

NIEUWE ACCENTEN IN DE MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK VAN OBESITAS, OOK VOOR DIËTISTEN.

Eetexpert: Rozemarijn Jeannin, psychologe en wetenschappelijk medewerker, Ilse Ulens, diëtiste en bestuurslid, Bieke Lowette, diëtiste en lid van de eerstelijns werkgroep, An Vandeputte, psychologe en coördinator.



Rozemarijn Jeannin



Ilse Ulens



Bieke Lowette



An Vandeputte

VOORSTELLING EETEXPERT

Eetexpert is sinds 2000 actief als onafhankelijk kenniscentrum. Mede in opdracht van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werkt het kenniscentrum aan de professionalisering van preventie en hulpverlening bij eet- en gewichtsproblemen in Vlaanderen. De werking richt zich tot alle betrokken hulpverleners (waaronder artsen, psychologen, diëtisten, bewegingsdeskundigen, kinesitherapeuten), organisaties met terreinwerking¹ (zoals CLB's en CGG's), partnerorganisaties, Logo's, beleid en pers.

NIEUWE VISIE OP DE BEHANDELING VAN OVERGEWICHT

Leefstijlbehandeling en gezondheidsideaal

Obesitas is een complexe, chronische en vaak progressieve aandoening die verschillende medische aandoeningen veroorzaakt [1]. Ook medische aandoeningen kunnen obesitas in de hand werken en/of in stand houden wat leidt tot een vicieuze cirkel. Een adequate aanpak van overgewicht en obesitas vereist gedragsveranderingen in leefstijl die vervolgens levenslang gehandhaafd moeten worden. Een aanpak en opvolging op **lange termijn** is dan ook noodzakelijk. Vaak neemt men het gewicht als uitgangspunt van de behandeling, waarbij afvallen als voornaamste doel wordt beschouwd. Een eenzijdige focus op gewichtsreductie is echter om verschillende redenen te vermijden (zie volgende alinea). Het aannemen van een

gezonde leefstijl is prioritair. Het heeft heel wat gunstige effecten op de gezondheid, zelfs zonder gewichtsverlies. Gewichtsverlies is bij overgewicht en obesitas geen doel op zich, maar staat steeds in functie van een betere gezondheid en levenskwaliteit. De aanpak van overgewicht en obesitas richt zich dus prioritair op gezondheid en 'voortdurende' **leefstijlverandering**, in tegenstelling tot gewichtsreductie [2, 3, 4].

Ondanks het feit dat overgewicht en eetstoornissen vaak als twee aparte domeinen benaderd werden, blijkt hoe langer hoe meer dat beide vaak samen voorkomen en er een nauwe band tussen beide kan bestaan. Naar schatting 3-15% van de personen met obesitas heeft een eetbuistoornis, en dit percentage ligt beduidend hoger bij personen die hulp zoeken voor hun gewicht (schattingen lopen op tot 1/3 van de klinische populatie). Van de personen met een eetbuistoornis kampt ongeveer 2/3 met obesitas [5]. Recent onderzoek wijst op de nood aan een geïntegreerde aanpak [6]. Personen met overgewicht maken vaak gebruik van ongezonde methodes tot gewichtscontrole [7, 8], personen die vaak lijnen hebben een veel grotere kans op het ontwikkelen van eetbuien [9] en een groot aandeel personen met boulimia nervosa had in de kindertijd overgewicht [10]. De preventieve acties voor obesitas mogen de prevalentie van eetstoornissen niet doen toenemen en vice versa. **Eetstoornissen en overgewicht (obesitas) kunnen aan elkaar gekoppeld zijn** en de preventie ervan en hulpverlening ervoor mag dan ook niet gescheiden verlopen. Te eenzijdige focus op gewicht is bij de aanpak van overgewicht en obesitas dan ook te vermijden. Het bevorderen van een gezonde leefstijl, met inbegrip van gezond en evenwichtig eten, plezierige

fysieke activiteiten op maat en een gezond lichaamsbeeld zijn te verkiezen uitgangspunten [2]. Een goede inschatting en begeleiding van de problematiek dient men steeds te situeren tegen de achtergrond van het algemeen welzijn en welbevinden en de leefomgeving van het individu.

INTEGRALE BENADERING

De nieuwe visie pleit ook voor een **integrale aanpak**. Te vaak wordt een opsplitsing gemaakt tussen een medische en een psychosociale benadering. Eet- en gewichtsproblemen kunnen erg complex zijn, verweven in een **biopsychosociaal samenspel** van factoren, hetgeen een ruimere kijk vergt dan alleen maar aandacht voor de specifieke klacht, gedrag of symptoom. De behandeling van volwassenen met overgewicht en obesitas vraagt essentieel om een multidisciplinaire aanpak. Gewichtsproblemen kenmerken zich in een verstoord eet- en beweeggedrag en het lichamenlijk functioneren kan in belangrijke mate verstoord zijn. Anderzijds hangt overgewicht vaak samen met een laag zelfbeeld, een verstoord lichaamsbeeld of negatieve lichaamsbeleving, een problematische emotieregulatie en gebrekkige sociale vaardigheden.

Recent stelde de World Obesity Federation (vroeger de IASS) hierrond de EOSS (Edmonton Obesity Staging System) [11] voor, die ernstinschatting koppelt aan het ruimere 'gezondheidsrisico' in plaats van enkel medisch risico en BMI stadiëring. De EOSS is ook het eerste systeem voor zorgtoewijzing dat helemaal aansluit bij deze nieuwe benadering. De EOSS werd in 2012 door de Canadese overheid gevalideerd in een 'position statement' [2]. De ernstscore wordt berekend rekening houdend met de medische toestand, de mentale toestand en de functionaliteit bij volwassen patiënten

¹ Organisaties met terreinwerking zijn organisaties die, naast individuele zorgaanbieders en anderen, instaan voor het veldwerk binnen de preventieve gezondheidszorg. Ze doen daarvoor een beroep op de expertise van de partnerorganisaties. Op lokaal vlak werken ze samen met de Logo's.

