondersteunende omgeving ook belangrijk, maar bij complexe familiale relaties en/of zelfstandigheid van de adolescent kan begeleiding ook gedeeltelijk of zonder betrekking van de familie.

Interventies voor ouders en familie kunnen zich onder meer focussen op:

- educatie over obesitas, stigma, gedragsverandering, ...
- het aanpassen van de thuisomgeving in functie van behandeling
- modellering van gezond leefstijlgedrag
- bekrachtiging van gedrag en doelen
- verbeteren van opvoedingsvaardigheden
- verbeteren van de communicatie tussen ouders en kinderen/adolescenten

Ouders geven aan graag concrete en geïndividualiseerde adviezen te krijgen en dat hun kennis en zorgen over hun kind worden meegenomen in de behandeling (Outcome interview ervaringsdeskundigen, 2025).[32] Tips door ouders waren o.a. het gebruik van visuele ondersteuningsmiddelen, het geven van praktische suggesties om actie te ondernemen, uitleggen waarom bepaalde adviezen belangrijk zijn. De World Obesity Federation stelt op haar website gratis niet stigmatiserende foto's ter beschikking. Op de site van Eetexpert staan video's en referenties van boekjes die kunnen worden gebruikt.

Groepssessies voor ouders kunnen helpend zijn doordat successen, moeilijkheden en coping strategieën besproken kunnen worden met andere ouders. [27]

Voor kinderen met gescheiden ouders is er extra aandacht nodig. Het is belangrijk om beide ouders te betrekken en te motiveren om hun kinderen te ondersteunen. Ervaringsdeskundigen halen aan dat bij een verschil in visie tussen de ouders of bij conflicten het nodig kan zijn om een extra hulpverlener in te schakelen. Deze zorgverlener kan samen met de ouders een gezamenlijke aanpak uitstippelen.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

Involving parents in their child's process is necessary. No unwanted effects are expected.

Kwaliteit van bewijs

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Experts by experience confirm the importance of involving the family members concerned and taking into account the family situation, and its complexity, when drawing up a tailored approach. (Outcome interview experts by experience, 2025)

Experts by experience emphasize the importance that all parents are informed, even when the parents no longer live under the same roof. (Outcome interview experts by experience, 2025)

Parents with lived experience indicate that the signals they provide (e.g., regarding apnea or fatigue) should be taken sufficiently into account. (Outcome interview expert by experience, 2025)

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

When parents come for a consultation with their child, no additional costs are expected. Extra sessions only for parents may incur additional costs.

Gelijkheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

Involving parents and getting them on the same page may be more difficult with children who grow up in challenging family and parenting situations. Also parents work schedule might interfere with the possibility to make appointments. Creating inequality for families in which the parents have a less flexible working schedule.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable, provided that the adolescent is heard in this decision.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, but a larger time investment during the consultation is required.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Sterke aanbeveling , Lage kwaliteit van bewijs

Pas de principes van motiverende gespreksvoering toe om gedragsverandering na te streven. [26][25] (GRADE 1C)

Praktisch advies

De techniek van motivationele gespreksvoering of motivational interviewing (MI) kan worden gebruikt om het kind/de jongere en het gezin te begeleiden naar gedragsverandering. Door het toepassen van MI kunnen zorgverleners de betrokkenen effectiever ondersteunen in hun proces van gedragsverandering, wat leidt tot betere en meer duurzame resultaten en meer tevredenheid bij de betrokkenen. [30][25][26]

Het toepassen van MI wordt geïntegreerd in de reguliere consultatie, maar kan extra tijd vergen. Echter, de bijkomende tijdsinvestering die moet worden voorzien om MI toe te passen tijdens de reguliere consultaties, zal op termijn worden gecompenseerd door meer duurzame resultaten.

MI is een communicatiestijl die specifieke technieken en strategieën gebruikt, zoals:

- **Open vragen stellen:**

Geeft ruimte aan de betrokkene om zijn of haar verhaal te delen en zet aan tot een diepgaand gesprek.

Bijvoorbeeld:

- "Wat zou voor jou het leuker maken om meer te bewegen?"
"Hoe ervaart uw kind zijn of haar eet- en beweeggewoonten volgens u?"
- **Reflectief luisteren:**
Houdt in dat de hulpverlener actief luistert en de betrokkene helpt om zijn gedachten en gevoelens te verhelderen.
Bijvoorbeeld:
Jongere: "Ik wil wel gezonder eten, maar ik weet niet hoe."
Zorgverlener: "Je hebt de motivatie om iets te veranderen, maar je mist nog wat ideeën over hoe je dat kunt doen?"
 - **Bevestigen en erkennen:**
Bevestigen en erkennen van de inspanningen van de betrokkene en de hiervoor al geïnvesteerde energie.
Bijvoorbeeld:
"Je hebt al nagedacht over wat je zou kunnen veranderen, dat vraagt moed."
 - **Samenvatten:**
Helpt om structuur te brengen in het gesprek/ de gedachtegang en eventuele aanvullingen te laten doen, te toetsen als hulpverlener of alles juist is begrepen, en belangrijke punten te benadrukken.
Bijvoorbeeld:
"Je vertelde dat je graag meer wilt bewegen, dat je het leuk vindt om te fietsen, en dat je ouders je daarin steunen. Dat klinkt als een goed begin."
"Als ik het goed begrijp, wil je gezonder eten, maar vind je het lastig om te stoppen met snacks na school. Je hebt al geprobeerd om meer water te drinken, en dat ging goed. Klopt dat?"

Het opleiden van eerstelijnsgezondheidsprofessionals in motiverende gespreksvoering is zinvol in functie van de effectiviteit van de behandeling van obesitas bij kinderen. Meerdere organisaties, waaronder [SSMG](#), [Domus Medica](#), [Eetexpert](#) en [Crea-HELB](#) geven regelmatig opleidingen over motiverende gespreksvoering.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten	Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie. There are no disadvantages in applying the principles of motivational interviewing (substantial net benefits of the recommendation).
Kwaliteit van bewijs	Laag This recommendation is based on a systematic review of Lutaud (2023) of low methodological quality and a randomised controlled trial of Luque (2024) of acceptable methodological quality. (moderate certainty of evidence)
Waarden en voorkeuren	Geen substantiële variatie verwacht Experts by experience confirm the importance of motivation and of adhering to motivational agreements made by the healthcare professional. (Outcome interviews expert by experience, 2025) Experts by experience repeatedly indicate that non-judgmental language has a simulating effect in bringing about behavior change. (Outcome interviews expert by experience, 2025)
Kosten	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie There are no additional resources associated with this intervention. applying the principles of motivational interviewing does require a certain attitude and skills from the health professional.
Gelijkheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie No injustices are expected in implementing this recommendation on the condition sufficietn time can be provided to motivate disadvantaged groups.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to both patients and healthcare providers, since the healthcare provider ensures that no value judgements are made in communication with the patient.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to apply this intervention. For certain disadvantaged groups, more time must be provided to pursue behavioural change.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op een de novo literatuuronderzoek met focus op niet-medicamenteuze interventies bij kinderen met obesitas.

- De systematische review van Lutaud (2023) includeerde 26 RCT's, en onderzocht het gebruik en de uitkomsten van motiverende gespreksvoering (motivational interviewing-MI) in de aanpak van obesitas bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas. Er werden in 81% van de studies zowel bij kinderen, als adolescenten statistisch significante resultaten gevonden voor alle antropometrische factoren ($n=21$) met als belangrijkste indicator BMI en gedragsfactoren ($n=17$) waaronder gedrag met betrekking tot voeding, bewegen en motivatie. Van de studies die psychosociaal welzijn onderzochten ($n=7$), toonde 71% een positief effect. Deze effecten werden aangehouden voor minstens 6 maanden. Aanwezigheid van de ouders bij MI bleek essentieel bij kinderen. Bij tieners waren de resultaten heterogeen wat betreft impact van aanwezigheid van de ouders tijdens MI. De hier besproken uitkomstmaten en deze review in zijn totaliteit zijn van lage methodologische kwaliteit. [25]

- De RCT van Luque (2024) die kinderen met obesitas ($n=303$; leeftijd 11 tot 14 jaar) includeerde, ging de impact van MI na bij de aanpak van obesitas bij kinderen. Van de 303 toegewezen kinderen voltooiden 201 kinderen de interventie (begin- en eindbezoeken en minstens één behandelbezoek). De afname van de BMI z-score was $-0,27$ ($\pm 0,31$) bij standaardzorg, versus $-0,36$ ($\pm 0,35$) binnen de interventiegroep (MI + voeding gerelateerde educatie + educatief materiaal) ($p = 0,036$). Mixed models met centra als random effecten toonden grotere afname van de BMI bij de interventiegroep dan bij de controlegroep. De verschillen waren $B = -0,11$ (95% BI: $-0,20, -0,01$, $p = 0,025$) voor de BMI z-score, en $B = -2,06$ (95% BI: $-3,89, -0,23$, $p = 0,028$) voor BMI %. Er werden geen ernstige bijwerkingen gerelateerd aan de studie gemeld. De hier besproken uitkomstmaten en deze review in zijn totaliteit zijn van lage methodologische kwaliteit. [26]

Conclusie

MI is essentieel bij kinderen en adolescenten met obesitas -en waar relevant gezinsleden- omdat het hen op een empathische, niet-oordelende manier helpt hun eigen motivatie en bereidheid tot gedragsverandering te versterken. Daarnaast ondersteunt het ouders en jongeren in het gezamenlijk maken van haalbare keuzes en erkenning van de al geïnvesteerde energie, wat de kans op duurzame leefstijlverandering vergroot.

Consensus aanbeveling

Empower het kind/de adolescent, samen met haar/zijn familie/naasten, en moedig hen aan om gebruik te maken van persoonlijke vaardigheden en hulpbronnen uit de omgeving. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

"Empowerment" bij personen met obesitas omvat een pakket aan maatregelen dat beroep doet op het vermogen om de eigen gezondheidsprioriteiten en agenda te bepalen. Het is bedoeld om de persoon met obesitas én zijn/haar omgeving te motiveren om zelf verantwoordelijkheid te dragen.

Het vermogen om eigen gezondheidsprioriteiten en agenda te bepalen vereist voldoende gezondheidsgelletterdheid. Door zich bewust te zijn van gezondheidsrisico's gerelateerd aan obesitas, kan de motivatie tot verandering worden aangewakkerd. Het ontwikkelen van copingvaardigheden moet een duurzame verandering faciliteren. Lokale eerstelijnszorgverleners die zich specialiseerden in het begeleiden van personen aangaande gedragsverandering kunnen de persoon met obesitas en zijn/haar familie hierbij helpen.

De context betreft het sociale netwerk. Bij kinderen zijn dit voornamelijk de ouders. Het is moeilijk voor een kind om hun eet- en bewegingspatronen succesvol te verbeteren als ouders dat niet doen. Ouders aanmoedigen om als gezin gezonde veranderingen in hun levensstijl door te voeren, in plaats van een bepaald zorgplan slechts aan één kind op te leggen, is een determinant voor duurzame gedragsverandering.

Naarmate de kinderen ouder worden, wint het bredere sociale netwerk, zoals vrienden, aan impact. Deel uitmaken van een jeugdbeweging kan bijvoorbeeld voor de persoon een aangenaam sociaal kader zijn waarin hij/zij meer gaat bewegen. Empowerment betreft ook het versterken van ouders - met bijzondere aandacht voor gezinnen met een laag inkomen - om voeding in de thuisomgeving en activiteitencontexten (waaronder schermtijd) te reguleren.

Naast het sociale netwerk als omgevingshulpbron, kan ook gebruik gemaakt worden van andere omgevingsfactoren helpende componenten, zoals de lokale speeltuin bezoeken, gebruik maken van bestaande wandel- en fietspaden -al dan niet aan de hand van wandelknooppunten- of gebruik maken van de lokale sportinfrastructuur, zoals een Finse piste, een beweegbank, openluchtfitness, of skatepark. Dit kan individueel of onder begeleiding van een professional. Deze persoon kan helpen met het opstellen van een individueel beweegplan.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with the positive reinforcement of what the person is already doing well (substantial net benefits of the recommendation).

Kwaliteit van bewijs

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Experts by experience confirm the importance of an approach tailored to and developed together with the person, taking into account the personality and obstacles experienced of the person, and the family of the person. (Outcome interviews with experts by experience, 2025)

Experts by experience cite possible sources from the environment, such as a sports club with peers about a sport that the person likes and where he/she can develop peer contact. (Outcome interviews with experts by experience, 2025)

Experts by experience cite that the sources in the area can vary per season, with winter often being more detrimental than summer (Outcome interviews with experience expert, 2025)

Experts by experience draw attention to the (unconscious) culpability of parents by care providers. (Outcome interviews with an experiential expert, 2025)

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

There are no additional resources associated with this intervention. Positive reinforcement does require a certain attitude and skills from the caregiver.

Gelijkheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

There are no inequities expected by implementing this recommendation. People of low socio economic classes might need extra support.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is broadly accepted within the Western community.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to apply this intervention, if enough time is provided.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

Verleg de focus van gewicht naar alle aspecten van een gezonde leefstijl. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

De focus van effectonderzoek over obesitas bij kinderen richtte zich de voorbije decennia voornamelijk op gewicht en afname van BMI. Duurzame effecten van obesitasbehandeling richt zich op-gedragsverandering op vlak van levensstijl (afwisselend eten, bewegen, emoties hanteren, voldoende slapen) (Zie ook klinische vraag niet-medicamenteuze interventies). [22][31]

Zich goed voelen binnen deze levensstijlaanpassingen (vb op een leuke manier bewegen) faciliteert het duurzame effect. In de klinische praktijk kunnen gesprekken met ouders gaan over het belang van praten met hun kinderen over gezonde en evenwichtige eetgewoonten, slaaphygiëne en actief zijn om gezond te blijven, in plaats van zich te richten op het gewicht van hun kind. Co-regulatie, waarbij ouders hun kind ondersteunen in het ontwikkelen van gezonde eet-, slaap- en beweeggewoonten door samen routines en regulatievaardigheden op te bouwen, leidt tot zelfregulatie." (Zie ook 'Niet-medicamenteuze interventies)

Van bewijs naar aanbeveling**Gewenste en ongewenste effecten**

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with focussing on a healthy lifestyle.

Kwaliteit van bewijs

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Empowering people is generally accepted.

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No direct additional resources are needed to implement this intervention, although, healthy food might be more expensive than most of the unhealthy food.

Gelijkheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

Healthy food might be more expensive than most of the unhealthy food. in particular for people of lower socio-economic classes, this might be a barrier.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

Some people might need additional information on rationale of the shift from weight to healthy lifestyle.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to apply this intervention. For certain disadvantaged groups, the financial aspect the shift to a healthy lifestyle can be a barrier due the the cost of healthy food.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

2.2 5A-model

Het 5A-model voor zelfmanagement ondersteuning helpt om de aanpak van de zorg te structureren en om de zorg voor kinderen/adolescenten met obesitas en hun familie/naasten op een respectvolle, participatieve manier mogelijk te maken. Het model is logisch en chronologisch opgebouwd rond de stappen 'ask, assess, advise, agree, assist en arrange'.

Consensus aanbeveling

ASK:

Vraag toestemming om het gewicht te bespreken. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Tegenover het kind/de jongere en/of de oudere vragen naar toestemming om het gewicht te bespreken, en verkennen of de persoon klaar is voor verandering gebeurt op een niet-oordelende manier.^[24] Gebruik bij de bevraging de principes van motiverende gespreksvoering (zie ook algemene aanbevelingen) en vermijd taal die de schuld bij eender wie legt. Er kan namelijk een bepaald stigma zijn tegenover ouders van kinderen met een hoger lichaamsgewicht, omdat de samenleving ouders vaak de schuld geeft van het veroorzaken van gewichtstoename van hun kind. Ouders kunnen zich gestigmatiseerd voelen door de omgeving, maar er wordt ook stigmatiseren van de ouders naar het kind toe waargenomen, of een te grote focus op het getal op de weegschaal door de ouders waardoor gedragsveranderingen uit het oog verloren worden

Bij jonge kinderen vraag je de toestemming vooral aan de ouders, maar betrek je het kind respectvol zodat het niet buitengesloten wordt. Bij adolescenten vraag je het eerst aan de adolescent zelf, en betrek daarna de ouders als dat nodig is. Doe dit wel met instemming van de jongere. In de overgang tussen kindertijd en adolescentie is een gecombineerde aanpak het meest gepast: leg uit aan zowel de jongere, als de ouders uit waarom je beiden betreft. Echter, naargelang de situatie -zoals het ontwikkelingsniveau van het kind, de thuissituatie, ...- en eerdere expertise van de zorgverlener, kan deze beslissen hiervan af te wijken.

