

# TIPS VOOR NIET-STIGMATISEREND COMMUNICEREN OVER GEWICHT, LICHAAMSVORMEN, & EET-/GEWICHTSPROBLEMEN — VOOR HULPVERLENERS

Ook hulpverleners hebben **vooroordelen** over gewicht issues, al dan niet bewust. Enkele voorbeelden:



## GEVOLGEN VOOR DE HULPVERLENER

- » minder geduld met patiënten
- » minder motivatie om met de patiënt te werken
- » minder respect naar de patiënt toe
- » invloed op verbale en non-verbale communicatie
- » minder grondige evaluatie en minder doorverwijzing bij patiënten met overgewicht
- » minder vertrouwen in competenties om rond eet- en gewichtsproblemen te werken

## DE WETENSCHAPPELIJKE FEITEN

- » Gewicht is na geslacht en leeftijd de voornaamste bron van **discriminatie**, en staat op een vergelijkbaar niveau als etnische discriminatie.<sup>[1]</sup>
- » Gewicht is in veel **mindere mate controleerbaar** dan beeldvorming ons laat geloven. Veel van de betrokken factoren staan slechts gedeeltelijk onder persoonlijke controle.<sup>[2]</sup>
- » Een normaal gewicht garandeert geen goede gezondheid, net zoals over- of ondergewicht **niet gelijk** staan aan **ziekte**.<sup>[3, 4]</sup>
- » Een **gezonde leefstijl** met bijhorende gezondheidswinst kan in principe **op elk gewicht** bereikt worden.<sup>[5]</sup>
- » Iemand met een eetstoornis kiest hier niet voor. **Het is bovendien niet gemakkelijk om de eetstoornis los te laten** ondanks hun wens om te veranderen.
- » De behandeling van een eetstoornis wordt gekenmerkt door periodes van **herval**. Dit is eigen aan de stoornis, niet aan de patiënt.

## GEVOLGEN VOOR DE PATIËNT

- » stigmatisering wordt risicofactor via
  - › impact op zelfbeeld en psychologische klachten
  - › sociale isolatie
  - › minder kansen op de arbeidsmarkt
  - › hormonale stressreacties
  - › uitstellen gezondheidsafspraken
  - › lagere motivatie voor gezonde leefstijl
- » lokt gezondheidsproblemen en verstoord eetgedrag uit: vicieuze cirkel

## DO

### GA STIGMATISERING BEWUST TEGEN

- » Sta even stil bij je **eigen opvattingen** over eet- en gewichtsproblemen, en de mogelijke impact hiervan op patiënten.
- » Peil naar **stigma's bij de patiënt** en help je patiënt om te gaan met moeilijke of pijnlijke stigmatiserende situaties.
- » Benader de patiënt als **persoon in al zijn facetten** en niet als 'stoornis'.
- » Vraag **toestemming** om het gewicht te bespreken.
- » Sluit aan bij de nood aan **autonomie, verbondenheid en competentie** van de patiënt.
- » Bekrachtig de patiënt voor de inspanningen die reeds werden geleverd, benader de patiënt vanuit zijn **krachten en sterktes**.

### VERMIJD EEN EENZIJDIGE FOCUS OP GEWICHT. FOCUS MEER OP EEN GEZONDE LEEFSTIJL

- » Geef de boodschap dat een gezond eetpatroon gebaseerd is op drie principes: **variatie, mate** en **evenwicht**. Een goed eetpatroon veronderstelt een variatie aan voedingsmiddelen, waarbij we geen voedingsmiddelen uitsluiten, en we in verhouding tot de noden van het lichaam sommige voedingsmiddelen meer nuttigen dan andere. Geen enkel voedingsmiddel is op zichzelf 'ongezond', zolang er maat gehouden wordt.
- » Focus op de **voordelen** van een gezonde leefstijl, niet op de risico's van ongezond gedrag.
- » Communiceer dat gewicht **niet synoniem** staat voor een (on)gezonde leefstijl.
- » Benadruk **gedragsverandering**, niet het gewicht op de weegschaal.

### BEVORDER EEN POSITIEF LICHAAMSBEELD EN EEN GOED WELBEVINDEN.

- » Gezondheid is **veel ruimer** dan voeding alleen. Ook sociale, emotionele, en fysieke aspecten dragen bij tot onze gezondheid. Leg in boodschappen dus niet enkel de nadruk op voldoende fysieke activiteit en gezonde voeding, maar ook op het bevorderen van zelfwaardering, sociaal contact en tevredenheid met het lichaam.
- » In beweging staat **plezierbeleving** centraal, geen gewichtsverlies.

## DON'T

- » Een **eenzijdige focus op gewichtsverlies** als aanpak van overgewicht kan een negatief zelfbeeld ('ik slaag er niet in om te vermageren') en negatief lichaamsbeeld ('ik ben lelijk zoals ik ben') uitlokken. Het kan leiden tot een stijging van BMI op lange termijn, en kan eetproblemen uitlokken.
- » Zadel mensen niet op met **angst- of schuldgevoelens** in een goedbedoelde poging om mensen 'wakker te schudden'. Vermijd het om 'dik zijn' te stigmatiseren ('deze mensen eten te veel', 'ze zijn lui'), anti-vet boodschappen te gebruiken ('alle vet is slecht'), en angst voor bepaalde voeding te creëren ('goed/gezond' versus 'slecht/ongezond'). Dit soort zwart-wit denken helpt niemand vooruit.
- » Zorg dat je **werkomgeving en materiaal afgestemd zijn op alle doelgroepen**. Bv. geen modemagazines met enkel slanke modellen in de wachtkamer, pas op met stoelen met smalle arMLEUNINGEN, zorg dat je weeg- of onderzoeksmateriaal afgestemd is op personen met obesitas.
- » Vermijd dat je **minder tijd** besteedt aan de consultatie, en minder alternatieve hypothesen onderzoekt bij gezondheidsklachten van personen met een gewichtsprobleem.
- » **Vermijd negatieve termen** als 'dik' en 'mager'.

#### Deze fiche is gebaseerd op

- <sup>[1]</sup> Maïano, C., & Aimé, A. (2017). Weight-based stigmatisation: A special issue on determinants, mediating mechanisms, and intervention programs. *European Review of Applied Psychology*, 67, 113-115.
- <sup>[2]</sup> Vartanian, L. R., & Smyth, J. M. (2013). Pimum non nocere. Obesity stigma and public health. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10, 49-57.
- <sup>[3]</sup> Estour, B., Marouani, N., Sigaud, T., ..., Germain, N. (2017). Differentiating constitutional thinness from anorexia nervosa in DSM 5 era. *Psychoneuroendocrinology*, 84, 94-100.
- <sup>[4]</sup> Tomiyama, A.J., Hunger, J. M., Nguyen-Cuu, J., & Wells, C. (2016). Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005-2012. *International Journal of Obesity*, 40, 883-886.
- <sup>[5]</sup> Northern Health (2012). *Position on health, weight and obesity*. Canada, Northern Health.