De stadia zijn:

STADIUM	BESCHRIJVING	AANPAK
Stadium 0	<ul style="list-style-type: none"> • Geen gewichtsgelateerde risicofactoren; EN • Geen lichamelijke symptomen; EN • Geen psychologische symptomen; EN • Geen weerslag op welzijn; EN • Geen functionele beperkingen 	Verdere gewichtstoename voorkomen door leefstijladvies. Halfjaarlijkse opvolging door huisarts.
Stadium 1	<ul style="list-style-type: none"> • Subklinische gewichtsgelateerde risicofactoren; OF • Milde lichamelijke symptomen die geen medische behandeling vereisen; OF • Milde gewichtsgelateerde psychologische symptomen; OF • Milde weerslag op welzijn; OF • Milde functionele beperkingen 	Meer intense leefstijl interventies via een individueel behandelplan, waaronder herstel van eet- en beweggedrag en psychosociaal welbevinden. Gewichtstoename voorkomen. Geregelde opvolging van risicofactoren en gezondheidsstatus door huisarts.
Stadium 2	<ul style="list-style-type: none"> • Gewichtsgelateerde risicofactoren; OF • Gewichtsgelateerde co-morbiditeit die een medische behandeling vereist; OF • Matige gewichtsgelateerde psychologische symptomen; OF • Matige weerslag op welzijn; OF • Matige functionele beperkingen in ADL 	Bespreek multidisciplinaire obesitasbehandeling met intense leefstijlinterventies. Inschakeling van gespecialiseerde psycholoog, diëtist en kinesist/ bewegingsdeskundige met regelmatig bilan. Bespreek opties rond farmacotherapie voor comorbiditeiten en overweeg bariatrische heelkunde. Nauwe opvolging en behandeling van comorbiditeiten.
Stadium 3	<ul style="list-style-type: none"> • Ernstige gewichtsgelateerde co-morbiditeit met orgaanschade • Ernstige psychologische symptomen • Ernstige functionele beperkingen • Ernstige weerslag op welzijn 	Meer intensieve multidisciplinaire obesitasbehandeling met intense leefstijlinterventies. Inschakeling van een gespecialiseerd obesitasteam en samenwerking met medisch specialisten. Bespreek opties rond farmacotherapie voor comorbiditeiten en overweeg bariatrische heelkunde. Nauwe opvolging en behandeling van comorbiditeiten.
Stadium 4	<ul style="list-style-type: none"> • Zeer ernstige gewichtsgelateerde co-morbiditeit in eindstadium • Zeer ernstige invaliderende gewichtsgelateerde psychologische symptomen • Zeer ernstige functionele beperkingen 	Agressieve obesitasbehandeling die haalbaar is. Indien geen motivatie tot gedragsverandering palliatieve aanpak waaronder pijnbehandeling, arbeidsbegeleiding en psychosociale ondersteuning.

Figuur 1. Ernst en indicatiestelling volgende de EOSS stadia.

met een BMI vanaf 30. Hierbij worden 5 stadia onderscheiden. In de praktijk vraagt deze brede inschatting een samenwerking tussen een medicus (huisarts, endocrinoloog), een diëtist, een bewegingsdeskundige of kinesitherapeut² en een psycholoog (psychiater, orthopedagoog).

ZORG OP MAAT

Tot slot wordt gepleit voor betere samenwerking tussen bestaande diensten volgens een **stepped-care model** waarbij verschillende graden van specialisatie het zorgaanbod voor volwassenen met eet- en gewichtproblemen kunnen invullen. Niet iedereen heeft iemand nodig die expert is in de problematiek. Hulpverleners in de eerstelijns moeten wel op tijd signalen herkennen wanneer doorverwijzing nodig is. Naargelang de ernst van hun problematiek kan bijkomende inschakeling van gespecialiseerde hulp wenselijk zijn.

De essentie van het model van getrapte zorg is dat basiszorg geboden wordt waar mogelijk, maar intensievere (specialistische) of meer intrusieve zorg (bijv. bariatrische chirurgie) bijkomend kan worden ingezet indien nodig. Er is echter ook een goede opvolging nodig over zorgniveaus heen (continuïteit van zorg). Dit vereist niet enkel een goede doorstroom van basis-

zorg naar gespecialiseerde zorg, maar ook een adequate terugstroom naar lagere zorgniveaus, en een continue samenwerking tussen de verschillende (niveaus van) zorgverstrekkers tijdens en na intensievere interventies. Hiervoor is een goede netwerkvorming per regio nodig.

KNELPUNTEN IN DE AANPAK VAN EET- EN GEWICHTSPROBLEMEN

Diverse internationale richtlijnen stellen dus dat de aanpak van obesitas **multidisciplinair** is, met idealiter een medisch luik, een voedingsluik, een bewegingsluik en een psychologisch/gedragsmatig luik [1, 3, 4]. Multidisciplinariteit is dus inherent aan de behandeling van obesitas, en kan zich voordoen binnen basiszorg en tussen de verschillende zorgniveaus [12, 3]. Naargelang meer zorg nodig is, wordt de intensiteit van de zorg opgedreven. Continuïteit van zorg, het derde principe van goede zorg, houdt

2 Op dit ogenblik is er in ons land nog geen duidelijkheid welke discipline het meest aansluit bij noden van patiënten inzake beweegherstel. Men is het erover eens dat beweegherstel bij overgewicht een eigen aanpak nodig heeft die anders is dan de traditionele trainingsopbouw maar zich richt op gedragsverandering op lange termijn. In de praktijk merken we dat meer en meer geïnteresseerden uit de bewegingswetenschappen zich bijscholen en omdat dit zowel kinesitherapeuten als bewegingsdeskundigen zijn, vermelden we voorlopig steeds beide groepen. De opleiding lichamelijke opvoeding en bewegingswetenschappen bevat de afstudeerrichting 'Fysieke activiteit, fitheid en gezondheid'. De opleiding kinesitherapie bevat intussen een specialisatiejaar, met optie inwendige aandoeningen (metabole ziekten, hart- en vaatziekten, pulmonale ziekten, kanker, nierfalen/-insufficiëntie).

in dat een goede opvolging nodig is over zorgniveaus heen, en dit over langere tijd.