Als men het erover eens is om over gewicht te praten, vraag je als zorgverlener naar voorkeurstermen om zijn/haar gewicht te beschrijven (Obesitas? Hoog lichaamsgewicht? Hoge BMI? ...).

- Voorbeeld communicatie met ouders:

"Ik wil het hebben over de groei van uw kind vandaag. Is dat goed voor jou? We hebben enkele veranderingen in het gewicht gemerkt en ik wil er zeker van zijn dat we zijn/haar gezondheid op de best mogelijke manier ondersteunen. Er is geen druk—gewoon een gesprek om te zien hoe het gaat en waar je je op wilt richten. Is dat OK?"

- Voorbeeld communicatie met de adolescent:

"Laten we eens kijken hoe het gaat met je energie, slaap en dagelijkse gewoonten. Is er iets bijzonder dat je de laatste tijd hebt gemerkt? Als er iets is waar je aan wilt werken—zoals je energiekeker voelen of beter slapen—help ik je graag."

"Heb je ooit het gevoel gehad dat je gewicht of gezondheidsgewoonten in de weg staan van dingen die je wilt doen?"

Van bewijs naar aanbeveling**Gewenste en ongewenste effecten**

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with the recommendation to inquire about weight in a respectful manner (net substantial benefit).

Kwaliteit van bewijs This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

No substantial variability is expected. Both patients and healthcare providers find it important to start the conversation about obesity. Being able to share their perspective makes people feel valued and recognized.

The experts by experience indicate that a non-judgmental attitude is the basis for good communication.

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

There are no additional costs associated with applying this intervention. However, the intervention may require a larger investment of time.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No injustices are expected in implementing this recommendation.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to both patients and caregivers.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, but a larger time investment during the consultation is required.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

ASSESS:

Evalueer de brede gezondheidstoestand en de factoren die de behandeling van obesitas kunnen beïnvloeden. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Ga de oorzaken, complicaties en belemmeringen van obesitas na aan de hand van de classificatie van de 4M's (mentale, mechanische, metabole en milieu (=omgeving). Ga tevens aan de hand van de groei-curves de status van de obesitas na en bepaal het EOSS-P stadium (zie ook de klinische vraag over diagnosestelling).

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with the recommendation (net substantial benefit).

Kwaliteit van bewijs

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Experts by experience emphasize the importance of taking the child's living environment into account. (Outcome interviews experts by experience, 2025)

Experts by experience note that sufficient time must be taken to get to know the person before starting treatment. (Outcome interviews experts by experience, 2025)

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

There is no cost to apply this recommendation. However, healthcare providers will have to provide sufficient time for this and possibly spread the inventory of the burden of disease over several consultations.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in implementing this recommendation. A good inventory of the individual burden of disease can contribute to the success of the set goal, which will counteract inequality.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to both patients and healthcare providers, provided that the healthcare provider ensures that no value judgements are made in communication with the patient.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, provided that sufficient time for a consultation is provided.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

ADVISE:

Informeel over de voordelen van een gezonde levensstijl op gezondheid, realistische doelen en behandelopties om duurzame verandering na te streven. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

De zorgverlener informeert dat de focus van de behandeling ligt op verbetering van gezondheid en welzijn. Gezond gedrag kan resulteren in een verbetering van gezondheidswaarden (lipide- en glucosewaarden, bloeddruk regulatie, fitheid, slaapkwaliteit zelfwaarde gevoel, lichaamsbeeld, en

gewicht). Het mentale welzijn als focus bij het kind/de jongere is een prioritaire uitkomst. Informeren kan gefragmenteerd en gericht gebeuren in overleg met het kind/de jongere en de ouder.

Zodra een interventie stopt, is terugval realistisch. Om deze terugval te voorkomen moeten de behandelstrategieën gericht zijn op haalbaarheid en duurzaamheid. Interventies die zich richten op snelle oplossingen en niet-duurzame strategieën kunnen ertoe leiden dat het niet mogelijk is om gezond gedrag op de lange termijn vol te houden. Ook regelmatige tussentijdse follow-up consultaties kan bijdragen tot het volhouden van de interventie.

De risico's van obesitas op lange termijn uitleggen kan ook een determinant zijn voor volharding en therapietrouw.[24]

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with this recommendation (substantial net benefit).

Kwaliteit van bewijs

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Experts by experience highlight the importance of educational materials to understand the condition of obesity. (Outcome interviews expert by experience, 2025)

Experts by experience emphasize that the goals should ideally align with the child's cognitive abilities (possibly using visual aids) and with his/her interests and wishes (hobbies, sports, social activities) to maintain motivation and achieve results (Outcome interviews expert by experience, 2025)

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

There are no additional costs associated with applying this recommendation. However, healthcare providers will have to provide sufficient time to inform the child/adolescent and his/her parents during a consultation.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in the implementation of this recommendation if the healthcare provider informs the person in his/her level.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients, provided that the healthcare provider ensures that no value judgements are made in communication with the patient.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, on the condition that sufficient time can be provided during the consultation.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

AGREE:

Kom – via gedeelde besluitvorming en een persoonsgerichte aanpak- tot haalbare doelen en een plan om gezondheidsverbetering te bereiken.
(Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Focus op onrealistisch gewichtsverliesverwachtingen kan leiden tot teleurstelling en gebrek aan therapietrouw.

Focus op gewichtsstabilisatie kan een eerste doel zijn, bijvoorbeeld zodat een kind in een groeispurt terug in evenwicht komt. Dit dient gekaderd te worden om te voorkomen dat gewichtsstabilisatie (= een succes) waargenomen wordt als een niet-succeservaring.

In samenspraak met het kind/de ouder of de adolescent een haalbaar tijdsgebonden plan opmaken kan helpen om de lange termijn doelen vol te houden. In dit plan wordt onder meer aandacht besteed aan het aanpakken van de oorzaken van ongezonde gewichtstoename, zoals onder andere stress binnen het gezin of ongezonde slaapgewoontes. [24] Meetmomenten voor het vastleggen van het succes van de behandeling (bijv. zelfvertrouwen, lichaamsbeeld, slaap, conditie, bloedglucosewaarden, insuline resistentie, ...) kunnen ook deel uitmaken van het plan. Deze meetmomenten worden in samenspraak met het kind/de jongere en de ouder vastgelegd.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten	Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie. There are no disadvantages to this recommendation (substantial net benefit).
Kwaliteit van bewijs	This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.
Waarden en voorkeuren	Geen substantiële variatie verwacht Experts by experience indicate that having a plan and a structure is important for them to effectively tackle obesity. (Outcome interviews expert by experience, 2025)
Kosten	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie There is no additional cost to apply this recommendation. Given healthcare providers have to provide sufficient time during the consultation.
Gelijkheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie No inequalities are expected in implementing this recommendation, on the condition that the healthcare provider informs and communicates with the child/adolescent and their parents on their level.
Aanvaardbaarheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients, on the condition that the healthcare provider ensures that no value judgements are made in communication with the patient.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, in the condition that sufficient time can be provided during the consultation.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling**ASSIST AND ARRANGE:**

Help om de bevorderende en de belemmerende factoren die het behandelplan kunnen beïnvloeden te identificeren en aan te pakken.
(Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Facilitators en barrières kunnen zowel omgevingsgebonden, socio-economische, emotionele of medische factoren zijn.

Samen met de persoon nagaan wat hem/haar concreet belemmert om gedragsveranderingen door te voeren of om te kunnen deelnemen aan het dagelijkse leven kan inzicht geven in wat prioriteiten zijn om aan te pakken.

Omgevingsgebonden barrières om gedragsveranderingen door te voeren kunnen sociale invloeden van peers zijn (vb sedentair gedrag bij samen gamen). Omgevingsfactoren kunnen ook heel praktische zaken zijn, zoals belemmerende doorgangen (draaihekken) bij het te voet naar school gaan. Beperkte vervoersmogelijkheden kunnen het lastig maken om gezonde voeding aan te schaffen. Armoede en stress binnen het gezin kunnen invloed hebben op de motivatie en het vermogen om behandeladviezen te volgen, bijvoorbeeld door onvoldoende toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg.

Emotionele factoren zijn niet te onderschatten en moeten in rekening genomen worden door de zorgverlener. Schaamte kan belemmerend zijn om in een publieke ruimte sporten of bewegen, vooral belangrijk bij adolescenten. In daluren gebruik maken van fitnessruimtes of op klantvriendelijke momenten (zoals 'enkel vrouwen'), of buiten bewegen als het donker is kan een oplossing zijn.

Naast de belemmeringen moet er ook gezocht worden naar de facilitators om de behandeling te starten of waar nodig bij te sturen. Zo kunnen familiegerichte benaderingen de motivatie versterken en leefstijlverandering ondersteunen. Beschikbaarheid en gebruik van geschikte spel- en sportfaciliteiten (bv. sportzalen, speelterreinen) in de buurt kan een actievere leefstijl bevorderen. Intrinsieke waarden en competenties van het kind/de jongere, zoals met leeftijdsgenoten samen kunnen sporten, zijn faciliterend. (zie ook aanbeveling rond beweging onder "Niet-medicamenteuze interventies")

Van bewijs naar aanbeveling**Gewenste en ongewenste effecten**

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with this recommendation (substantial net benefit).

Kwaliteit van bewijs

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Experts by experience indicate that a complex family situation can be an obstructive determinant that should be considered. (Outcome interviews expert by experience, 2025)

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

There are no additional costs associated with applying this recommendation. However, healthcare providers will have to provide sufficient time for identifying and addressing facilitators and barriers to the treatment plan.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in implementing this recommendation in the condition that the healthcare provider adapts the conversation at the level of the child/adolescent and their parents.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients, in the condition that the healthcare provider ensures that no value judgments are made in communication with the patient.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, in the condition that sufficient time can be provided.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

ASSIST AND ARRANGE:

Help om de meest geschikte zorgverlener(s) te vinden die een multimodale aanpak op maat kan/kunnen toepassen. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Een multimodale aanpak betekent dat meerdere soorten interventies of methoden gecombineerd worden om een probleem aan te pakken. Deze multimodale aanpak wordt meestal door verschillende zorgverleners, met elk hun expertise uitgevoerd.

De ouder of de adolescent kan best ondersteund worden in de keuze van de meest geschikte lokale zorgverlener. Een goed samengesteld team zorgt er namelijk voor dat alle aspecten van de behandeling worden aangepakt. Door nauwe samenwerking tussen professionals worden adviezen consistent en op elkaar afgestemd. Dit voorkomt tegenstrijdige informatie en vergroot het vertrouwen van het gezin in de behandeling.

Een goed eerstelijnsnetwerk maakt het mogelijk om vroegtijdig complicaties te herkennen en indien nodig door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg. [24]

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with this recommendation (substantial net benefit).

Kwaliteit van bewijs

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Experts by experience emphasize the importance of continuity in treatment. New healthcare providers need to carefully review the existing file so that work can continue without having to start over each time. (Outcome interview with expert by experience, 2025)

Experts by experience indicate that, in addition to healthcare providers, other professionals (e.g., family coach) can also play a role in monitoring and supporting the approach to obesity. (Outcome interview with expert by experience, 2025)

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation. Waiting times can increase with referrals; this can affect feasibility (access to care). A barrier to optimal collaboration is the lack of a shared joint record.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in implementing this recommendation. However people of low economic classes might the costs of an obesity treatment in general be an issue.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients, in the condition that the healthcare provider ensures that no value judgments are made in communication with the patient.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

Implementing this recommendation is feasible if the healthcare provider can identify the appropriate colleague within their professional network.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

ASSIST AND ARRANGE:

Regel de opvolging om de doelen en het behandelplan te monitoren en indien nodig bij te stellen. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Regelmatige evaluatie maakt het mogelijk om haalbare, motiverende stappen te behouden en het kind/de adolescent het gevoel te geven dat ze ondersteund worden. Te ambitieuze of niet-realistische doelen kunnen leiden tot frustratie en afhaken. Het kind en zijn ouder/ de adolescent moet(en) het gevoel hebben dat ook bij falen of niet behalen van de gestelde doelstellingen men bij de zorgverlener terecht kan. De evolutie of vooruitgang gaat meestal niet rechtlijnig, maar met ups en downs. Regelmatige opvolgmomenten geven de zorgverlener de mogelijkheid om tijdig bij te sturen en creëren bijkomende leermomenten. Zo kunnen ook complicaties zoals slaapapneu, diabetesrisico of stress vroegtijdig worden opgemerkt en aangepakt.

De tijdsperiode waarover deze opvolgmomenten doorgaan worden in samenspraak met de betrokkene(n) besproken.

Gewicht, eetgedrag en fysieke activiteit veranderen in de tijd, zeker bij groeiende kinderen. Een plan dat initieel werd opgesteld, kan na een aantal maanden niet meer passend zijn. Regelmatige feedbackmomenten geven het kind/de ouder of adolescent het gevoel ondersteund te worden wat de vertrouwensrelatie bevordert.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with this recommendation (substantial net benefit).

Kwaliteit van bewijs

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Experts by experience indicate that the accessibility of the doctor in the context of follow-up is essential for maintaining treatment adherence. (Outcome interview expert by experience, 2025)

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

Beside the cost of the consultation, there are no additional costs associated with applying this recommendation.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in implementing this recommendation.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients given the fact that monitoring the patient and tailoring the goals and treatment plan can improve the adherence.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, in the condition that sufficient time can be provided.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

3. Hoe obesitas bij kinderen en jongeren diagnosticeren en evalueren?

Sterke aanbeveling , Lage kwaliteit van bewijs

Gebruik de gecorrigeerde BMI en/of tailleomtrek om overtollig lichaamsvet bij kinderen/adolescenten te detecteren. [33] GRADE 1C

Praktisch advies

Omdat er bij het detecteren van obesitas bij kinderen geen gebruik gemaakt kan worden van de BMI-criteria voor volwassenen, hebben verschillende organisaties alternatieven ontwikkeld. Binnen het Belgisch zorgtraject heeft men afgesproken om de criteria van de 'International Obesity Task Force (IOTF) te gebruiken. Het IOTF BMI-criterium voor obesitas wordt bepaald op basis van de gewichtscurve die op de leeftijd van 18 jaar uitkomt op BMI 25/30.[4]

De afkapwaarden per leeftijd en per geslacht zijn [hier](#) terug te vinden.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with this recommendation (substantial net benefit).

Kwaliteit van bewijs

Laag

The systematic review by Simmonds (2016) is of low methodological quality.

Waarden en voorkeuren

Substantiële variatie verwacht of er is onzekerheid

There might be patients that do not want their BMI to be measured.

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No expected extra costs.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in implementing this recommendation.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to both patients and healthcare providers.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op een de novo literatuurzoektocht met focus op niet-medicamenteuze interventies bij kinderen met obesitas.