Uit een bevraging van Eetexpert in 2004 bij Vlaamse hulpverleners bleek dat het in Vlaanderen ontbreekt aan een degelijk multidisciplinair zorgaanbod in de eerstelijns rond de aanpak van overgewicht en obesitas. Een multidisciplinaire samenwerking in de behandeling van eet- en gewichtsproblemen vindt nog altijd grotendeels plaats in gespecialiseerde klinieken. Het ontbreken van dergelijke samenwerking in de eerstelijns heeft diverse redenen. Verschillende projecten van Eetexpert inventariseerden belangrijke knelpunten:

- Gezien de specifieke problematiek is het belangrijk dat de betrokken hulpverleners ervaring en **expertise** hebben op vlak van eet- en gewichtsproblemen. Veel hulpverleners voelen zich echter onvoldoende bekwaam. Daarnaast kennen de verschillende disciplines elkaars expertise onvoldoende. Om goed te kunnen samenwerken moet men elkaar goed kennen en elkaars taken, bevoegdheden en werkzaamheden respecteren. Maar wanneer zij met elkaar samenwerken en multidisciplinair overleggen, zijn hulpverleners erg tevreden: Ze beschrijven dat ze samen tot een vollediger beeld komen over de problematiek van de patiënt en dit een belangrijke meerwaarde betekent voor de behandeling op maat. Onrechtstreeks blijkt het samenwerken met verschillende disciplines verfrissend te werken. Het geeft veel nieuwe ideeën en doet bijleren.
- Er is nood aan specifieke **coaching in het interdisciplinair samenwerken**. Vaak blijft samenwerken tussen huisarts, diëtist en/of psycholoog beperkt tot aparte consultaties met dezelfde patiënt. Bovendien geven hulpverleners aan niet te weten wie te betrekken in de multidisciplinaire werking. Verwijshulp en netwerkhelp blijken nodig.
- Er is nood aan een **stappenplan** voor de **zorgcoördinator** in de eerstelijns. De huisarts is gezien zijn overzicht over het hele zorgtraject de ideale figuur hiervoor, maar kan de praktische

opvolging van het zorgplan ook delegeren aan een ander teamlid.

- Om multidisciplinair samen te werken is een goede **communicatie** tussen de verschillende hulpverleners nodig. Er moet een goede afstemming zijn van de behandeldoelen en van het behandelplan. Dit vraagt een grote bereidheid om informatie met elkaar uit te wisselen. Er zijn hiervoor nog te weinig gemakkelijke communicatiemiddelen ter beschikking (gegevensdeling, integratie in software,...).
- Er is **financiële ondersteuning** nodig, zowel op vlak van terugbetaling van eerstelijns- en gespecialiseerde ambulante zorg, als van multidisciplinaire samenwerking.

Om hieraan tegemoet te komen, heeft Eetexpert afgelopen 15 jaar oplossingen uitgewerkt voor bovenstaande hindernissen. Er zijn specifieke draaiboeken ontwikkeld voor de verschillende disciplines en partners in de begeleiding van personen met eet- en gewichtsproblemen. De draaiboeken sluiten naadloos op elkaar aan, en zijn gesneden brood voor wie multidisciplinair wil gaan samenwerken. Eetexpert biedt ook hulp voor het vinden van elkaar bij het multidisciplinair samenwerken, en organiseerde in alle provincies opleidingen rond het multidisciplinair samenwerken in de eerstelijns. Echte zorg op maat start bij een multidisciplinaire screening voor optimale oppuntstelling van doordachte zorg. De nodige tools zijn hiervoor uitgewerkt, en via een tijdelijk project i.s.m. de Onafhankelijke Ziekenfondsen krijgen patiënten met overgewicht bovendien hun multidisciplinaire inschatting en oppuntstelling terugbetaald.

NIEUW DRAAIBOEK VOOR DIËTISTEN ROND DE BEHANDELING VAN OBESITAS

Recent werd een draaiboek gelanceerd rond de behandeling van volwassenen met overgewicht en obesitas in de diëtistenpraktijk. Dit praktijkgericht stappenplan is gebaseerd op gevalideerde richtlijnen en nieuwe wetenschappelijke inzichten. Zowel de conventionele voedingsbegelei-

ding als de begeleiding bij een bariatrisch traject komen aan bod.

CONVENTIONELE VOEDINGSBEGELEIDING

Gecombineerde leefstijlinterventie

De aangewezen aanpak bij overgewicht en obesitas is een gecombineerde leefstijlinterventie, met zowel een verbetering van het eetgedrag en voedingspatroon, een verhoging van de lichamelijke activiteit en vermindering van sedentair gedrag, als psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering [4, 13].

De diëtist is de hulpverlener bij uitstek om te werken rond leefstijl. Een normalisering van het eetpatroon is essentieel. Vele mensen met overgewicht/obesitas ervaren geen normaal honger- of verzadigingsgevoel meer en het eten wordt vooral bepaald door externe factoren, emoties en gedachten in plaats van door gezonde behoeften van het lichaam [13]. Eventueel geeft de diëtist de opdracht mee om een eetdagboek bij te houden. Een eetdagboek kan zinvol zijn aangezien het de patiënt meer inzicht geeft in zijn voedingsgewoonten en hem een actieve rol geeft in het opsporen van verkeerde eetgewoonten. Dit verhoogt het inzicht en de motivatie. Belangrijke factoren om bij te houden zijn onder andere de tijd, plaats en het tempo van het eten evenals wat de patiënt eet en hoe de portiegrootte is (bv. aantal boterhammen, aantal lepels groenten...). De diëtist kan hierbij merken dat sommige cliënten reeds gezonder gaan eten tijdens het invullen van het dagboekje omdat het bewustzijn groeit en er schaamte kan optreden bij oprechte rapportering. Daarnaast is het van belang de redenen van eetepisodes (zoals maaltijden en snackgedrag) na te gaan: deze kunnen immers uitgelokt worden door factoren zoals stemming, het zien/ruiken van voedsel, het zien eten door anderen, stress of eetlust [14]. Het is wel belangrijk dat, indien de opdracht gegeven wordt een eetdagboek bij te houden, de diëtist hier ook actief meewerkt in en buiten de sessies. Het is echter niet de bedoeling om te focussen op het afkeuren van slechte voedingsgewoonten van de patiënt. De diëtist besteedt voldoende aandacht aan

het bevestigen van de aspecten die wel goed lopen en een basis kunnen vormen voor het uitbreiden van gezonde eetgewoontes.

De diëtist spoort samen met de patiënt het type eetgedrag op [15, 16]:

- Extern eetgedrag, waarbij eten een reactie is op voedselprikkelers uit de omgeving.
- Lijngericht eetgedrag, waarbij de oorzaak van het overeten in het lijnen zelf ligt, doordat hongergevoelens genegeerd worden en de sensaties van honger en verzadiging niet meer juist geïnterpreteerd kunnen worden.
- Emotioneel eetgedrag, waarbij eten een reactie is op stress en negatieve emoties.

De aanpak zal enigszins verschillen naar gelang het type eter.

- Bij externe eters is vooral het aanleren van zelfcontroletechnieken van belang.
- Bij lijngerichte eters is het van belang de gevoelens van honger en verzadiging te herontdekken.
- Bij emotionele eters moeten de psychische problemen aangepakt worden en aandacht besteed worden aan de functie en betekenis van het eten [15].

Bij de verschillende types eters is het van belang om interne, homeostatische signalen van honger en verzadiging te leren onderscheiden van externe signalen die hedonisch of 'aangeleerd' eetgedrag uitlokken.

Pas wanneer het eetpatroon genormaliseerd is, kan vervolgens gewerkt worden aan de verbetering van de leefstijl en de aanbevelingen hieromtrent. Doelstellingen richten zich op het stapsgewijs uitbouwen en handhaven van goede eetgewoonten. Het meest effectief op de lange termijn is om te werken met de reeds bestaande voedingsgewoonten in plaats van een maaltijdplan in te bouwen dat los staat van de reeds bestaande eetgewoonten [13].

Het is belangrijk om te benadrukken wat de patiënt al goed doet en/of waar hij in de goede richting gaat. Op basis hiervan

kan de patiënt vervolgens zelf bepalen welke veranderingen hij/zij wil nastreven. De diëtist volgt de patiënt in zijn keuzes maar bewaakt de haalbaarheid van de doelen die worden gesteld. Een misvatting is dat patiënten onmiddellijk perfect aan de gezonde eet- en beweeggewoonten moeten voldoen. Het is belangrijk dat de diëtist benadrukt dat het om een stapsgewijze evolutie gaat en dat het normaal is dat dit leerproces met vallen en opstaan gebeurt [17].

Beweging is een essentieel onderdeel in elke aanpak van overgewicht en obesitas. Het opbouwen van beweging gebeurt best geleidelijk aan de hand van een aangepast bewegingsschema. Het is aangewezen om hiervoor samen te werken met een bewegingsdeskundige of kinesitherapeut, zeker in het geval van risicovol overgewicht. Personen met overgewicht kiezen best voor minimaal belastende activiteiten zoals stappen met aangepast schoeisel, fietsen of varianten van zwemmen. Moedig patiënten aan om daarnaast ook meer beweging in te bouwen in dagelijkse activiteiten (vb. de trap nemen in plaats van de lift, te voet of met de fiets naar de bakker of het werk, actief spelen met de (klein)kinderen in plaats van tv kijken, actievere vrije tijd,...). Hoofddoelstelling bij elke bewegingsactiviteit is geen gewichtsreductie, maar verbetering van de gezondheid door een betere conditie en welbevinden. Dit laatste is een belangrijk advies naar de patiënten toe om teleurstellingen of onrealistische verwachtingen te voorkomen [18].

Psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering zijn een meerwaarde aangezien bij de aanpak van overgewicht en obesitas een verandering van leefstijl cruciaal is. Het opnemen van componenten van cognitieve gedragstherapie bevordert bovendien de therapietrouw [19, 4]. Enkele basistechnieken kunnen ook toegepast worden door de diëtist, bijvoorbeeld stimuluscontrole³ (bv. aan tafel eten zonder de televisie aan) en zelfmonitoring (bv. bijhouden eetdagboek). Voor uitgebreidere

3 Stimuluscontrole heeft betrekking op het beperken van het aantal prikkels die geassocieerd worden met eten. Zo wordt aangeraden om op een vaste plaats (aan tafel) en min of meer vaste tijdstippen te eten, zonder afleiding van multimedia (bv. televisie).

psychologische interventies wordt samen gewerkt met een psycholoog (psychiater, orthopedagoog).

Gewichtsverlies en lijnen

De meeste patiënten met overgewicht die bij de diëtist komen, hebben als belangrijkste doel het bereiken van een zo groot mogelijk gewichtsverlies en hopen aldus een 'ideaal' gewicht te bekomen. De diëtist moet zich echter hoeden om de patiënt te volgen in deze overmatige focus op gewicht. Snel gewichtsverlies garandeert geen behoud ervan, richt zich tot een minder duurzame vorm van motivatie en kan leiden tot ongewenste jojo-effecten. Gaan lijnen kan bovendien contraproductieve effecten hebben. Zo blijkt dat personen die niet lijnen gemiddeld minder bijkomen over een periode van 10 jaar dan personen die wel lijnen [20].

Gewichtsreductie kan motiverend en zelfbeeldversterkend werken, maar is geen doel op zich. Het staat steeds in functie van een betere gezondheid en levenskwaliteit. Het aannemen van gezonde eet- en beweeggewoonten en een gezond lichaamsbeeld levert bovendien al gezondheidsvoordelen op zelfs wanneer er geen gewichtsverlies bereikt wordt [2, 3]. Belangrijk is vooral een gezonde leefstijl aanmeten, eerder dan het gewichtsverlies op zich [21]. Het halen van de doelstellingen op vlak van gewicht aan de hand van ongezonde methoden moet ten zeerste worden ontmoedigd.