- De systematische review met meta-analyse van Simmonds (2016) includeerde 24 studies (N= 25 807) en ging de diagnostische accuraatheid van testen voor het detecteren van obesitas na bij kinderen en adolescenten tot 18 jaar oud. Uit de resultaten bleek dat BMI in 81.9% (sensitiviteit) van de gevallen, kinderen correct detecteerde, met een vals detectie percentage van 4% (96% specificiteit). Voor tailleomtrek werden vergelijkbare resultaten bekomen: bij gebruik van de tailleomtrek werden 83.8% van de kinderen correct geïdentificeerd (sensitiviteit), met een vals detectie percentage van 3.5% (96.5% specificiteit). Het gaat daarbij telkens over een lage tot zeer lage kwaliteit van bewijs. Andere indextesten hadden een lager percentage sensitiviteit en specificiteit. Deze review is van lage methodologische kwaliteit.[33]

Conclusie

De systematische review met meta-analyse van Simmonds (2016) toont aan dat bij het gebruik van BMI en tailleomtrek het merendeel van de kinderen met obesitas correct geïdentificeerd wordt.[33]

Consensus aanbeveling

Gebruik EOSS-P om het juiste zorgniveau te bepalen. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Het is belangrijk om naast een inschatting van de BMI ook een meer gedetailleerde evaluatie te maken bij elk kind. BMI geeft geen goede inschatting over de ernst van de obesitas. De Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics of EOSS-P is een volwaardiger systeem dat op basis van informatie in 4 domeinen (Metabool, Mechanisch, Mentaal Welzijn en Milieu) een gedetailleerde evaluatie per kind mogelijk maakt en op basis daarvan een stadiëring van obesitas toelaat. Het systeem onderscheidt 4 stadia van obesitas: 0, 1, 2 en 3 (zie tabel).). Om voor elk kind tot een stadiëring te komen wordt de hoogste score van de 4 domeinen genomen. Een kind dat bijvoorbeeld een 0 scoort op het domein Milieu, maar een 3 op het domein Metabool wordt geclassificeerd in stadium 3 en omgekeerd: een kind dat 0 scoort op het domein Metabool maar 3 op het domein Milieu wordt ook geclassificeerd in stadium 3.

Kinderen die wel een teveel aan vetmassa hebben, maar geen enkele impact van obesitas ervaren binnen zowel het metabole, mechanische, mentale en sociale milieu vallen onder stadium 0. Kinderen met milde klachten binnen deze 4 domeinen vallen onder stadium 1. In de huidige zorgorganisatie in België worden kinderen met een obesitas stadiëring van 0 en 1 behandeld in de eerste lijn. Voor deze kinderen geldt het advies om de gewichtsevolutie en de impact op de gezondheid blijvend op te volgen en in te zetten op een leefstijlbehandeling. Naast de huisarts kunnen ook andere eerstelijnszorgverleners, zoals een diëtist, klinisch psycholoog, kinesitherapeut of Bewegen Op Verwijzing-coach, worden ingeschakeld. Deze richtlijn is op deze kinderen/adolescenten van toepassing.

Kinderen met obesitas met een matige of ernstige gezondheidsimpact bevinden zich respectievelijk in stadium 2 en stadium 3. Zij hebben nood aan een intensievere behandeling. Binnen het Belgisch zorgtraject worden deze kinderen doorverwezen naar een Pediatrisch Multidisciplinair Obesitascentrum (PMOC) waarin gespecialiseerde hulpverleners een uitgebreide evaluatie kunnen doen en een intensievere behandeling kunnen aanbieden. De zorg vanuit de PMOC's is ook ambulante zorg. Wanneer nodig kan er vanuit de eerste lijn en PMOC's worden doorverwezen naar een nog intensievere behandeling in de residentiële zorg. Soms kunnen er drempels zijn om in een hoger zorgniveau te starten. Opvolging in de eerstelijnszorg is in die situatie wel aanbevolen.

Een Nederlandstalige versie van de EOSS-P aangepast aan de Belgische zorgcontext is terug te vinden op de [website van Eetexpert](#).

Afhankelijk van de stadiëring zijn er verschillende vormen van terugbetaling voor kinderen, adolescenten en hun familie mogelijk. Meer informatie is te vinden op de [website van het RIZIV](#).

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with this recommendation (substantial net benefit).

Kwaliteit van bewijs

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

All interviewed experts by experience indicated that the focus should not be solely on weight, but that a more comprehensive assessment is needed of the factors influencing obesity and how obesity affects their lives (Outcome interview expert by experience, 2025).

Kosten

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

Additional consultations may be necessary to obtain a complete assessment. This may entail extra costs for patients.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in implementing this recommendation.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to both patients and healthcare providers.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

Limited consultation time may make an assessment with EOSS-P less feasible.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

Identificeer mogelijke beïnvloedende factoren, belemmeringen en facilitators voor behandeling. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Binnen het Belgische zorgtraject is afgesproken dat kinderen met stadiëring 0 en 1 op basis van de EOSS-P in de eerste lijn behandeld worden. De focus bij deze kinderen ligt op het opvolgen van de gewichtsevolutie, mogelijke gezondheidsimpact en een leefstijlbehandeling. Hiervoor kan multidisciplinair overleg nodig zijn en indien nodig kan door de huisarts of kinderarts bijkomend advies gevraagd worden aan de Pediatrische Multidisciplinaire Obesitas Centra (PMOC's) in de tweede lijn.

Een leefstijlbehandeling kan om diverse redenen moeilijker verlopen, waardoor het zinvol is om bijkomend eerstelijnszorgverleners of welzijnswerkers in te schakelen, denk aan een diëtist, kinesitherapeut, kinderpsycholoog of orthopedagoog, logopedist, ergotherapeut, OCMW, CAW, jeugdhulp, enz. Deze eerstelijnszorgverleners kunnen ook ondersteunen in het detecteren van mogelijke barrières.

Welke zorgverlener wordt ingeschakeld, is afhankelijk van de barrières die de leefstijlbehandeling bemoeilijken. Kwalitatief onderzoek bij experts leverde in consensus volgende 5 barrières en bijhorende adviezen voor doorverwijzing op bij kinderen tussen 0 en 5 jaar.^[34]

1. Bij een te beperkte kennis, vaardigheden of een gebrek aan opleiding bij de ouders van de kinderen, dient er doorverwezen te worden naar hulpverleners met expertise die hierin kunnen helpen, zoals een diëtist of kinesitherapeut.
2. Wanneer ouders moeilijkheden hebben bij het reguleren van het gedrag van hun kind of bij het implementeren van de kennis naar de praktijk, dient er doorverwezen te worden naar een klinische psycholoog of orthopedagoog.
3. Wanneer bepaalde moeilijkheden bij het kind gedragsverandering naar een gezonde leefstijl belemmeren, denk o.a. aan moeilijkheden met het voelen van honger- en verzadigingssignalen, voedselaversie, selectief eten, slikstoornis, problemen in de emotieregulatie, ontwikkelingsproblemen dient er doorverwezen te worden naar gespecialiseerde hulpverleners zoals een diëtist, klinische psycholoog of orthopedagoog, logopedist, enz.
4. Bij een ontwikkelingsachterstand bij het kind wordt er doorverwezen naar een gepaste hulpverlener zoals klinisch psycholoog, logopedist, ergotherapeut enz.
5. Bij een vermoeden van een medische oorzaak voor de obesitas, dient er doorverwezen te worden naar gespecialiseerde artsen, zoals bijvoorbeeld

endocrinologen.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten	Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie. There are no disadvantages associated with this recommendation (substantial net benefit).
Kwaliteit van bewijs	This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.
Waarden en voorkeuren	Geen substantiële variatie verwacht All interviewed experts indicated that extensive assessment is needed on the factors that influence obesity.
Kosten	Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie Additional consultations may be necessary to obtain a complete assessment. This may entail extra costs for patients.
Gelijkheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie No inequalities are expected in implementing this recommendation.
Aanvaardbaarheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie This recommendation is acceptable to both patients and healthcare providers.
Haalbaarheid	Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie Limited consultation time may make a comprehensive understanding of the problem less feasible.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

4. Welke interventies voorstellen in de aanpak van obesitas bij kinderen en jongeren in de eerste lijn? Hoe opvolgen?

4.1 Niet-medicamenteuze interventies

Sterke aanbeveling , Redelijke kwaliteit van bewijs

Beveel een multimodale aanpak aan. [35] (GRADE 1B)

Praktisch advies

Een multimodale aanpak omvat diverse interventies die op evidentie gebaseerd zijn, dewelke aangeboden kunnen worden door één of meer zorgprofessionals. Een goede onderlinge coördinatie is wenselijk. Een gezonde levensstijl bestaat uit evenwichtig eten, beweging, emotioneel welbevinden en voldoende kwalitatieve slaap. Afhankelijk van de nood kan een eerstelijnsprofessional (zoals een diëtist, psycholoog, arts, kinesitherapeut...) fysieke activiteit, nutritionele, psychologische en/of technologie-gebaseerde interventies aanreiken. De focus dient te liggen op geïntegreerde zorg, waarin ook maatschappelijk werkers, onderwijspartners en de omringende context een plaats kunnen hebben. Deze aanpak is bij voorkeur laagdrempelig (toegankelijk en niet duur), afgestemd op de persoon met obesitas (en zijn naaste).

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Klein netto-voordeel, of niet of nauwelijks verschil tussen de interventies

There are rarely any disadvantages associated with this recommendation. There is a small net benefit from the intervention.

Kwaliteit van bewijs

Redelijk

The systematic review with meta-analysis by Henderson (2025) is of moderate methodological quality (moderate certainty of evidence).

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Research indicates that there are positive experiences with an individualized and holistic treatment approach. Families appreciated a treatment approach tailored to their specific needs and the involvement of various professionals[56].

Some experts involved in the development of this guideline express doubts about the current cooperation within the multimodal approach (lack of continuity and consistency in guidance). (Outcome interviews experts by experience, 2025)

Kosten

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

Implementation of this recommendation requires interventions by one or more trained healthcare professionals and the use of specific tools.

Gelijkheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

The applicability of this recommendation varies from person to person, which may give result in some inequality.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

A multimodal approach is generally considered to be a good thing.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

The practical application of this recommendation is not apparent to everyone. It is feasible to implement this recommendation provided that the approach is made accessible.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op een de novo literatuurzoektocht met focus op niet-medicamenteuze interventies bij kinderen met obesitas.

- De aanbeveling wordt onderbouwd door een systematische review en meta-analyse van 73 RCT's door Henderson et al. (2025) met in totaal 6305 kinderen en adolescenten met obesitas (0-18 jaar). Deze onderzocht de effecten van multicomponentinterventies (minstens twee interventies gebaseerd op voeding, fysieke activiteit, psychologie en/of technologie) op PROM's (door patiënten gerapporteerde uitkomstmaten), cardiometabole en antropometrische uitkomsten en bijwerkingen. De meta-analyses toonden aan dat multicomponentinterventies een groot voordeel hadden op angst, gemeten met de Social Anxiety Scale for Children (MD -13,83 [-19,87; -7,79]), een klein voordeel op depressieve symptomen, gemeten met de Children's Depression Inventory (MD -2,30 [-4,07; -0,54]) en insulineresistentie (MD -12,01 [-22,88; -1,20] pmol/L), BMI z-score (MD -0,18 [-0,34; -0,03]), BMI (MD -2,1 [-3,81; -0,36] kg/m²) en gewicht (MD -4,33 [-6,73; -1,93] kg). Hoewel er geen statistisch significante verbetering van de bloeddruk, HDL, triglyceriden of HOMA-IR werden gedetecteerd, vond men een lichte daling van de totale cholesterol (MD -0,37 [-0,65; -0,08] mmol/L) en LDL (low-density lipoprotein MD -0,44 [-0,86; -0,01] mmol/L). Bijwerkingen werden zelden gemeld en werden als mild beschreven wanneer ze werden gemeld. De hier besproken uitkomstmaten en deze review in zijn totaliteit zijn van matige methodologische kwaliteit. [35]

Bovenop de studie van Henderson bevestigen de meta-analyses van Chen (2024) en Zhao (2022) dit eveneens. De studie van Chen bevestigt een statistisch significant effect op zowel angstsymptomen als BMI bij multicomponentinterventies in vergelijking met pure fysieke activiteiteninterventies. [58] De studie van Zhao bevestigt dat lichaamsbeweging in combinatie met een dieet effectiever is dan alleen lichaamsbeweging, alleen een dieet of geen interventie bij het oplossen van de problemen van lichaamsvorm en stofwisselingsstoornissen bij adolescenten met obesitas. [61]

Conclusie

De meta-analyse van Henderson (2025) geeft aan dat multicomponentinterventies effectief zijn wat betreft angst, depressieve symptomen, insulineresistentie, BMI-z, BMI, gewicht, totale cholesterol en LDL bij kinderen en jongeren met obesitas. [35]

Sterke aanbeveling, Lage kwaliteit van bewijs

Beveel vroegtijdig beweeginterventies aan, ongeacht hun type, duur, frequentie of intensiteit, indien het kind onvoldoende beweegt. [36][38] (GRADE 1C)

Praktisch advies

De implementatie en het duurzaam volhouden van beweging primeert boven het type, de duur, de frequentie of de intensiteit ervan. Als de evaluatie een nood aan meer beweging heeft uitgewezen, kan elke kleine interventie helpen om de levensstijlgewoonten en algemene gezondheid te veranderen. Dit gaat niet noodzakelijk gepaard met een gewichtsafname.

Een gepaste interventie vertrekt vanuit een biopsychosociaal model zoals het ICF-kader om het menselijk functioneren te beschrijven vanuit de perspectieven van lichamelijke functies, activiteiten en maatschappelijke participatie, en de wisselwerking daartussen met omgevings- en persoonlijke factoren. [52] De zes F-woorden kunnen ondersteuning bieden om dit kader toe te passen. Jongeren en hun ouders worden hierbij gevraagd welke betekenis zij geven aan functioneren, familie, fitheid, plezier (fun), vrienden (friends) en de toekomst (future). Idealiter vindt men aan de hand hiervan mogelijke activiteiten om met plezier te kunnen bewegen. Ga na of er lokale sport- en beweeginitiatieven zijn of organisaties die vrijetijdsactiviteiten aanbieden om af te stemmen op de mogelijkheden van de jongere en zijn familie.

Haalbare veranderingen kunnen volgens het SMART-principe (Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar/Actiegericht, Realistisch en Tijdsgebonden) geformuleerd worden in samenspraak met het kind/de adolescent en de familie/naasten zodat ze op lange termijn volgehouden kunnen worden.

Een gezond bewegingspatroon wisselt zitten, staan en bewegen af. De acht tips van de bewegingsdriehoek beschrijven hoe dat aangepakt kan worden: [50]

- Zit minder lang stil aan één stuk én beweeg meer.
- Zet stap voor stap. Introduceer meer beweging in je leven met haalbare doelen.
- Ga elke dag voor een gezonde afwisseling van zitten, staan en bewegen.
- Varieer waar je beweegt en minder zit.
- Ruil minder gezonde keuzes in voor gezonde gewoontes.
- Kies iets wat je graag doet zodat je het kan volhouden.
- Denk vooruit en plan. Sluit deals, zowel met jezelf als met anderen en denk vooraf na over mogelijke moeilijkheden en oplossingen.
- Richt je omgeving zo in dat je eerst naar de gezonde keuze grijpt

Verschillende tips en tools kunnen teruggevonden worden op de [website van Gezond Leven](#).



Figuur 3: Bewegingsdriehoek [50]

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with this recommendation, provided that the exercises are tailored to the individual with obesity (significant net benefit of the intervention).

Kwaliteit van bewijs

Laag

Overall, low certainty of evidence was determined due to risk of bias.

This recommendation is based on two studies of low methodological quality, with high risk of bias and high statistical heterogeneity.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

The experts involved in developing this guideline believe it is important that exercise programs are tailored to the individual person with obesity. They ask that different exercise options be offered so that young people have a choice and they can do something they enjoy. Exercise should be incorporated into daily life, such as walking, cycling, or

playing. The child/adolescent does not need to participate in high-level sports, but can learn to enjoy activities that suit their abilities and environment. In this way, exercise becomes part of daily life and not just a task or obligation. (Outcome interviews experts by experience, 2025)

Kosten Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

There are no costs associated with implementing this recommendation.

Gelijkheid Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in implementing this recommendation.

Aanvaardbaarheid Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable, provided that the expectations and motivation are taken into account.

Haalbaarheid Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op een de novo literatuurzoektocht met focus op niet-medicamenteuze interventies bij kinderen met obesitas.