Veel patiënten verwachten wel gewichtsverlies. Bovendien is de kans op drop-out groot, ook al treedt er wel gewichtsverlies op. Een goede communicatie van deze 'paradigmashift', waarbij niet langer wordt gefocust op gewichtsverlies maar op gedragsverandering, is dan ook cruciaal. Patiëntfiches hier rond zijn net uitgewerkt door KC Eetexpert. De diëtist kan de nieuwe focus als volgt toelichten [22]:

"Omdat drastische diëten en gewichtsverlies geen garantie bieden op succes op lange termijn en zelfs kunnen leiden tot jojo-effecten en gewichtstoename op lange termijn, streven we naar het inperken van de medische risico's, die aantoonbaar dalen wanneer u een gezondere leefstijl aanneemt. Dus, ons behandeldoel omvat vooral

leefstijlaanpassingen. Dit wordt ook momenteel in alle richtlijnen voor een goede behandeling opgenomen. Dit leidt tot een gewichtscontrole of tot een beperkte gewichtsafname. Dit betekent dat u mogelijk/vermoedelijk altijd enig overgewicht zal houden, maar dat dit overgewicht niet verder toeneemt en dat de gezondheidsrisico's aantoonbaar dalen."

Bij stabiel overgewicht zonder bijkomende comorbiditeiten is er geen enkele reden om de patiënt aan te sporen om gewicht te verliezen. Het is wel belangrijk om gezond te leven en verdere gewichtstoename te voorkomen. In geval van overgewicht met geassocieerde comorbiditeiten of een vergrote buikomvang, blijft het prioritaire doel gezondheid te bevorderen door gezonder te leven. Maar een bijkomend doel kan zijn verdere gewichtstoename te voorkomen. Gewichtsverlies en/of het verminderen van de buikomvang is aangewezen, maar het behoud ervan is essentieel. Het gewicht stabiliseren kan al een eerste interessant resultaat zijn voor patiënten waarbij eerdere behandelingspogingen niet geslaagd zijn. Het is zeer belangrijk om aandachtig te zijn voor een verbetering van het welbevinden, het zelfbeeld en de sociale integratie van de patiënt [21].

Wanneer gewichtsreductie een behandeldoel is (omwille van de ernst van de comorbiditeiten), is het aanbevolen dieet een energiebeperkt dieet. Dit houdt in dat de persoon 600 kcal minder inneemt dan nodig is om het gewicht stabiel te houden, zodat de patiënt maximaal 0.5 tot 1 kg per week afvalt met 5% à 10% gewichtsverlies. Het aantal consulten is daarbij meer bepalend voor het succes dan het uitgangsgewicht of de duur van de behandeling. Na 6 à 9 maanden wordt overgeschakeld naar een focus op gewichtsbehoud en het hanteren van een gezonde leefstijl [4, 3].

Het is weliswaar aangetoond dat meer gewichtsverlies kan worden bereikt met een zeer laagcalorisch dieet in vergelijking met een energiebeperkt dieet, maar dit verschil is na 5 jaar verdwenen. Bovendien stopt 50% binnen een jaar met dit of andere diëten met een extreme samenstelling, terwijl bij het energiebeperkte dieet slechts 20-30% binnen het jaar

stopt [4]. Hoewel er op korte termijn dus meer gewichtsverlies mogelijk is met strengere diëten, vertonen deze meer uitval, kunnen ze gevaarlijk zijn doordat ze verstoord eetgedrag kunnen uitlokken en zijn deze diëten vaak ook duurder door het gebruik van maaltijdvervangers. Bovendien is op lange termijn het verschil in gewichtsverlies met het energiebeperkt dieet verdwenen. Zeer laagcalorische diëten kunnen sommige patiënten in de startfase van de behandeling helpen maar zouden steeds onder medische supervisie moeten gebeuren en zijn niet aangewezen voor lange periodes. Bloed-elektrolyten, nierfunctie en leverfunctie zouden dan regelmatig opgevolgd moeten worden, zeker in de eerste maand [13, 23, 3]. De EFSA geeft aan dat (zeer) laagcalorische diëten slechts voor een eenmalige korte periode van 8 weken gebruikt mogen worden. Ze geven ook restricties voor gebruik: enkel bij gezonde volwassenen met overgewicht/obesitas met oog op gewichtsverlies. In andere gevallen (bv. bij comorbiditeiten) moet de wenselijkheid van het dieet beoordeeld worden door een arts [24]. Indien ze gebruikt worden, moeten ze steeds vergezeld worden van een multidisciplinaire behandeling met onder meer een gebalanceerd eetpatroon om gewichtsverlies op lange termijn te behouden [3]. Tot slot hangt de keuze van het dieet ook af van de comorbiditeiten. Zo moet worden rekening gehouden met aandoeningen als hypertensie, verhoogde lipidenwaarden, insulineresistentie, nierinsufficiëntie,... [14].

Kwaliteitsvolle motivatie

Het is belangrijk om na te gaan welke verandering patiënt wil, wat de verwachtingen zijn en hoeveel zelfvertrouwen de patiënt hiervoor heeft [25]. Probeer zicht te krijgen op eventuele hindernissen: Vaak hoort men "we zijn allemaal dik: er is niets aan te doen". Schaamte over hun eetgedrag weerhoudt hen er vaak van hulp te zoeken of hun klachten rechtstreeks te uiten. Ook de motivatie, steun en gedragsverandering van de omgeving (vb. partner) is van belang.

Uit studies blijkt dat het type motivatie een sleutelfactor is in het succes van een dieet. Wie zich vooral richt op de eigen gezondheid en persoonlijk achter het dieet

staat, blijkt meer gezonde eetgewoontes te vertonen. Personen die zich vooral op het uiterlijk focussen of zich onder druk gezet voelen om te diëten, blijken vaker de controle over het eetgedrag te verliezen en vaker te piekeren over gewicht en eetgewoontes. Bovendien bestaat dan het risico om bij te komen en meer verstoord eetgedrag te vertonen dan voor het dieet. Personen met overgewicht, voelen zich vaker onder druk gezet om hun eetgewoontes bij te schaven en zijn dus een risicogroep voor het ontwikkelen van eetstoornissen [26, 27, 28, 29].