- De aanbeveling wordt onderbouwd door een systematische review en meta-analyse van 19 RCT's door Zhou et al. (2025) en omvatte in totaal 819 kinderen en adolescenten met overgewicht of obesitas (7-18 jaar). Ze vergeleken 26 verschillende bewegingsinterventies, met een duur van 6-24 weken, met een controlegroep (zonder interventie) en maten de effecten op de bloeddruk. De subgroepanalyse van kinderen en adolescenten met obesitas toonde een statistisch significante verlaging aan van zowel de systolische (MD -0,90 [-1,32; -0,48] mmHg) als de diastolische bloeddruk (MD -0,80 [-1,20; -0,40] mmHg). De hier besproken uitkomstmaten en deze review in zijn totaliteit zijn van lage methodologische kwaliteit. [36]
- De systematische review en meta-analyse door Liu (2020) omvatte 309 kinderen en adolescenten met obesitas (8-16 jaar). Ze vergeleken een hoog intensief intervaltraining programma (HIIT) met een matig intensieve continue training (MICT) en een controlegroep. Er werden significante verschillen waargenomen in zowel de HIIT- als MICT-groep ten opzichte van de controlegroep wat betreft het lichaamsgewicht (HIIT MD -5,45 [-6,00; -4,89] kg en MICT -4,60 [-5,10; -4,11] kg), BMI (HIIT MD -1,66 [-2,10; -1,21] kg/m2 en MICT MD -2,37 [-2,79; -1,95] kg/m2), de systolische (HIIT MD -3,99 [-6,94; 1,05] mmHg en MICT MD -3,09 [-5,68; -0,50] mmHg) en diastolische bloeddruk (HIIT MD -3,09 [-4,08; -2,09] mmHg en MICT MD -2,48 [-3,55; -1,41] mmHg). Er werden geen statistisch significante verschillen waargenomen tussen de HIIT- en MICT-groepen. De hier besproken uitkomstmaten en deze review in zijn totaliteit zijn van lage methodologische kwaliteit. [38]

Ook de meta-analyses van Deng (2024), Sirico (2018) en Zhu (2021) bevestigen dit. [59][62][60]

- De meta-analyse van Deng (2024) beveelt aan om interventies te ontwerpen die lichaamsbeweging omvatten eerder dan louter sporten te adviseren. In functie van maximale resultaten, tonen ze aan dat een interventie effectiever is bij een minimale duur van twaalf weken met minimaal drie sessies per week. Ook de resultaten van de subgroepanalyse van Liu (2020) toonden aan dat een duur van minimaal acht weken een belangrijke parameter was die verband hield met de verbetering van de cardiorespiratoire conditie. [59]
- Een hoogintensief intervaltrainingprogramma (HIIT) werd door Zhu (2021) beschreven als het handhaven van 80%-100% van de maximale hartslag (hrpeak) gedurende 30 seconden tot 4 minuten van de Vo2peak15, afgewisseld met maximaal 4 minuten passief herstel of aerobe training met lage intensiteit. HIIT kan de insulineresistentie en systolische bloeddruk aanzienlijk verlagen en het lipidenmetabolisme bij kinderen en adolescenten met obesitas verbeteren. [60]
- De meta-analyse van Sirico (2018) indiceert dat lichaamsbeweging de ontstekingsstatus bij kinderen met obesitas verbeterde. Het is nog onduidelijk of dit effect het risico op hart- en vaatziekten en metabole aandoeningen op volwassen leeftijd kan verminderen. [62]

Conclusie

De meta-analyse van Zhou (2025) geeft aan dat bewegingsinterventies, ongeacht het type of de duur, effectief zijn wat betreft bloeddruk bij kinderen en adolescenten met obesitas. [36]

De meta-analyse van Liu (2020) geeft aan dat er geen statistisch significant verschil is betreffende lichaamsgewicht, BMI of bloeddruk tussen een hoog intensieve intervaltraining of een matig intensieve continue training bij kinderen en adolescenten met obesitas. [38]

Sterke aanbeveling , Lage kwaliteit van bewijs

Beveel psychologische interventies aan om psychosociale barrières aan te pakken en het welbevinden te verhogen. [35] (GRADE 1C)

Praktisch advies

Verschillende soorten psychologische interventies kunnen ingezet worden in een behandelingstraject afhankelijk van de noden van het kind/ adolescent en zijn/haar familie. Het kan gaan om:

- **Interventies om het gedragsveranderingsproces bij kinderen en hun familie te ondersteunen en hen te begeleiden naar een gezonde leefstijl**

De focus ligt op het aanleren van vaardigheden om het gedrag te kunnen veranderen en het verhogen van de zelf-effectiviteit.[53] Voorbeelden zijn stimuluscontrole, self-monitoring, goal-setting of een oplossingsgerichte aanpak.

- **Interventies om het emotionele welbevinden van kinderen te ondersteunen en waar nodig te verbeteren**

Bij sommige kinderen/adolescenten (en familie) zal het bijvoorbeeld nodig zijn om te werken rond emotieregulatie en hen te helpen in het vinden naar manieren om op een evenwichtigere manier om te gaan met emoties en stress.

- **Interventies gericht op lichaamstevredenheid**

Omdat hun lichaam niet voldoet aan het schoonheidsideaal, hebben kinderen en adolescenten met obesitas vaak een lagere lichaamstevredenheid. Het is belangrijk om lichaamstevredenheid te verbreden, los van het uiterlijk door ook de focussen op de functionaliteit van het lichaam. Het kan binnen deze context ook aangewezen zijn om, bij de kinderen die hier al mee in contact komen, aandacht te hebben voor sociale media en de mogelijke effecten op lichaamstevredenheid. [46]

- **Interventies rond de sociale gevolgen van obesitas**

Kinderen en jongeren ervaren vaak gewichtsstigmatisering of kunnen het slachtoffer zijn van pestgedrag omwille van hun gewicht. Er is een relatie tussen stigmatisering op basis van gewicht en een verhoogd risico op laag zelfvertrouwen en lage lichaamstevredenheid, het vermijden van zorg, gewichtstoename en eetstoornissen.[41] Kinderen en adolescenten met obesitas leren omgaan met stigma kan het behandelingstraject positief beïnvloeden.

- **Interventies met betrekking tot de familiecontext**

Het kan zinvol zijn om met ouders aan de slag gaan om hun opvoedingsvaardigheden (modelering, bekrachtigen van gewenst gedrag, enz) te versterken en waar nodig hun opvoedingsstijl bij te sturen. Soms is het wenselijk om interfamiliale conflicten aan te pakken die de veranderingen naar een gezonde leefstijl in de weg zitten of die een statistisch significante invloed hebben op het emotioneel welbevinden van het kind/ adolescent.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with this recommendation, provided that the psychological interventions are tailored to the individual with obesity (significant net benefit of the intervention).

Kwaliteit van bewijs

Laag

The systematic review with meta-analysis by Henderson (2025) is of low methodological quality.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

All interviewed experts highlight the importance of psychological support (Outcome interviews experts by experience, 2025)

Research among parents furthermore shows that they evaluate a treatment using behavior-change techniques more positively than standard care (Stewart et al., 2008)

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

Up to the age of 23, children and adolescents can make use of 10 to 20 free individual sessions every 12 months with a certified primary care psychologist. For group sessions, there is no limit on the number of sessions. Individual and group sessions may be combined.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in implementing this recommendation.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

Waiting lists may reduce the immediate availability of certified primary care psychologists.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op een de novo literatuurzoektocht met focus op niet-medicamenteuze interventies bij kinderen met obesitas.

- De systematische review en meta-analyse van 9 RCT's van Henderson (2025) met N=1336 kinderen en adolescenten onderzocht de effecten van psychologische interventies (1-op-1 counseling, vaak gecombineerd met motivationele gespreksvoering en educatie in groep) op PROM's (door patiënten gerapporteerde uitkomstmaten), cardiometabole en antropometrische uitkomsten en bijwerkingen. Uit de resultaten bleek dat psychologische interventies een klein effect hadden op quality of life gemeten met de Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) (MD 2.42 [0.64, 4.19]; 4 RCT's; lage kwaliteit van bewijs), een gematigd effect op depressieve symptomen gemeten met de Children's Depression Inventory (MD -6.60 [-11.66, -1.46]; 1 RCT's; lage kwaliteit van bewijs) en een reductie in BMI (MD -0.59 [-1.12, -0.06], 5 RCT's; lage kwaliteit van bewijs). Er werden geen statistisch significante effecten gevonden voor SBP, DBP, totale cholesterol, HDL, LDL, Triglyceriden, fasting insulin, BMIz en gewicht, ook hier was er per uitkomstmaat telkens een lage kwaliteit van bewijs. Bijwerkingen werden zelden gemeld en werden als mild beschreven wanneer ze werden gemeld. Deze review is van matige methodologische kwaliteit. [35]

Conclusie

De meta-analyse van Henderson et al. (2025) geeft aan dat psychologische interventies effectief zijn wat betreft Quality of Life, depressieve symptomen en BMI. [35]

Consensus aanbeveling

Werk in kleine stappen toe naar evenwichtige eetgewoonten. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Eetgewoonten zijn (1) wat kinderen eten, (2) hoe ze eten en (3) opvoedingsgewoonten.

(1) De voedingsdriehoek van het Vlaams Instituut voor Gezond Leven (2025) vat wetenschappelijke kennis over voedzame en milieuverantwoorde voeding samen en kan een houvast bieden om te bepalen wat je beter wat meer en wat je beter wat minder eet. [51]



Figuur 4: Voedingsdriehoek [51]

Advies met betrekking tot de voedingsdriehoek kunnen teruggevonden worden op de [website van het Vlaams Instituut voor Gezond Leven](#). Kind en Gezin (2025) biedt meer informatie aan over [vaste voeding per leeftijdscategorie](#). [45]

(2) Eetcompetenties zijn attitudes en vaardigheden die een evenwichtig eetpatroon ondersteunen.[39] Eetexpert (2025) verwijst hiervoor naar de 4 G's van eetcompetent gedrag:[31]

- Genieten: eten is leuk, voeding mag lekker zijn en genieten van eten en van de gegeten hoeveelheid mag.
- Gevarieerd: nieuw voedsel schrikt niet af, men durft proeven en leert iets lekker te vinden.
- Genoeg: luisteren naar ons lichaam als we eten: hebben we genoeg of nog honger?
- Gestructureerd: geregeld eten, plannen van maaltijden, tussendoortjes en wat er gegeven wordt.

Een Belgisch onderzoek van Vankerckhoven et al. (2025) heeft aangetoond dat goede eetvaardigheden ook correleren met een goede lichaamstevredenheid en identiteitsuitbouw.[48]

Eetexpert ontwikkelde verschillende [materialen om kinderen en ouders te informeren](#).



Figuur 5: Eetcompetenties [31]

(3) Voor laagdrempelige hulp bij opvoedondersteuning over eetgewoonten kan men in Vlaanderen onder meer terecht bij De Opvoedingslijn, Kind en Gezin, CLB of Huis van het Kind. In Wallonië kan men onder meer terecht bij ONE of PMS.

Om kinderen te stimuleren tot gezond eten, kan de regel van gedeelde verantwoordelijkheid houvast bieden: de ouder bepaalt wat, wanneer en hoe er wordt gegeten, het kind bepaalt of en hoeveel het eet. Een diëtist kan in vroegtijdige begeleiding meer informatie geven bij een eenzijdig eetpatroon en de aandacht verleggen van lijngericht denken naar evenwichtige eetvaardigheden. Medeafhankelijk van de motivatie kan individueel een aanpak afgestemd worden. Haalbare veranderingen kunnen volgens het SMART-principe (Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar/Actiegericht, Realistisch en Tijdsgebonden) geformuleerd worden in samenspraak met het kind/de adolescent en de familie/naasten zodat ze op lange termijn volgehouden kunnen worden. De focus ligt idealiter zowel op de voeding als op de eetvaardigheden en opvoedingsgewoonten. Ga na of er lokale initiatieven zijn, zoals activiteiten rond gezonde voeding of aanbod van goedkope, voedzame maaltijden ter ondersteuning.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten	Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie. There are no disadvantages associated with this intervention (substantial net benefits of the recommendation).
Kwaliteit van bewijs	The recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.
Waarden en voorkeuren	Geen substantiële variatie verwacht Research shows that parents prefer practical, group-oriented nutrition education (e.g., portion sizes, reading food labels) and support in identifying and connecting to available resources in their communities. Suggested interventions included a peer support structure and a professional health educator[57]. The experts involved in developing this guideline recognize the importance of breaking down clear goals into small, achievable steps to make the process concrete and manageable. They emphasize the need for care providers to also inform parents about nutrition, as children and adolescents do not determine what is bought or served at mealtimes. The experts indicate that children and adolescents must learn to listen to their bodies and needs, rather than just following numbers or calories. Basic knowledge about nutrition, exercise, and recovery is important and can be taught in a playful or practical way. (Outcome interviews experts by experience, 2025)

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

Healthy food might be more expensive than most of the unhealthy food. People need to learn how to shop healthily. In particular for people of lower socio-economic classes, this might be a barrier.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No significant inequalities are expected when implementing this recommendation. In cases of lower health literacy, sufficient time should be allowed for clarifying eating competencies.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, but adherence to treatment may be an issue. Working on intrinsic motivation is a requirement. In cases of lower health literacy, sufficient time should be allocated to clarify eating competencies.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

Informeel over slaaphygiëne. (Recommendation based on expert consensus)

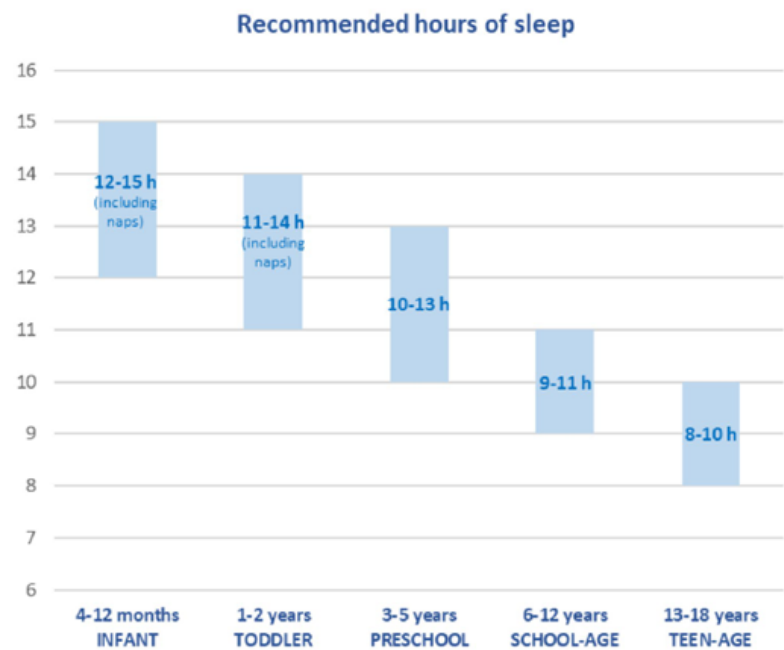
Praktisch advies

Voldoende kwaliteitsvolle slaap is belangrijk voor de ontwikkeling van een kind. Een te korte slaapduur heeft niet alleen invloed op gedrag en de ontwikkeling van het kind, maar kan ook obesitas bewerkstelligen. [54]

Slaaphygiëne bij kinderen en jongeren verwijst naar alle routines, gewoontes en omgevingsfactoren die ervoor zorgen dat het kind/de jongere gemakkelijk in slaap kan vallen en daarna goed doorslaapt.

Aandachtspunten hierbij zijn:

- vaste slaap- en waaktijden bewaken: Een vast ritme kan verschillend zijn op weekdays tegenover het weekend, Het is belangrijk dat dit ritme niet te sterk afwijkt.
- ouders/adolescenten informeren over de aanbevolen slaapduur rekening houdend met de leeftijd. (Zie onderstaande figuur)
- rustig en voorspelbaar bed ritueel creëren: Een korte, kalmerende routine helpt als voorbereiding op de slaap: tandenpoetsen, pyjama, verhaaltje/ rustige muziek of een kort gesprek.
- geschikte slaapomgeving voorzien: Kamer moet koel, rustig, donker en veilig aanvoelen. Bed is enkel voor slapen.
- beperken schermen en prikkels: Voor bedtijd geen televisie, tablet, smartphone of computers.
- vermijden inspannende activiteiten vlak voor het slapen – liever rustige bezigheden.
- geen zware maaltijden of cafeïne houdende dranken nuttigen net voor het slapen gaan.
- ontspanningstechnieken toepassen: Ademhalingsoefeningen kunnen helpen om in te slapen.



Figuur 6: Aanbevolen aantal uren slaap voor kinderen en adolescenten [42]

De website van Gezond Leven (NL) legt het belang van slaap uit op een manier die verstaanbaar is voor jongeren.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages on informing on sleep hygiene.

Kwaliteit van bewijs This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren Geen substantiële variatie verwacht

Kosten Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No additional resources are needed to implement this recommendation, provided there is enough time set aside for information purposes.

Gelijkheid Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

If sleep hygiene advice is tailored to a person's literacy level, we do not expect any inequality.

Aanvaardbaarheid Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable for all parties.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is feasible to implement if sufficient time is provided to inform the person.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Zwakke aanbeveling tegen , Lage kwaliteit van bewijs

Overweeg het gebruik van technologie-gebaseerde interventies, zoals bijvoorbeeld apps, om het behandelproces te ondersteunen. [35] (GRADE 2C)

Praktisch advies

Technologische interventies (apps, pedometers, sms-berichten...) zijn enkel ter ondersteuning van het behandeltraject.

Technologische interventies hebben het voordeel dat ze patiënten direct kunnen ondersteunen in hun dagelijks leven. Ze ondersteunen patiënten in het implementeren van veranderingen binnen hun dagdagelijkse gewoonten. Aan de hand van de interventie wordt informatie van de zorgverleners herhaald of verder toegelicht of worden ze eraan herinnerd om bepaalde gedragsveranderingsstrategieën toe te passen. Bovendien kunnen patiënten zo ook blijvend gemotiveerd worden om de veranderingen te implementeren.

Wanneer technologische interventies bij kinderen gebruikt worden is het ook belangrijk om de familie en naasten daarbij te betrekken.

Het is belangrijk om tijdens het behandeltraject oplettend te blijven dat technologische interventies een hulpmiddel blijven en geen doel op zich worden. Daarnaast is het belangrijk dat technologische interventies en het behandelingsprogramma waarin ze geïmplementeerd worden voldoen aan evidence-based behandelingsprogramma's voor obesitas. [41]

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Klein netto-voordeel, of niet of nauwelijks verschil tussen de interventies

The effect is rather small. There might only be a small or no net benefit.

Kwaliteit van bewijs

Laag

The systematic review with meta-analysis by Henderson (2025) is of low methodological quality.

Waarden en voorkeuren

Substantiële variatie verwacht of er is onzekerheid

It is unclear whether patients would like to receive technological interventions during the treatment process. Several of them however highlighted that they would like to receive supporting materials, like a summary of information provided during consultations. Some of the interviewed experts by experience indicated that technological interventions might be interesting for follow-up care (Outcome interviews experts by experience, 2025).

Kosten

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

There might be extra costs for both patients and healthcare providers in order to be able to use evidence-based technological interventions of sufficient quality.

Gelijkheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

Not everyone might have access to the appropriate hardware or software that is necessary to use technological interventions. This might create inequalities.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients.

Haalbaarheid

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

Feasibility is dependable on the technologic interventions. Text messages might be a feasible interventions for health care provides. However most healthcare providers probably won't have access to evidences-based technological interventions of sufficient quality.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op een de novo literatuurzoektocht met focus op niet-medicamenteuze interventies bij kinderen met obesitas.

- De systematische review en meta-analyse van 13 RCT's van Henderson (2025)[35] met N=901 kinderen en adolescenten onderzocht de effecten van technologische interventies (apps, pedometers, sms-berichten...) op PROM's (door patiënten gerapporteerde uitkomstmaten), cardiometabole en antropometrische uitkomsten en bijwerkingen. Uit de resultaten bleek dat technologische interventies een klein effect hadden op de BMIz-score (MD -0.34 [-0.59, -0.08]; 10 RCT's), en de BMI (MD -3.81 [-6.59, -1.00]; 6 RCT's), bij kinderen tussen 6 - en 12 jaar. Voor de totale groep van kinderen waren er geen statistisch significante effecten voor de BMIz-score (lage kwaliteit van bewijs) en BMI (lage kwaliteit van bewijs). Er werden geen statistisch significante effecten gevonden voor quality of life, depressieve klachten, telkens met een lage kwaliteit van bewijs en voor angstklachten, SBP, DBP, Alanine-aminotransferase (ALT), en gewicht telkens met een zeer lage kwaliteit van bewijs. Eén van de studies opgenomen in de meta-analyse had een negatief effect op HDL (MD -0.073 [-0.14, 0.00]; 1 RCT; lage kwaliteit van bewijs). Er waren verder geen studies in de meta-analyse die de effecten van technologische interventies hadden onderzocht op HDL. Bijwerkingen werden zelden gemeld en werden als mild beschreven wanneer ze werden gemeld. [35] Deze review is van matige methodologische kwaliteit.

Conclusie

De meta-analyse van Henderson (2025) geeft aan dat technologische interventies enkel effectief zijn wat betreft BMIz-scores en BMI bij kinderen tussen 6 en 12 jaar. [35]

Sterke aanbeveling, Lage kwaliteit van bewijs

Geef langdurige zorg om patiënten blijvend op te volgen, en behaalde resultaten te bestendigen. [37] (GRADE 1C)

Praktisch advies

Obesitas is een chronische ziekte die langdurige chronische zorg vraagt. [44] [55][43][49] Het is daarom nodig om kinderen en adolescenten ook na hun behandeling verder op te volgen (van der Heijden, 2018).[37] Kinderen en adolescenten zijn bovendien nog volop in ontwikkeling, waardoor zij op latere leeftijd met nieuwe uitdagingen geconfronteerd kunnen worden. Een verdere opvolging na afloop van de behandeling biedt de mogelijkheid om, indien nodig, tijdig bijkomende ondersteuning te voorzien.

Follow-up interventies focussen op autonome motivatie, oplossingsgerichte vaardigheden en andere gedragsvaardigheden die zorgen voor het behouden van gezonde leefstijlgewoonten. Uit onderzoek blijkt een kleine voorkeur voor face-to-face contact boven behandeling op afstand.[37]

Van bewijs naar aanbeveling**Gewenste en ongewenste effecten**

Klein netto-voordeel, of niet of nauwelijks verschil tussen de interventies

There are no disadvantages associated with this intervention (small net benefits of the recommendation).

Kwaliteit van bewijs

Laag

The systematic review with meta-analysis by Van der Heijden (2025) is of moderate methodological quality.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

One of the experts by experience indicated that appropriate after care was lacking in their situation which made it harder to implement the lifestyle changes in their environment. (Outcome interviews experts by experience, 2025). It is expected that most patients have a preference for follow-up care.

Kosten

Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie

Reimbursement for various healthcare providers is limited in time. Follow-up consultations result in additional costs for families.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

Beside the limited resources, there are no additional components that might lead to inequality.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is feasible.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op een de novo literatuurzoektocht met focus op niet-medicamenteuze interventies bij kinderen met obesitas.

- De systematische review met meta-analyse van 11 RCT's van van der Heijden (N= 1532) ging het effect van onderhoudsinterventies na behandeling op BMI-z score na. Er werd daarbij een breed scala aan interventies onderzocht: nazorg met de eigen huisarts, face-to-face begeleiding, cognitieve gedragstherapie, maar ook coaching op afstand via bijvoorbeeld de telefoon, sms, en e-mail. De duur van de onderhoudsinterventies varieerde tussen de 12 en 46 weken. Uit de resultaten bleek dat er in de interventiegroep geen statistisch significante verandering was in BMI-z-score (-0.02 [-0.09, 0.05]; n=1213) terwijl de BMI-z score in de controlegroep steeg (0.09 [0.00, 0.18], n=319). Het gaat daarbij over een lage kwaliteit van bewijs. In de interventiegroep werd dus de eerder behaalde daling in BMI-z score tijdens de behandeling behouden terwijl deze in de controlegroep opnieuw steeg. Deze review is van matige methodologische kwaliteit. [37]

Conclusie

De meta-analyse van van der Heijden (2018) toont aan dat onderhoudsinterventies effectief zijn om de behaalde resultaten te behouden en te bestendigen. [37]

4.2 Medicamenteuze interventies

Een medicamenteuze aanpak heeft bij kinderen met obesitas in de eerstelijnszorg een beperkte plaats. Als er overwogen wordt om naast de andere interventies ook medicatie op te starten, gebeurt dit in de tweede- of derde lijnszorg.

Consensus aanbeveling

Start in de eerstelijnszorg geen medicatie voor de behandeling van obesitas op. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Medicatie wordt niet opgestart bij kinderen en adolescenten die zich in stadium 0 of 1 van de EOSS-P schaal situeren, dus niet in de eerstelijnszorg.

Als er bij kinderen of adolescenten die zich in stadium 2 of 3 bevinden in de tweede- of derdelijnszorg medicatie wordt opgestart, is dit altijd samen met de opstart of na de opstart van een niet-medicamenteuze behandeling. Kinderen met obesitas in EOSS-P stadium 2 of 3 vertonen al ernstige obesitas gerelateerde gezondheidsproblemen (zoals ernstige slaapapneu, hypertensie, type 2-diabetes, of psychosociale problematiek). [22][63] Het starten van medicamenteuze behandeling bij deze kinderen vereist daarom intensieve en gespecialiseerde zorg met strikte monitoring om effectiviteit en veiligheid te waarborgen. Deze elementen zijn enkel gegarandeerd in gespecialiseerde tweede of derdelijnszorg.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten	Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie. There are no disadvantages associated with the recommendation not to initiate medication in primary care.
Kwaliteit van bewijs	This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.
Waarden en voorkeuren	Geen substantiële variatie verwacht Experts by experience indicate that pharmacological interventions to suppress appetite should only be considered if other interventions do not achieve the desired effect. Behavioral, nutritional, and psychosocial interventions must be fully utilized first. (Outcome interviews experts by experience, 2025)
Kosten	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie There is no cost to apply this recommendation. However, healthcare providers will have to provide sufficient time to inform the patient.
Gelijkheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie No inequalities are expected in the implementation of this recommendation if the healthcare provider informs the person in his/her level on the reasons why.
Aanvaardbaarheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No important issues are expected.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, on the condition that sufficient time to explain this to the adolescent/parents can be provided during the consultation.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling , Lage kwaliteit van bewijs

Leg aan het kind/de adolescent en zijn/haar familie uit dat medicatie, indien gestart, altijd wordt gecombineerd met leefstijlinterventies. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Medicatie kan het hongergevoel verminderen of de stofwisseling beïnvloeden, maar het verandert geen gewoontes. Zonder gezonde eet- en beweegpatronen komt het gewicht vaak terug zodra de medicatie stopt. Daarnaast kan de dosis soms lager blijven door gezonde, voedzame voeding te nuttigen, te bewegen en een gezond slaappatroon na te streven, wat het risico op bijwerkingen vermindert en ervoor zorgt dat de ontwikkeling van het kind niet in het gedrang komt. Ook als er medicatie wordt voorgeschreven, moeten de niet-medicamenteuze interventies gevolgd worden. Leefstijlinterventies blijven belangrijk. Gespecialiseerde zorgverleners of welzijnswerkers zoals een huisarts, diëtist, psycholoog, kinesitherapeut of ergotherapeut kunnen het kind of de adolescent (en zijn/haar familie) ondersteunen om duurzaam een gezonde levensstijl na te streven.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with the recommendation to explain the child/adolescent and/or family that medication, if started, is always used alongside lifestyle interventions.(net substantial benefit).

Kwaliteit van bewijs

Laag

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Experts by experience emphasize the importance of being informed on treatment options and their benefits and side effects on short and long term. The GP is the confidential advisor and central contact person of the patient (Outcome interviews experts by experience, 2025).

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

There is no cost to apply this recommendation. However, healthcare providers will have to provide sufficient time to inform the patient.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in the implementation of this recommendation if the healthcare provider informs the person in his/her level.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No important issues are expected.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, on the condition that sufficient time can be provided during the consultation.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

Informeer het kind/de adolescent en/of de familie/naasten over de voordelen, ongewenste effecten en consequenties (waaronder levenslange behandeling) van medicatie op de korte en lange termijn. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Informatie over obesitasmedicatie en mogelijke bijwerkingen wordt uitsluitend verstrekt op expliciet verzoek van het kind/de ouder of de adolescent. Dit voorkomt het creëren van onrealistische verwachtingen wanneer medicamenteuze behandeling geen geschikte optie blijkt te zijn, bijvoorbeeld als het kind of de adolescent zich in stadia 0 of 1 van EOSS-P bevinden.

Voordelen van obesitasmedicatie zijn verlaging van BMI en gewicht, verbetering van cardiometabole parameters en een betere glycemische controle. Op lange termijn wordt vaak ook psychosociale winst vastgesteld. Jongeren rapporteren toename van zelfvertrouwen, fysieke fitheid en motivatie om gezonder te leven.[67]

Ongewenste effecten van obesitasmedicatie die zich op korte termijn kunnen voordoen zijn gastro-intestinale klachten zoals misselijkheid, buikpijn, braken en diarree. Deze klachten kunnen heviger zijn of minder intens zijn naargelang het type medicatie.[68][64][66] Ongewenste effecten op lange termijn zijn nog niet voldoende onderzocht in het bijzonder bij kinderen. [65]

De medicatie zal langdurig tot levenslang moeten worden ingenomen en moet gecombineerd worden met leefstijlinterventies.

Van bewijs naar aanbeveling**Gewenste en ongewenste effecten**

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with the recommendation to inform the child/adolescent and/or family on the benefits, side-effects and consequences (including lifelong treatment) of medication in the short and long term.(net substantial benefit).

Kwaliteit van bewijs

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Experts by experience emphasize the importance of being informed on treatment options and their benefits and side effects on short and long term. The GP is the confidential advisor and central contact person of the patient (Outcome interviews experts by experience, 2025).

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

There is no cost to apply this recommendation. However, healthcare providers will have to provide sufficient time to implement this recommendation.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in the implementation of this recommendation if the healthcare provider informs the person in his/her level.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No important issues are expected.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, on the condition that sufficient time can be provided during the consultation.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling , Lage kwaliteit van bewijs

Ondersteun opdat de medicamenteuze behandeling die in de tweede/derde lijn werd opgestart correct wordt opgevolgd. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

De huisarts blijft de centrale vertrouwenspersoon voor het kind, ook wanneer de behandeling van obesitas plaatsvindt in de tweede- of derdelijnszorg. Vanuit deze positie fungeert de huisarts als eerste aanspreekpunt voor alle gezondheidsvragen en kan hij of zij de adviezen uit de gespecialiseerde zorg ondersteunen, waardoor therapietrouw wordt bevorderd. Communicatie tussen de eerste- en tweedelijnszorg is essentieel. (zie ook klinische vraag samenwerking en doorverwijzing).

Van bewijs naar aanbeveling**Gewenste en ongewenste effecten**

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with the recommendation to

Kwaliteit van bewijs

Laag

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Experts by experience and professionals are convinced that the GP is the confidential person of the patient, and the suitable person to monitor if the treatment is followed correctly.

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

There is no cost to apply this recommendation. However, healthcare providers will have to provide sufficient time to inform the patient.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in the implementation of this recommendation.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No important issues are expected.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation, on the condition that sufficient time can be provided during the consultation.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

4.3 Chirurgische interventies

Consensus aanbeveling

Informeer de adolescent en/of het gezin dat bariatrische chirurgie alleen kan worden gestart door een Pediatrisch Multidisciplinair Obesitas Centrum (PMOC) of de derdelijnszorg. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Informatie over bariatrische chirurgie wordt uitsluitend verstrekt op expliciet verzoek van het kind/de ouder of de adolescent. Dit voorkomt het creëren van onrealistische verwachtingen wanneer chirurgische behandeling geen geschikte optie blijkt te zijn. Bariatrische chirurgie wordt zelden toegepast bij personen onder 18 jaar en is niet terugbetaalbaar voor deze populatie. Meer informatie kan verstrekt worden door de PMOC's.