Belangrijk bij het bepalen van de motivatie is dat de diëtist zich focust op gedrag. Gewicht of gewichtsverlies is geen gedrag en dus geen goed thema om naar motivatie te peilen. De vraag is dus niet of de patiënt bereid is om te vermageren, maar welke bestaande gewoontes hij/zij bereid is om te veranderen. Bij voorkeur worden de voorbeeldvragen in verband met veranderingen in leefstijl specifiek opgesplitst in concreet gedrag zoals meer bewegen, ontbijten, minder (zittend) tv kijken, ... Dit zijn immers concrete doelstellingen die een duidelijke verandering in gedrag weergeven. Bijvoorbeeld: "Hoe belangrijk vindt u het om elke dag te ontbijten?", "Als u zou beslissen om elke dag te ontbijten, wat is er dan nodig om hierin te slagen?", "Welke factoren vormen voor u een hindernis om elke dag te ontbijten?",...

VOEDINGSBEGELEIDING IN GEVAL VAN EEN EETSTOORNIS

Ook als er sprake is van een eetstoornis, is een specifieke aanpak door de diëtist aangewezen. Hiervoor moet worden samengewerkt met een psycholoog. In eerste instantie (10-12 sessies) richt de behandeling zich op het doorbreken van zichzelf versterkende mechanismen, door het geleidelijk herwinnen van de verloren controle over het eetgedrag en het opbouwen van een gezond eetpatroon. In tweede instantie (8-12 sessies) moet worden gefocust op psychologische factoren die de eetstoornis in stand houden [30].

De diëtist heeft een belangrijke rol in de eerste fase, waarbij de volgende doelstellingen onderscheiden kunnen worden [30, 13]:

- Stoppen met diëten en herstel van normaal eetpatroon
- Stoppen met het gebruik van compensatiemaatregelen
- Doorbreken van zwart-wit denken in 'gezond' en 'verboden' voedsel
- Geleidelijke afbouw van eetbuien en toepassen van zelfcontroletechnieken
- Opsporen van de uitlokkers van eetbuien en blootstelling
- Toepassen van alternatieven in confrontatie met de uitlokkers van de eetbui
- Leren onderscheid maken tussen fysieke honger en eten in respons op emoties, gewoontes en omgevingscues

In de behandeling van overgewicht wordt doorgaans eerst gewerkt rond herstel van een gestructureerd eetpatroon (3 hoofdmaaltijden en 2 à 3 tussendoortjes, op regelmatige tijdstippen) voor gewerkt wordt aan specifieke voedingskeuzes. Bij patiënten met eetbuien is dit extra belangrijk. Door op regelmatige tijdstippen te eten, vermindert de fysieke drang tot een eetbui. Patiënten met overgewicht denken vaak dat het ontbijt overslaan helpt om af te vallen. Dit klopt niet en kan bovendien eetbuien uitlokken of in stand houden. Bij patiënten met eetbuien is het belangrijk dat de frequentie van de eetbuien gereduceerd wordt. Eetbuien kunnen ernstige lichamelijke gevolgen hebben, zoals menstruatiestoornissen, misselijkheid en maagpijn, diarree en obesitas [31]. Daarnaast weten patiënten met een eetstoornis soms niet meer wat een normale hoeveelheid voedsel is. De diëtist heeft hierin een belangrijke rol bij het voorlichten over gezonde porties.

Voor patiënten met boulimia nervosa, die na de maaltijd het eten er weer uitbraken of het eten weer compenseren door vasten of extreem sporten, gebruik van laxemiddelen, plaspillen (diuretica) of andere middelen, is het aangewezen om dit compensatiegedrag zo snel mogelijk te verminderen. Deze hebben namelijk niet alleen belangrijke lichamelijke gevolgen (tip: screening van kaliumtekort!), maar brengen het lichaam in een staat van uit-hongering die opnieuw de drang tot eetbuien in stand houdt. Eetbuien zijn echter niet alleen een gevolg van een fysieke drang om te eten, maar komen ook voort uit emotionele factoren [32, 33].

Het gebruik van de personenweegschaal dient flexibel te gebeuren en kan variëren naargelang de problematiek en de fase van de behandeling. De diëtist neemt de tijd om de rationale ervan uit te leggen [30]. Uitdaging is om gewicht op te volgen als groeithema –net als lengte-, doch zonder er te gefocust op te worden. En dit is net voor veel patiënten met ernstig overgewicht erg moeilijk. Bij velen lijkt het erop dat hun zelfwaardering samenhangt met het cijfer op de weegschaal, en net die broze zelfwaardering is een risicofactor voor gezond herstel. Dit opvangen en versterkend werken rond deze zelfwaardering is een belangrijke kans voor herstel. Non-verbale reacties tijdens het wegen verraden vaak hoeveel impact het wegen heeft voor de patiënt. Bij een (te) sterke impact kan de diëtist dit ter sprake brengen. Vervolgens kan nagedacht worden of het wegen nodig is, in welke frequentie, en bij wie. Indien de patiënt dit zelf wil, kan het thema onderdeel worden van het behandelplan. Via krachtig modelleren kan de diëtist een andere omgang met het wegen voortonen of de patiënt in contact brengen met andere positieve voorbeelden in zijn omgeving.

Patiënten met een eetstoornis drinken vaak grote hoeveelheden alcohol om hun emoties te verdoven. Reductie van het alcoholmisbruik is dan aangewezen. Hetzelfde geldt voor drugs en misbruik van medicatie [77, 78].

Het verdient de voorkeur om twee sessies per week te plannen als dat praktisch mogelijk is. Het is belangrijk dat er op korte termijn positieve resultaten worden geboekt met betrekking tot het problematische eetgedrag. Eens er een duidelijke vooruitgang is in het eetgedrag, kan worden overgeschakeld naar wekelijkse sessies [75].