Sinds december 2023 bestaan in België 25 erkende PMOC's. Zij bieden een gestructureerd en vergoed traject op basis van het EOSS-P-stadium, inclusief toegang tot gespecialiseerde zorg en opvolging. [71] PMOC's waarborgen een lange termijn opvolging: pre- en postoperatief, met aandacht voor voeding, groei, psychisch welzijn, en complicatiemonitoring. De huisarts werkt hierin mee, maar de spil van de chirurgische zorg ligt bewust in gespecialiseerde centra.[75]

Bariatrische chirurgie bij jongeren vereist een grondige evaluatie door een gespecialiseerd team: een kinderchirurg, endocrinoloog, diëtist, psycholoog en anesthesist. Zo'n multidisciplinaire screening is alleen beschikbaar in PMOC's of derdelijnszorgcentra. Daarnaast is er bij bariatrische chirurgie ook nood aan uitgebreide psychosociale ondersteuning en postoperatieve begeleiding (voedingsadvies, psychologische nazorg, monitoring van micronutriënten etc.). Na bariatrische chirurgie is er namelijk blijvende nood aan voedings- en beweeginterventies.

Er is voorlopig geen terugbetaling voor bariatrische chirurgie bij personen jonger dan 18 jaar.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten	Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie. There are no disadvantages associated with the recommendation to inform the adolescent and/or family that bariatric surgery can only be initiated by the pediatric Multidisciplinary Obesity Center (PMOC) or third care.
Kwaliteit van bewijs	This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.
Waarden en voorkeuren	Geen substantiële variatie verwacht Adult experts by experience indicate that surgical interventions should only be considered in extreme cases (life-threatening). (Outcome interviews experts by experience, 2025) Experts by experience emphasize the importance of being informed on treatment options and their benefits and side effects on short and long term. The GP is the confidential advisor and central contact person of the patient (Outcome interviews experts by experience, 2025).
Kosten	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie There is no cost to apply this recommendation. However, healthcare providers will have to provide sufficient time to inform the patient.
Gelijkheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie No inequalities are expected in the implementation of this recommendation if the healthcare provider informs the person in his/her level.
Aanvaardbaarheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie No important issues are expected.
Haalbaarheid	Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie It is feasible to implement this recommendation, on the condition that sufficient time can be provided during the consultation.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling , Lage kwaliteit van bewijs

Informeer de adolescent en/of familie/naasten over de voordelen en ongewenste effecten van bariatrische chirurgie op korte en lange termijn. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Informatie over bariatrische chirurgie en mogelijke bijwerkingen wordt uitsluitend verstrekt op expliciet verzoek van de ouder van het kind of de adolescent. Dit voorkomt het creëren van onrealistische verwachtingen wanneer bariatrische chirurgie geen geschikte optie blijkt te zijn. Bariatrische chirurgie wordt enkel overwogen bij adolescenten na een intensief derdelijnstraject waarbij leefstijlinterventies in combinatie met medicatie faalden.

Bariatrische chirurgie brengt naast de gewenste effecten (gewichtsverlies en verbetering van de comorbiditeiten zoals slaapapneu en hypertensie) ook risico's op korte en lange termijn met zich mee. Er kunnen zich chirurgische complicaties en postoperatieve klachten voordoen. Op lange termijn zijn er uiteenlopende risico's en consequenties, waaronder

- voedings- en micronutriënttekorten (ijzer, vitamine B12, calcium, vitamine D) → langdurige tot levenslange suppletie nodig, [72]
- risico op botontkalking en groeiproblemen door veranderde opname, [74]
- psychologische impact: risico op eetstoornissen of depressie blijft bestaan, [70]
- gewichtstoename mogelijk bij onvoldoende opvolging van leefstijl, [73]
- langdurige tot levenslange medische monitoring vereist (bloedcontroles, supplementen, monitoring van groei en puberteit). [69]

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with the recommendation to inform the adolescent and/or family of the benefits and side-effects on short and long term of bariatric surgery.

Kwaliteit van bewijs

Laag

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

Experts by experience emphasize the importance of being informed on treatment options and their benefits and side effects on short and long term. The GP is the confidential advisor and central contact person of the patient (Outcome interviews experts by experience, 2025).

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

There is no cost to apply this recommendation. However, healthcare providers will have to provide sufficient time to inform the patient.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected in the implementation of this recommendation if the healthcare provider informs the person in his/her level.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No important issues are expected.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No important issues are expected.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

5. Hoe samenwerken en doorverwijzen in kader van de multimodale aanpak van kinderen en jongeren met obesitas?

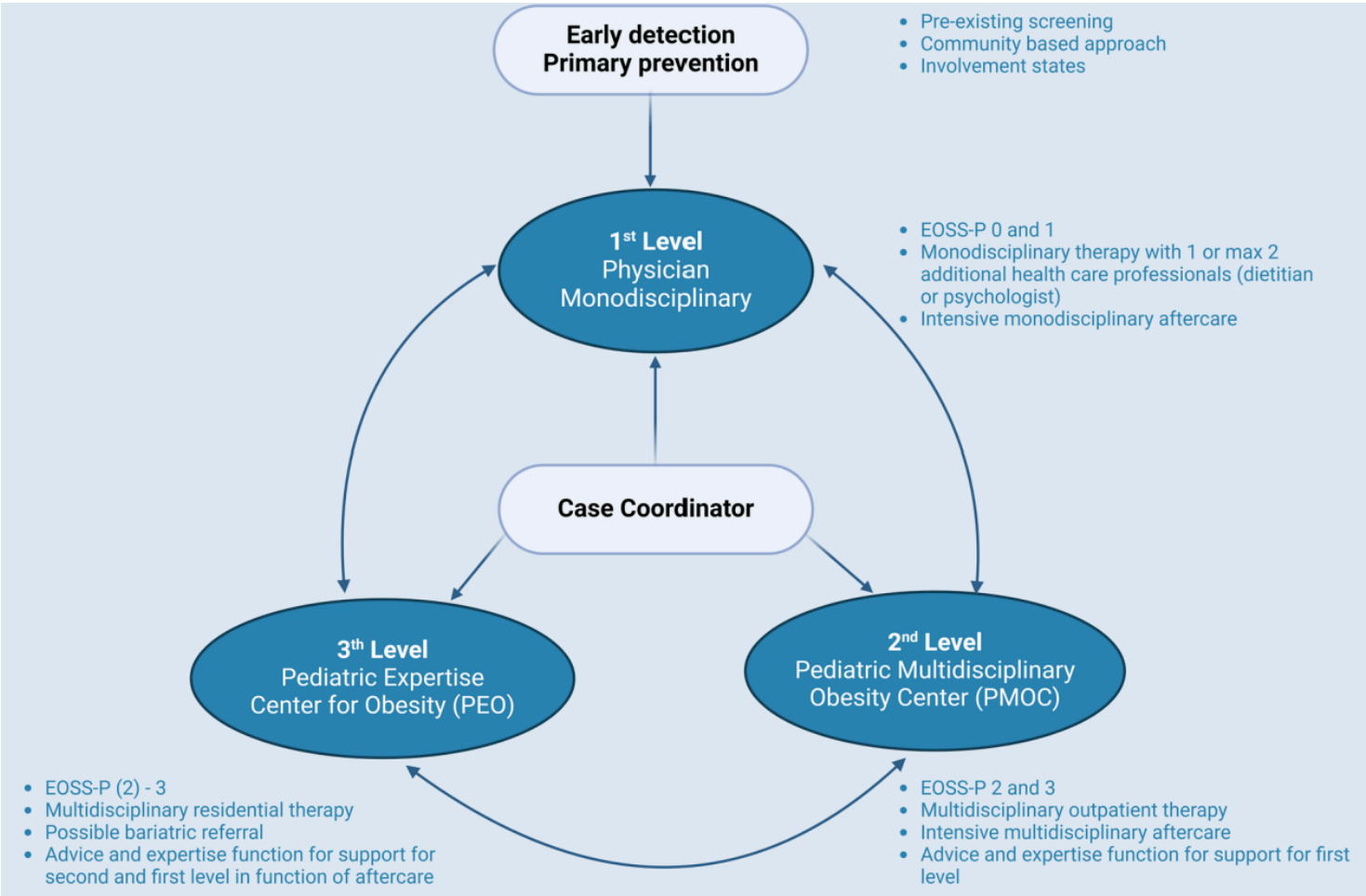
Consensus aanbeveling

Werk samen met andere zorgprofessionals als onderdeel van de multimodale aanpak. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Een geïntegreerde, multimodale zorg is essentieel in de aanpak van obesitas. In november 2023 werd het protocolakkoord (interfederaal plan) voor geïntegreerde zorg ondertekend tussen de federale overheid en deelstaten [71]. Dit interfederale plan vormt de motor voor de transitie naar een duurzaam en beter gecoördineerd beleid voor geïntegreerde zorg in België. Hierbinnen wil men onder andere prioriteit geven aan kinderen en adolescenten in het kader van de preventie en behandeling van obesitas. Momenteel is het in de praktijk vaak moeilijk om een multidisciplinair overleg te organiseren gezien de beperkingen in de RIZIV nomenclatuur en in de toegang tot het medisch dossier. Ook zijn er geen eenduidige richtlijnen omtrent de aanpak en middelen.

De Belgische Vereniging voor de Studie van Obesitas (BASO), Eetexpert en het Zeepreventorium ontwikkelden een uitgebreid kader om op maat gemaakte obesitaszorg te bieden aan kinderen en adolescenten van 2 tot 17 jaar. Dit stepped-care model werd in 2023 voorgesteld op het internationaal congres voor geïntegreerde zorg voor kinderen en adolescenten die leven met obesitas te faciliteren. [79]



Figuur 7: Geïntegreerd Stepped-care model (Obesity platform Belgium, 2024)

Terugbetalingsmodaliteiten zijn terug te vinden op de website van het RIZIV.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten	Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie. There are no disadvantages associated with this recommendation (substantial net benefit).
Kwaliteit van bewijs	This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.
Waarden en voorkeuren	Geen substantiële variatie verwacht The experts involved in developing this guideline indicate that it is preferable for the child or young person to be treated by a multidisciplinary team that works together in a coordinated manner, consults regularly, and makes joint decisions based on a coherent plan. Amongst others, this team includes a doctor, a dietitian, a psychologist, and a physical therapist. (Outcome interviews experts by experience, 2025)
Kosten	Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie Healthcare providers need sufficient time for this, for which a budget must be provided.
Gelijkheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie No inequalities are expected in implementing this recommendation.
Aanvaardbaarheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients, provided that the healthcare provider ensures that no judgment is expressed in communication with the patient.
Haalbaarheid	Belangrijke issues of potentiële issues met de aanbevolen interventie In current practice, it is often difficult to organize multidisciplinary consultations given the limitations in the RIZIV nomenclature and in access to medical records. In addition, there are no clear guidelines regarding the approach and resources. There is limited reimbursement via RIZIV/INAMI for some monodisciplinary interventions (e.g. psychology and dietician).

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

Pas gepaste communicatiestrategieën toe om de samenwerking binnen een interprofessionele zorgcontext te bevorderen. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Een complexe zorgvraag zoals bij obesitas vereist binnen een multimodale benadering een goed werkend professioneel team rond de patiënt. Dat team streeft naar een holistische aanpak gebaseerd op een gezamenlijk zorgplan, waarbij de persoon met obesitas centraal staat. Efficiënte communicatie tussen de betrokken zorgverleners is daarbij essentieel.

Interprofessionele communicatie vraagt bijzondere aandacht, vooral omdat de huidige structuur van de eerstelijnszorg en de financieringsmodaliteiten nog niet optimaal zijn afgestemd op interprofessionele samenwerking.

Eerste vereiste is het kennen van de lokale zorgverstrekkers en zicht hebben op wat ze kunnen betekenen voor de persoon met obesitas. Eerstelijnszones kunnen hierbij ondersteunen.

Mits goedkeuring van de ouder en/of adolescent met obesitas, spreekt het betrokken zorgteam af hoe noodzakelijke informatie zal worden gedeeld om de zorgcontinuïteit te verbeteren. Daarbij moet men rekening houden met het feit dat niet alle zorgverleners al beschikken over een beveiligd elektronisch patiëntendossier of er toegang toe hebben.

Het is belangrijk om de specifieke kennis van de zorgprofessional te erkennen en discipline specifieke terminologie, waar wenselijk, respectvol toe te lichten. De erkenning van de unieke kennis van elke betrokken zorgverlener draagt namelijk bij tot een doeltreffende communicatie, conflictoplossing en positieve interprofessionele werkrelaties.

De betrokken collega-zorgverleners moeten regelmatig relevante feedback krijgen over het behandelproces; zij worden als teamlid geacht respectvol te reageren op de feedback van hun collega's.

Het belang van teamwork in patiëntgerichte zorg wordt benadrukt in de communicatie met zowel de ouder en/of adolescent met obesitas als met collega's en beleidsinstanties.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten	Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie. There are no disadvantages associated with this recommendation (substantial net benefit).
Kwaliteit van bewijs	This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.
Waarden en voorkeuren	Geen substantiële variatie verwacht Both the literature [32] and the experts involved in developing this guideline indicate that objective, non-judgmental communication with the patient and among healthcare providers is essential. (Outcome interviews experts by experience, 2025)
Kosten	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie There are no additional costs associated with implementing this recommendation. However, healthcare providers will need to allow sufficient time for this.
Gelijkheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie No inequalities are expected in implementing this recommendation.
Aanvaardbaarheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients, provided that the healthcare provider ensures that no judgment is expressed in the communication.
Haalbaarheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie It is feasible to implement this recommendation, provided that sufficient time is allowed.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

Verwijs het kind/de adolescent en zijn/haar familie/naasten door naar de geschikte zorgprofessionals als onderdeel van de multimodale aanpak. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Informatie over het zorgtraject obesitas bij kinderen kan teruggevonden worden op de website van het RIZIV.

In lijn met het geïntegreerde stepped-care model, heeft Eetexpert een infofiche gepubliceerd dat een houvast biedt omtrent de mogelijke zorg rond obesitas.

Ambulante basiszorg bij obesitas (EOSS-P stadium 0 of 1) omvat medische opvolging en leefstijladvies bij de (huis)arts of kinderarts. Bijkomende disciplines kunnen ingeschakeld worden, zoals een diëtist, klinisch psycholoog of orthopedagoog, kinesitherapeut of ergotherapeut. De (huis)arts kan behandeladvies en casusondersteuning krijgen bij een gespecialiseerd PMOC-team. Indien er sprake is van een eetstoornis, kan overwogen worden om het zorgtraject voor eetstoornissen op te starten. Het is belangrijk om de mogelijke stappen te bespreken en stimuleren. Ook voor de ouders werd een infofiche opgesteld om hen wegwijs te maken in het mogelijke zorgtraject.

Als men niet over de juiste competenties beschikt om in het kader van een multimodale aanpak bepaalde interventies te verstrekken, dan kan je de patiënt doorverwijzen naar andere geschikte zorgprofessionals om duurzame resultaten te bereiken. Het is daarom belangrijk om de eigen regio waar je werkt goed te kennen en om in die regio contacten te leggen en te onderhouden met andere zorgverleners en welzijnsorganisaties. Voor concrete doorverwijshulp kan je ook terecht bij de Verwijs- en advieslijn van Eetexpert.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten	Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie. There are no disadvantages associated with this recommendation (substantial net benefit).
Kwaliteit van bewijs	This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.
Waarden en voorkeuren	Geen substantiële variatie verwacht The experts involved in developing this guideline indicate that there is a need for information sharing between care providers, both in terms of medical file transfers and additional contextual information, in addition to informing the child/ adolescent and their parents about specific referral options. (Outcome interviews experts by experience, 2025)
Kosten	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie There are no additional costs associated with implementing this recommendation.
Gelijkheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie No inequalities are expected when implementing this recommendation.
Aanvaardbaarheid	Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation. Referrals can lead to longer waiting times, which may affect feasibility (access to care).

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

Consensus aanbeveling

Verwijs een kind/ adolescent in stadium 2 (of 3) van de EOSS-P naar de tweede (of derde) lijn. (Recommendation based on expert consensus)

Praktisch advies

Zoals beschreven onder de klinische vraag rond diagnose, wordt in stadium 2 of 3 van de EOSS-P doorverwezen naar de tweede- of derdelijnszorg. Vanaf matige metabole, mechanische of mentale complicaties of problemen in het milieu van het kind of de adolescent met obesitas, is het belangrijk dat de huisarts doorverwijst naar een PMOC in plaats van naar een specifieke specialist. De lijst met pediatrische multidisciplinaire obesitas centra (PMOC) kan teruggevonden worden op de website van het RIZIV. Indien hiertoe barrières zijn, kan er altijd advies gevraagd worden aan een PMOC.