VOEDINGSBEGELEIDING BINNEN EEN BARIATRISCH TRAJECT

Nog steeds focus op gezondheid

Naast de conventionele therapie wordt de laatste jaren ook meer en meer gebruik gemaakt van bariatrische chirurgie. Bariatrische chirurgie resulteert in meer gewichtsverlies en verbetering van geassocieerde comorbiditeiten dan een

conventionele behandeling voor obesitas, onafhankelijk van het type ingreep [88, 89, 4]. De voordelen van bariatrische chirurgie moeten echter zorgvuldig afgewogen worden tegen de risico's. Op lange termijn kan er bovendien opnieuw gewichtstoename optreden. Meestal is de gewichtstoename (of het gebrek aan gewichtsverlies) gerelateerd aan voedingsadviezen die niet goed worden opgevolgd [90]. Ook bij obesitaschirurgie is gedragsverandering van de patiënt dus even noodzakelijk. Postoperatief is een langdurige strikte medische, nutritionele en psychologische begeleiding onontbeerlijk [49].

De (ambulante) diëtist informeert de patiënt over het feit dat na een bariatrische ingreep levenslange leefstijlaanpassingen nodig zullen zijn. Ook in het geval van bariatrische chirurgie blijft het belangrijk om de paradigmashift met een focus op gezondheid in plaats van een focus op gewicht voorop te stellen. Het is eigen aan bariatrische chirurgie dat er een grote hoeveelheid gewichtsverlies wordt geïnduceerd, waardoor een focus op gewicht moeilijk te vermijden valt. De diëtist licht echter toe aan de patiënt dat de gewichtsreductie die gepaard gaat met bariatrische chirurgie geen doel op zich is, maar in functie staat van een betere gezondheid en levenskwaliteit, die enkel gewaarborgd is bij langdurige gedragsverandering en een gezonde leefstijl, rekening houdende met de vereisten op dit vlak na bariatrische chirurgie.

Aandachtspunten

Onderzoek heeft aangetoond dat **eetstoornissen** vaak aanwezig zijn bij obesitaspatiënten die chirurgie ondergaan, zowel voor de operatie als erna. De eetstoornis kan samenhangen met de obesitasproblematiek, maar kan zich ook (verder) ontwikkelen na de ingreep. Eetproblemen zoals de eetbuistoornis, extreem ongecontroleerd eten, subjectief controleverlies over het eten ("loss of control", onafhankelijk van de objectieve hoeveelheid voedsel) en andere verstoorde eetgewoontes zoals "grazen" (de hele dag door kleine hoeveelheden eten) en nachtelijk eten zijn gelinkt aan verminderd gewichtsverlies en/of meer gewichtsstijging na de operatie, maar dit pas vanaf twee jaar na de operatie. Er zou dus

initieel een verbetering zijn in het eet(gestoord) gedrag, maar deze vervaagt enige jaren na de ingreep. Verstoord eetgedrag voorafgaand aan de operatie moet dus beschouwd worden als een waarschuwingssignaal voor potentieel minder gewichtsverlies na de operatie, vooral op langere termijn, en verdient afzonderlijke aandacht in de preoperatieve screening [94, 95, 96, 97, 98, 99, 40, 100, 101].

Onderzoek wijst op een afname in psychiatrische symptomen na de bariatrische ingreep, zoals depressieve en angstklachten. Echter, bij sommige patiënten lijkt deze psychische vooruitgang na een periode af te zwakken en nemen deze klachten opnieuw toe [102]. Bovendien is er twee tot drie jaar na de ingreep een verhoogde prevalentie van **zelfmoord**, en dit ondanks een verbetering in depressieve klachten in de groep als geheel [123, 124]. Een goede postoperatieve psychologische opvolging van de patiënten is daarom onontbeerlijk.

Bariatrische chirurgie kan leiden tot **nutritionele tekorten**, zowel op korte als op lange termijn, zelfs wanneer standaarddosissen van vitamine- en mineralen-supplementen worden genomen [114]. Bij elk type bariatrische ingreep zijn er frequent nutritionele tekorten. Deze tekorten kunnen zich bovendien langzaam ontwikkelen en pas jaren na de ingreep merkbaar worden. Patiënten moeten dus levenslang opgevolgd worden [92, 93, 114].

Net zoals de opname van voedingsstoffen gewijzigd is na bariatrische chirurgie, is ook de opname van sommige **geneesmiddelen** verminderd ten gevolge van een veranderde farmacokinetiek. Aanpassingen in dosering of formulering zijn vaak nodig. In het algemeen is het aanbevolen om fijn-gemalen of vloeibare geneesmiddelen te gebruiken met een snelle afgifte in plaats van geneesmiddelen met een langzame afgifte om de opname te maximaliseren [105, 117]. Verwijs de patiënt voor advies door naar de behandelende arts (chirurg, huisarts).

Na bariatrische chirurgie is er een verhoogd risico op het ontwikkelen van **alcoholproblemen**. Uit onderzoek blijkt dat de alcoholconsumptie daalt of stopt onmiddellijk na de ingreep, maar vaak weer toeneemt na verloop van tijd, met name twee jaar na de operatie. Preoperatieve alcohol-

problemen maar ook niet-problematisch regelmatig alcoholgebruik vergroten onafhankelijk van elkaar de kans op postoperatieve alcoholproblemen [102, 103, 104, 120]. Het is belangrijk patiënten te waarschuwen voor het verhoogde risico op de ontwikkeling van een alcoholprobleem na bariatrische chirurgie, en hen te wijzen op de andere verwerking door het lichaam waardoor alcohol extra verslavend wordt.

CASUSTOEPASSINGEN

Carl- een 'gezonde' man met obesitas

Carl is een 38-jarige Amerikaanse *expat* die werd doorverwezen door zijn huisarts voor een multidisciplinaire obesitasintake voor uitwerking van bij hem passende 'zorg op maat'. Bij deze procedure wordt er dus pas gestart met begeleiding en advies na grondige inschatting van het probleem en een gezamenlijke behandelvisie.