Van bewijs naar aanbeveling

Gewenste en ongewenste effecten

Substantieel netto-voordeel van de aanbevolen interventie.

There are no disadvantages associated with this recommendation (substantial net benefit).

Kwaliteit van bewijs

This recommendation is based on expert opinion and was developed through a formal Delphi consensus procedure.

Waarden en voorkeuren

Geen substantiële variatie verwacht

The experts involved in developing this guideline indicate that there is a need for information sharing between care providers, both in terms of medical file transfers and additional contextual information, in addition to informing the child/ adolescent and parents about specific referral options. (Outcome interviews experts by experience, 2025)

Kosten

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

There are no additional costs associated with implementing this recommendation.

Gelijkheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

No inequalities are expected when implementing this recommendation.

Aanvaardbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

This recommendation is acceptable to healthcare providers and patients.

Haalbaarheid

Geen belangrijke issues met de aanbevolen interventie

It is feasible to implement this recommendation. Referrals can lead to longer waiting times, which may affect feasibility (access to care). Ensuring earlier communication via video conferencing is an option to subside this.

Rationale

Deze aanbeveling is gebaseerd op expertopinie en kwam tot stand via een formele Delphi-consensusprocedure.

6. Ondersteunende informatie

6.1 Graden van aanbeveling (GRADE)

Deze richtlijn formuleert 2 soorten aanbevelingen (Zie onderstaand kader):

- Aanbevelingen met aanduiding van een GRADE:
 - Deze aanbevelingen komen tot stand via de GRADE-methodologie ("Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation") .
 - GRADE is een methode ontwikkeld door de GRADE Working Group om op een overzichtelijke manier met een uniforme codering inzicht te krijgen in de zekerheid van het achterliggende wetenschappelijke bewijs en de sterkte van de aanbeveling. [80][81] De criteria voor het toepassen van GRADE werden in 2016 herzien.
 - De GRADE-benadering omvat 2 stappen:
 - Een beoordeling van de zekerheid van het wetenschappelijk bewijs (voor alle uitkomsten die bepalend zijn geweest in het formuleren van de aanbeveling). Dit wordt in deze richtlijn uitgedrukt in een niveau van zekerheid (hoog = A, matig = B of laag = C).
 - Een beoordeling of inschaling ('grading') van de sterkte van de aanbeveling, die vertaald wordt naar een cijfer (sterk = 1 of zwak = 2).
- Aanbevelingen op basis van consensus :
 - Deze aanbevelingen komen stand komt wanneer er geen wetenschappelijk bewijs beschikbaar is, maar er onder experts brede overeenstemming bestaat over de beste aanpak.
 - Deze aanbeveling wordt geformuleerd via een formele consensusprocedure, waarbij klinische ervaring, praktijkkennis en gedeelde inzichten van zorgverleners worden samengebracht om tot een gedragen advies te komen.

Tabel: Overzicht van de soorten aanbevelingen, met hun betekenis (Gebaseerd op [GRADE-Cochrane](#))

Soort aanbeveling		Voordelen versus nadelen of risico's	Betekenis zekerheid van bewijs	Implicaties
GRADE 1A	Sterke aanbeveling, hoge zekerheid van bewijs	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	We hebben een sterk vertrouwen dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.
GRADE 1B	Sterke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit effect dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	
GRADE 1C	Sterke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs		Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt mogelijk sterk af van het geschatte effect.	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er bewijs van hogere kwaliteit beschikbaar komt.
GRADE 2A	Zwakke aanbeveling, hoge zekerheid van bewijs	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	We zijn sterk overtuigd dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
GRADE 2B	Zwakke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	

GRADE 2C	Zwakke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt hiervan mogelijk sterk af.	Zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen even goed te verantwoorden zijn.
Aanbeveling op basis van experten consensus	Aanbeveling die niet kan worden onderbouwd door wetenschappelijk bewijs en die tot stand is gekomen via een formele consensusprocedure			

6.2 Toetselementen en indicatoren

De volgende indicatoren kunnen worden gebruikt om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd:

Indicator 1:

Het percentage kinderen met overgewicht/obesitas tussen 2 en 18 jaar waarbij geregistreerd werd dat bewegingsinterventies werden aanbevolen.

Berekening:

Het aantal kinderen met overgewicht/obesitas tussen 2 en 18 jaar waarbij geregistreerd werd dat bewegingsinterventies werden aanbevolen op het totaal aantal kinderen met overgewicht of obesitas tussen 2 en 18 jaar.

Indicator 2:

Het percentage kinderen met overgewicht/obesitas tussen 2 en 18 jaar waar een verwijzing naar klinisch psycholoog of orthopedagoog werd geregistreerd.

Berekening:

Het aantal kinderen met overgewicht/obesitas tussen 2 en 18 jaar waar een verwijzing naar klinisch psycholoog of orthopedagoog werd geregistreerd op het totaal aantal kinderen met overgewicht/obesitas tussen 2 en 18 jaar.

6.3 Randvoorwaarden

Organiseren van opleidingen en feedbackmomenten m.b.t. de resultaten van de multimodale aanpak, kan de samenwerking tussen de zorgverleners bevorderen en komt de zorg ten goede.

Een vlotte communicatie m.b.t. de resultaten van de interventies waarvoor de patiënten werden doorverwezen, bevordert de transmurale doorverwijzing. Het gaat hier over doorverwijzing, als terugverwijzing tussen eerste en tweede of derde lijn.

De beschikbaarheid van een elektronisch patiëntendossier bij alle zorgverleners is een voorwaarde voor een vlotte en efficiënte communicatie.

Kent de eerstelijnszorgverlener de voordelen en risico's van medicamenteuze en chirurgische behandeling onvoldoende, dan is het aangeraden om een opleiding (bv verzorgd door PMOC) te volgen met de bedoeling het kind/de jongere en zijn/haar familie voldoende en correct te kunnen informeren.

Om een inschatting te maken van het EOSS-P level door de huisarts moet voldoende tijd worden voorzien.

Om de monitoring en follow-up te kunnen implementeren zijn gepaste vergoeding en terugbetalingsmodaliteiten wenselijk.

6.4 Researchagenda

Er is nood aan robuust onderzoek over obesitas bij kinderen en jongeren naar:

- het effect van een gezonde levensstijl op metabole parameters, sociaal milieu, fysiek functioneren en mentale gezondheid, in plaats van alleen op gewichtsgerelateerde parameters.
- de impact van eetcompetenties en eetvaardigheden op gezonde metabole parameters.
- de mogelijke nadelige effecten van korte termijn interventies.

- geschikte motiverende strategieën om de behandeling vol te houden.
- de impact van een multimodale aanpak op lange termijn
- de performantie van het Belgische zorgsysteem in de behandeling van obesitas.
- de impact van lokale initiatieven op kwetsbare groepen.

7. Totstandkoming

De richtlijn werd ontwikkeld conform het methodologisch handboek van WOREL. Zie methodologisch rapport van deze richtlijn voor meer details.

7.1 Auteurs

Naam	Discipline / affiliatie	Rol in de richtlijnontwikkelingsgroep
Kern richtlijnontwikkelingsgroep (core GDG)		
Leen De Coninck	Ergotherapeut, gerontoloog, lid van de expertisecel van WOREL	Coördinator, methodologisch expert
Eveline Vanhoof	Logopedist en lid van de expertisecel van WOREL	Methodologisch expert en administratieve coördinator
Loes Stukken	Psycholoog, verbonden aan de Vlaamse Vereniging voor Klinische Psychologie (VVKP) en Eetexpert vzw, en lid van de expertisecel van WOREL	Methodologisch expert en inhoudsdeskundige
Karolien Van Puyenbroeck	Huisarts in Antwerpen	Medisch inhoudsdeskundige (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn) en methodologisch expert
Paul Van Royen	Huisarts in Antwerpen, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen en voorzitter van WOREL	Methodologisch expert (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn) en medisch inhoudsdeskundige
Expertengroep (extended GDG)		
An Vandeputte	Klinisch psycholoog, coördinator Eetexpert vzw (Vlaams Kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen)	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Caroline Braet	Klinisch psycholoog, em. Prof Dr hoogleraar, bij de Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeheids- en Sociale Psychologie aan de UGent; Bestuurslid van de Vlaamse Vereniging voor Klinische Psychologie (VVKP); Bestuurslid Eetexpert vzw,	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Tine Cornelissen	Adviserend arts, Opgroeien	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Sophie Hoste	Diëtist, PMOC UZ Leuven	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Inge Gies	Kinderendocrinoloog, UZ Brussel, Professor VUB, en verbonden aan BASO (Belgische Vereniging voor de Studie van Obesitas)	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Marthe Knops	Huisarts, SSMG, Medisch Huis Laeken	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Marijke Ysebaert	Algemeen kinderarts, PMOC ZAS Antwerpen	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Sofie Janssen	Diëtist, zorgcoördinator PMOC UZA	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en

		goedkeuring richtlijn)
Véronique Beauloye	Kinderendocrinoloog, Zeepreventorium, De Haan ; Faculteit Farmaceutische en Biomedische Wetenschappen (FASB), Katholieke Universiteit Louvain, Brussel.	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Marie-Christine Lebrethon	Kinderendocrinoloog en -diabetoloog, hoofd PMOC CHU de Liège	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Audrey De Wael	Apotheker, Sint-Lambrechts Woluwe en Diëtist aan de Universitaire ziekenhuizen Sint-Lucas (UCLouvain)	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Margaux Donck	Kinderendocrinoloog en -diabetoloog, hoofd PMOC CHU de Liège	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Marjolein Tratsaert	Diëtist, algemene pediatrie en PMOC van CUSL	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Caroline Gernay	Kinderendocrinoloog en diabetoloog, Katholiek Universitair Ziekenhuis (CHU) van Luik	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Véronique Theys	CLB arts, bestuurslid VWVJ (Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg,	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Laurine Anselmo	Verpleegkundige gespecialiseerd in kindergeneeskunde en neonatologie; Leonardo de Vinci hogeschool, Brussel	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Ann Tanghe	Algemeen directeur Zeepreventorium ; Orthopedagoog	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Evie Stremersch	Psycholoog, Zeepreventorium (back-up van Ann Tanghe)	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Yolaine Dangel	Ergotherapeut, HEPL (Hogeschool van de provincie Luik, het Huis van de Ouders en IRFE (Institut Régional de Formation)	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)

7.2 Andere betrokkenen

Andere betrokkenen bij de ontwikkeling van deze richtlijn zijn (in het kader van bijeenkomsten stakeholders, consensusprocedure en externe evaluatie van de richtlijn):

Naam	Discipline/affiliatie
Ester Vermeulen	Diëtist in Lubbeek en Schaffen - diëtist MAST - Yuneco
Nathalie Vets	Diëtist in Lokeren
Didi Yordanova	Bewegingscoach bewegen op verwijzing in Antwerpen
Luc Lipkens	Stafmedewerker bewegen Vlaams Instituut Gezond Leven
Lize Debelder	Kinderarts, Pediatrie AZ Sint-Maria, Halle
Caroline Sorgeloos	Ergotherapeut, buitengewoon basisonderwijs De Ontdekker, Oudenaarde; praktijk in Sint-Denijs-Boekel
Julie Berteloot	Diëtist, gezondheidspromotor, verbonden aan wijkgezondheidscentrum
F. Vanderwaeren	Huisarts

Arnaud Taets	Kinesitherapeut van het kabinet Kine Sport Santé (Gembloux), en lid van de Coördinatie van de afdeling Fysiotherapie van de HELB-IP (Brussel)
Stéphane Camut	Ergotherapeut, docent en referentiepersoon voor het Hoger Onderwijs aan de Vrije Hogeschool Brussel HELB-Ilya Prigogine
Steve Van Cleven	Kinesist, verbonden aan zeepreventorium
Pascale Brughmans	Vertegenwoordiger ervaringsdeskundigen, Vox Obesity

Betrokken bij de ontwikkeling van indicatoren:	
Marijke Avonts	Cel evaluatie Cebam

7.3 Participatie van ervaringsdeskundigen

Het proces van patiënten participatie werd gecoördineerd door Magalie Van Cauwenberg, medewerker cel patiëntenparticipatie en lid van de expertisecel van WOREL, en Inez Van Overschelde, coördinator cel patiëntenparticipatie en coördinator van de expertisecel van WOREL.

Ervaringsdeskundige 1	Ervaringsdeskundige, obesitas als kind (NL)
Ervaringsdeskundige 2	Ervaringsdeskundige, obesitas als kind (FR)
Ervaringsdeskundige 3	Ervaringsdeskundige, ouder van kind met obesitas (NL)
Pascale Brughmans	Vox Obesity, nam deel aan de stakeholdersmeetings (FR)

7.4 Belangenvermenging en financiering

De richtlijnontwikkelingsgroep kon in alle onafhankelijkheid haar werk doen. Deze richtlijn is niet beïnvloed door opvattingen of belangen van de financierende instantie, het RIZIV.

Alle auteurs, experts en stakeholders verklaarden hun belangen. Deze documenten zijn beschikbaar bij WOREL.

De geraadpleegde auteurs, experts en stakeholders hebben geen banden met de farmaceutische industrie of andere belangengroepen.

Mogelijke belangenconflicten werden besproken in de richtlijnontwikkelingsgroep en gaven geen aanleiding tot inhoudelijke conflicten.

Geen enkele auteur, expert of stakeholder meldde een belangenvermenging, tenzij intellectuele belangenvermenging in het onderzoekdomein.

7.5 Herziening

De informatie in deze richtlijn komt na 5 jaar in aanmerking voor een update, tenzij er aanwijzingen zijn dat een eerdere update wenselijk is (vb. vastgesteld bij literatuursurveillance of door experts).

Voor deze richtlijn werd literatuur gezocht tot en met maart 2026. (Zie methodologisch rapport)

Voor de herziening wordt gezocht naar recente literatuur vanaf de einddatum van de literatuurzoektocht in deze richtlijn. Dezelfde zoekstrategie zal worden gebruikt als bij de totstandkoming van deze richtlijn (zie methodologisch rapport, beschikbaar op vraag). De gevonden literatuur zal kritisch onder de loep worden genomen om na te gaan in welke mate de aanbevelingen van de richtlijn worden bevestigd of moeten wijzigen. Zo nodig zullen de aanbevelingen per klinische vraag worden aangepast.

8. Bijlagen

Het methodologische rapport is beschikbaar en op vraag verkrijgbaar bij WOREL.

Referenties

1. WHO. Obesity and overweight. WHO 2025. [Website](#)
2. WHO. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024. WHO 2025. [Website](#)
3. . Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet (London, England) 2025;405(10481):813-838 [Pubmed Journal](#)
4. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes*. 2012 Aug;7(4):284-94. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x. Epub 2012 Jun 19. PMID: 22715120. [Pubmed](#)
5. Zeljkovic A, Vekic J, Stefanovic A. Obesity and dyslipidemia in early life: Impact on cardiometabolic risk. *Metabolism: clinical and experimental* 2024;156:155919 [Pubmed Journal](#)
6. Niesten L, Bruwer G. Obesitas bij kinderen. *Domus Medica* 2007. [Website](#)
7. Mercea D, Ianos R, Pop C, Lazar A-L, Sitar-Tăut A, Orășan O, et al. The Impact of Obesity on Left Ventricular Hypertrophy and Diastolic Function in Caucasian Children. *Metabolic syndrome and related disorders* 2021;19(4):218-224 [Pubmed Journal](#)
8. Tran AH, Walsh A, Urbina EM. Hypertension, Obesity, and Target Organ Injury in Children: An Emerging Health Care Crisis. *Current hypertension reports* 2025;27(1):12 [Pubmed Journal](#)
9. Tisano B, Anigian K, Kantorek N, Kenfack YJ, Johnson M, Brooks JT. The Insidious Effects of Childhood Obesity on Orthopedic Injuries and Deformities. *The Orthopedic clinics of North America* 2022;53(4):461-472 [Pubmed Journal](#)
10. Omaña-Guzmán I, Rosas-Díaz M, Martínez-López YE, Perez-Navarro LM, Diaz-Badillo A, Alanis A, et al. Strategic interventions in clinical randomized trials for metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) and obesity in the pediatric population: a systematic review with meta-analysis and bibliometric analysis. *BMC medicine* 2024;22(1):548 [Pubmed Journal](#)
11. Fatima Y, Doi SAR, Mamun AA. Sleep quality and obesity in young subjects: a meta-analysis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 2016;17(11):1154-1166 [Pubmed Journal](#)
12. Leung AKC, Wong AHC, Hon KL. Childhood Obesity: An Updated Review. *Current pediatric reviews* 2024;20(1):2-26 [Pubmed Journal](#)
13. Rania M, Aloï M, Caroleo M, Carbone EA, Fazia G, Calabrò G, et al. 'Impaired Autonomy and Performance' predicts binge eating disorder among obese patients. *Eating and weight disorders : EWD* 2020;25(5):1183-1189 [Pubmed Journal](#)
14. Ali A, Al-Ani O, Al-Ani F. Children's behaviour and childhood obesity. *Pediatric endocrinology, diabetes, and metabolism* 2024;30(3):148-158 [Pubmed Journal](#)
15. Woo JG, Zhang N, Fenchel M, Jacobs DR, Hu T, Urbina EM, et al. Prediction of adult class II/III obesity from childhood BMI: the i3C consortium. *International journal of obesity (2005)* 2020;44(5):1164-1172 [Pubmed Journal](#)
16. Ryder JR, Jacobs DR, Sinaiko AR, Kornblum AP, Steinberger J. Longitudinal Changes in Weight Status from Childhood and Adolescence to Adulthood. *The Journal of pediatrics* 2019;214:187-192.e2 [Pubmed Journal](#)

17. Lee EY, Yoon K-H. Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention. *Frontiers of medicine* 2018;12(6):658-666 [Pubmed Journal](#)
18. Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. *Mayo Clinic proceedings* 2017;92(2):251-265 [Pubmed Journal](#)
19. Speakman A, Hitchcock K, Romantic E, Quiambao V, Lepolt A, Arce-Clachar AC, et al. Least significant change with repeat bioelectrical impedance analysis measurements in children with metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease: A descriptive cohort study. *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition* 2025;49(2):200-206 [Pubmed Journal](#)
20. Smith JD, Egan KN, Montaña Z, Dawson-McClure S, Jake-Schoffman DE, Larson M, et al. A developmental cascade perspective of paediatric obesity: a conceptual model and scoping review. *Health psychology review* 2018;12(3):271-293 [Pubmed Journal](#)
21. Sciensano. <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-nationale-voedselconsumptiepeiling-2022-2023/gewichtstoestand-en-eetstoornissen/overgewicht-en-obesitas-bmi>. sciensano 2024. [Website](#)
22. Hadjiyannakis S, Buchholz A, Chanoine J-P, Jetha MM, Gaboury L, Hamilton J, et al. The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: A proposed clinical staging system for paediatric obesity. *Paediatrics & child health* 2016;21(1):21-6 [Pubmed](#)
23. Sherson EA, Yakes Jimenez E, Katalanos N. A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. *Family practice* 2014;31(4):389-98 [Pubmed Journal](#)
24. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 2013;59(1):27-31 [Pubmed](#)
25. Lutaud R, Mitilian E, Forte J, Gentile G, Reynaud R, Truffet C, et al. Motivational interviewing for the management of child and adolescent obesity: a systematic literature review. *BJGP open* 2023;7(4) [Pubmed Journal](#)
26. Luque V, Feliu A, Closa-Monasterolo R, Muñoz-Hernando J, Ferré N, Gutiérrez-Marín D, et al. Impact of the motivational interviewing for childhood obesity treatment: The Obemat2.0 randomized clinical trial. *Pediatric obesity* 2024;19(7):e13125 [Pubmed Journal](#)
27. Bean MK, Caccavale LJ, Adams EL, Burnette CB, LaRose JG, Raynor HA, Wickham EP 3rd, Mazzeo SE. Parent Involvement in Adolescent Obesity Treatment: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2020 Sep;146(3):e20193315. doi: 10.1542/peds.2019-3315. PMID: 32839242; PMCID: PMC7461263. [Pubmed](#)
28. Luttikhuis, H. O., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., & Stolk, R. P. (2009). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, 1-57. [Pubmed](#)
29. Eetexpert. Edmonton Obesity Staging System (EOSS). 2025. [Website](#)
30. Ige TJ, DeLeon P, Nabors L. Motivational Interviewing in an Obesity Prevention Program for Children. *Health promotion practice* 2017;18(2):263-274 [Pubmed Journal](#)
31. Eetexpert. Gezonde leefstijl. 2025. [Website](#)
32. Uy MJA, Pereira MA, Berge JM, Loth KA. How Should We Approach and Discuss Children's Weight With Parents? A Qualitative Analysis of Recommendations From Parents of Preschool-Aged Children to Physicians. *Clinical pediatrics* 2019;58(2):226-237 [Pubmed Journal](#)
33. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Simple tests for the diagnosis of childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 2016;17(12):1301-1315 [Pubmed Journal](#)
34. Santos M, Cadieux A, Gray J, Ward W. Pediatric Obesity in Early Childhood: A Physician Screening Tool. *Clin Pediatr (Phila)*. 2016 Apr;55(4):356-62. doi: 10.1177/0009922815591885. Epub 2015 Jun 26. PMID: 26116352. [Pubmed](#)
35. Henderson M, Moore SA, Harnois-Leblanc S, Johnston BC, Fitzpatrick-Lewis D, Usman AM, et al. Effectiveness of behavioural and psychological interventions for managing obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis framed using minimal important difference

estimates based on GRADE guidance to inform a clinical practice guideline. *Pediatric obesity* 2025;20(3):e13193 [Pubmed Journal](#)

36. Zhou J, Sun W, Tang S, Jiang D, Tan B, Li S, et al. Effects of Exercise Interventions on Blood Pressure in Children and Adolescents With Overweight or Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* 2025;76(3):361-369 [Pubmed Journal](#)

37. van der Heijden LB, Feskens EJM, Janse AJ. Maintenance interventions for overweight or obesity in children: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 2018;19(6):798-809 [Pubmed Journal](#)

38. Liu J, Zhu L, Su YU. Comparative Effectiveness of High-Intensity Interval Training and Moderate-Intensity Continuous Training for Cardiometabolic Risk Factors and Cardiorespiratory Fitness in Childhood Obesity: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in physiology* 2020;11:214 [Pubmed Journal](#)

39. Satter E. Eating competence: definition and evidence for the Satter Eating Competence model. *Journal of nutrition education and behavior* 2007;39(5 Suppl):S142-53 [Pubmed](#)

40. American Medical Association House of Delegates (2013). Recognition of obesity as a disease. Resolution 420, (A-13). [Website](#)

41. Cardel MI, Newsome FA, Pearl RL, Ross KM, Dillard JR, Miller DR, et al. Patient-Centered Care for Obesity: How Health Care Providers Can Treat Obesity While Actively Addressing Weight Stigma and Eating Disorder Risk. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2022;122(6):1089-1098 [Pubmed Journal](#)

42. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep health* 2015;1(1):40-43 [Pubmed Journal](#)

43. Farpour-Lambert, N.J., Baker, J.L., Hassapidou, M., Holm, J.C., Nowicka, P., O'Malley, G., & Weiss, R. (2015). Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care – a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). [Pubmed](#)

44. Mechanick, J.I., Garber, A.J., Handelsman, Y., & Garvey, W.T. (2012). American Association of Clinical Endocrinologists' position statement on obesity and obesity medicine. *Endocr Pract*, 18, 642-648. [Pubmed](#)

45. Kind en Gezin. Vaste Voeding Kind en Gezin. 2025. [Website](#)

46. Vandenbosch L, Fardouly J, Tiggemann M. Social media and body image: Recent trends and future directions. *Current opinion in psychology* 2022;45:101289 [Pubmed Journal](#)

47. Frühbeck, G., Busetto, L., Dicker, D., Yumuk, V., Goossens, G., Hebebrand, J. et al. (2019). The ABCD of Obesity: An EASO Position Statement on a Diagnostic Term with Clinical and Scientific Implications. *Obes Facts*, 12, 131-136. [Pubmed](#)

48. Vankerckhoven L, Claes L, Van Laere E, Eggermont S, Luyckx K. From Disordered Eating to Eating Competence: Exploring Transitions in Adolescent Eating Profiles and the Role of Identity, Embodiment, and Critical Eating Messages From Parents and Peers. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association* 2025;33(6):1255-1264 [Pubmed Journal](#)

49. Belgian Association for the Study of Obesity (BASO)(2020). Consensus BASO 2020. Een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas. [Website](#)

50. Vlaams Instituut Gezond Leven. Bewegingsdriehoek. 2025. [Website](#)

51. Vlaams Instituut Gezond Leven. Voedingsdriehoek. 2025. [Website](#)

52. International Classification of Functioning, Disability and Health. 2025. [Website](#)

53. Bagherniya M, Taghipour A, Sharma M, Sahebkar A, Contento IR, Keshavarz SA, et al. Obesity intervention programs among adolescents using social cognitive theory: a systematic literature review. *Health education research* 2018;33(1):26-39 [Pubmed Journal](#)

54. Nielsen LS, Danielsen KV, Sørensen TIA. Short sleep duration as a possible cause of obesity: critical analysis of the epidemiological evidence. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 2011;12(2):78-92 [Pubmed Journal](#)
55. Bray, G.A., Kim, K.K., & Wildig, J.P.H. (2017). Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev*, 18(7), 715-723. [Website](#)
56. Skelton JA, Martin S, Irby MB. Satisfaction and attrition in paediatric weight management. *Clinical obesity* 2016;6(2):143-53 [Pubmed Journal](#)
57. Sharifi M, Marshall G, Goldman R, Rifas-Shiman SL, Horan CM, Koziol R, et al. Exploring innovative approaches and patient-centered outcomes from positive outliers in childhood obesity. *Academic pediatrics* 2014;14(6):646-55 [Pubmed Journal](#)
58. Chen L, Liu Q, Xu F, Wang F, Luo S, An X, et al. Effect of physical activity on anxiety, depression and obesity index in children and adolescents with obesity: A meta-analysis. *Journal of affective disorders* 2024;354:275-285 [Pubmed Journal](#)
59. Deng Y, Manninen M, Hwang Y, Kim T, Yli-Piipari S. Efficacy of lifestyle interventions to treat pediatric obesity: A systematic review and multivariate meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 2024;25(11):e13817 [Pubmed Journal](#)
60. Zhu L, Liu J, Yu Y, Tian Z. Effect of high-intensity interval training on cardiometabolic risk factors in childhood obesity: a meta-analysis. *The Journal of sports medicine and physical fitness* 2021;61(5):743-752 [Pubmed Journal](#)
61. Zhao L, Dong X, Gao Y, Jia Z, Han S, Zhang J, et al. Effects of exercise combined with diet intervention on body composition and serum biochemical markers in adolescents with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Journal of pediatric endocrinology & metabolism : JPEM* 2022;35(11):1319-1336 [Pubmed Journal](#)
62. Sirico F, Bianco A, D'Alicandro G, Castaldo C, Montagnani S, Spera R, et al. Effects of Physical Exercise on Adiponectin, Leptin, and Inflammatory Markers in Childhood Obesity: Systematic Review and Meta-Analysis. *Childhood obesity (Print)* 2018;14(4):207-217 [Pubmed Journal](#)
63. Eetexpert. Wegwijs in de zorg rond obesitas bij kinderen en jongeren. 2025. [Website](#)
64. Masarwa R, Brunetti VC, Aloe S, Henderson M, Platt RW, Filion KB. Efficacy and Safety of Metformin for Obesity: A Systematic Review. *Pediatrics* 2021;147(3) [Pubmed Journal](#)
65. Salama M, Hassan D, Kumar S. Updates on Anti-Obesity Medications in Children and Adolescents. *Children (Basel, Switzerland)* 2025;12(10) [Pubmed Journal](#)
66. Mead E, Atkinson G, Richter B, Metzendorf M-I, Baur L, Finer N, et al. Drug interventions for the treatment of obesity in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews* 2016;11(11):CD012436 [Pubmed](#)
67. Kotecha P, Huang W, Yeh Y-Y, Narvaez VM, Adirika D, Tang H, et al. Efficacy and Safety of GLP-1 RAs in Children and Adolescents With Obesity or Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA pediatrics* 2025;179(12):1308-1317 [Pubmed Journal](#)
68. Ryan PM, Seltzer S, Hayward NE, Rodriguez DA, Sless RT, Hawkes CP. Safety and Efficacy of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists in Children and Adolescents with Obesity: A Meta-Analysis. *The Journal of pediatrics* 2021;236:137-147.e13 [Pubmed Journal](#)
69. Budny A, Janczy A, Szymanski M, Mika A. Long-Term Follow-Up After Bariatric Surgery: Key to Successful Outcomes in Obesity Management. *Nutrients* 2024;16(24) [Pubmed Journal](#)
70. Järholm K, Bruze G, Peltonen M, Marcus C, Flodmark C-E, Henfridsson P, et al. 5-year mental health and eating pattern outcomes following bariatric surgery in adolescents: a prospective cohort study. *The Lancet. Child & adolescent health* 2020;4(3):210-219 [Pubmed Journal](#)
71. RIZIV. Het interfederaal plan voor Geïntegreerde zorg. 2023. [Website](#)
72. Humięcka M, Sawicka A, Kędzierska K, Binda A, Jaworski P, Tarnowski W, et al. Prevalence of Nutrient Deficiencies Following Bariatric Surgery-Long-Term, Prospective Observation. *Nutrients* 2025;17(16) [Pubmed Journal](#)

73. Wu Z, Gao Z, Qiao Y, Chen F, Guan B, Wu L, et al. Long-Term Results of Bariatric Surgery in Adolescents with at Least 5 Years of Follow-up: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity surgery* 2023;33(6):1730-1745 [Pubmed Journal](#)
74. Wasserman H, Jenkins T, Inge T, Ryder J, Michalsky M, Sisley S, et al. Bone mineral density in young adults 5 to 11 years after adolescent metabolic and bariatric surgery for severe obesity compared to peers. *International journal of obesity (2005)* 2024;48(4):575-583 [Pubmed Journal](#)
75. RIZIV. Zorgtraject obesitas bij kinderen: multidisciplinaire zorg voor een betere behandeling van uw jonge patiënten. [Website](#)
76. RIZIV. Zorgtraject obesitas bij kinderen. 2023. [Website](#)
77. Eetexpert. Wegwijs in de zorg rond obesitas bij kinderen. 2025. [Website](#)
78. Eetexpert. Verwijs- en advieslijn. [Website](#)
79. OBESITY PLATFORM BELGIUM. POLICY RECOMMENDATIONS FOR A HOLISTIC APPROACH TO OBESITY AS A CHRONIC DISEASE. 2024. [Website](#)
80. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ (Clinical research ed.)* 2008;336(7650):924-6 [Pubmed Journal](#)
81. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ, et al. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians?. *BMJ (Clinical research ed.)* 2008;336(7651):995-8 [Pubmed Journal](#)
82. NIH National library of medicine. Mesh database description obesity. National Institutes of Health; National library of medicine 1999. [Website](#)
83. NIH National library of medicine. Mesh database description pediatric obesity. NIH National library of medicine 2013. [Website](#)
84. Speakman A, Ali-Geiger F, Mouzaki M. Pediatric Obesity Pharmacotherapy. *Gastroenterology clinics of North America* 2025;54(4):745-760 [Pubmed Journal](#)
85. Sciensano. Weight status and eating disorder. Sciensano 2022. [Website](#)
86. Drieskens S, Charafeddine R, Boone C. Gezondheidsenquête 2023-2024: Gewichtsstatus. Sciensano 2025. [Website](#)
87. Ball GDC, Merdad R, Birken CS, Cohen TR, Goodman B, Hadjiyannakis S, et al. Managing obesity in children: a clinical practice guideline. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 2025;197(14):E372-E389 [Pubmed Journal](#)