Dit houdt in dat Carl bij de huisarts, de psycholoog en de diëtist een screening doorloopt om de ernst en de oorzaken van het overgewicht in kaart te brengen. Na deze screening (doorgaans één gesprek bij elke hulpverlener) leggen huisarts, psycholoog en diëtist hun bevindingen samen in een multidisciplinair overleg, waarna ze een gezamenlijk advies voor verdere begeleiding uitwerken. De huisarts koppelt dit advies terug naar de patiënt.

Voor het gesprek bij de diëtist geeft de huisarts al een paar medische parameters mee: Carl heeft een BMI van 31 kg/m², zijn buikomtrek meet 105 cm, en zijn bloed vertoont licht verhoogde cholesterolwaarden.

De diëtist verkent de hulpvraag van Carl. Carl wil graag een lager gewicht tegen de feestdagen, over drie maanden. Dan gaat hij voor het eerst sinds lange tijd terug naar huis om zijn vrienden en familie terug te zien. Nadien zou hij zijn lagere gewicht graag willen vasthouden, maar het is vooral belangrijk dat hij zijn doel tegen de feestdagen bereikt. Carl wil in de eindejaarsperiode kunnen eten wat hij wil zonder zich zorgen te maken over zijn gewicht. Hij vindt zijn gewicht bovendien niet goed voor zijn imago. Een bijkomende motivatie is dat Carl vroeger vrij intensief sportte, en hij zou dit graag terug kunnen opnemen.

Bij exploratie van zijn gewichtsgeschiedenis herinnert Carl zich overgewicht te hebben vanaf de start van de universiteit. In de middelbare school had hij dagelijks les in de voormiddag en een resem sportieve activiteiten in de namiddag. Bij de overgang naar de universiteit ging hij op kot en sportte hij slechts sporadisch. Sindsdien is zijn gewicht gestegen. Hij ondernam af en toe een poging om gewicht te verliezen, maar die pogingen hielden nooit lang stand. Zijn grootste succesbeleving is een recente vakantieperiode waarbij hij vijf kilogram afviel op twee weken tijd door enkel groenten en fruit te eten. Zijn huidige gewicht is 102 kg. Zijn maximale gewicht was 110 kg, zijn minimale gewicht 80 kg. Hij wil graag 20 kg afvallen.

Uit de gestructureerde voedingsanamnese blijkt dat Carl recent heel wat aanpassingen maakte in zijn eetpatroon. Sinds kort heeft hij een duidelijke structuur in zijn dagen. Hij probeert dagelijks drie hoofdmaaltijden in te plannen, en neemt tussendoor enkel nog zwarte koffie of (zeer sporadisch) drinkyoghurt. Hij neemt geen frisdrank meer, drinkt één keer per week alcohol, en eet salades (strikt zonder koolhydraten) in plaats van de gebruikelijke bereide maaltijden uit de supermarkt. Sinds kort kan hij zich soms niet meer aan zijn strikte eetpatroon houden en overeet hij zich.

In zijn beweeggeschiedenis komen we terug op de wens van Carl om meer te sporten. Carl trainde in de middelbare school dagelijks, vooral groepssporten met zijn vrienden. Een heel ander patroon dan nu. Carl doet zijn woon-werkverplaatsingen met de fiets (een tiental minuten enkele richting). Hij is ook gestart met fitness maar dit vindt hij helemaal geen leuke activiteit.

Al deze informatie neemt de diëtist mee naar het multidisciplinair overleg, samen met volgende vragen: Hoe schatten de andere teamleden het langetermijnplan van Carl in? Is de termijn van enkele maanden niet te kort? Heeft hij realistische verwachtingen rond de behandeling? Carl sprak tijdens de intake bij de diëtist vooral over zijn wens om tijdens de feestdagen te kunnen eten zonder zich zorgen te maken over een eventueel stijgend cijfer op de weegschaal. Het lijkt dus alsof hij vooral gefocust is op het getal op de

weegschaal, en niet op het opbouwen van een gezonde leefstijl.

Het multidisciplinair overleg tussen de huisarts, de diëtist en de psycholoog beantwoordt verschillende vragen en geeft alle teamleden een nieuwe kijk op de screening van Carl. De psycholoog herkent verschillende bevindingen van de huisarts en de diëtist en kan ze in een groter kader plaatsen. Carl voelt zich eenzaam, en op moeilijke momenten neigt hij tot overeten. Enkele maanden geleden beëindigde zijn vriendin hun relatie, hij heeft weinig vrienden, en ook met zijn collega's in België heeft hij weinig contact. Hij wil graag meer aansluiting vinden met hen door na het werk mee te gaan voetballen of squashen, maar zijn gewicht hindert hem. Tijdens de feestdagen wil Carl aan zijn familie en vrienden in de VS tonen dat het goed met hem gaat in België, en hij hoopt ook dat een lager gewicht hem zal helpen om een nieuwe relatie aan te gaan. Volgend advies wordt geformuleerd: Op vlak van eetgedrag wordt met de diëtist als coach gewerkt aan een gezond eetpatroon dat op lange termijn vol te houden is. De rationale om rond leefstijl te werken en de focus weg te brengen van Carls gewicht wordt hierin opgenomen. Hierbij wordt vertrokken van enkele gezonde aanpassingen die Carl reeds gemaakt heeft, en worden stapsgewijs kleine aanpassingen in zijn eetpatroon aangebracht zonder dat het eetpatroon te strikt wordt. Registratie wordt een belangrijk instrument om zijn valkuilen en successen in kaart te brengen. Omdat Carl graag sport en één van zijn motivaties is om meer te kunnen sporten, wordt ook voorgesteld om een bewegingsdeskundige of kinesitherapeut te raadplegen voor een aangepast beweegplan.

Het traject loopt prima, tot Carl plots met veel twijfel op de volgende afspraak verschijnt. Hij vraagt zich af of hij toch niet meer bezig moet zijn met zijn gewicht. De aanleiding blijkt een medisch onderzoek op het werk waarop de bedrijfsarts Carl meedeelde dat hij obees is. Enthousiast vertelde Carl hem over zijn behandeling (en zijn gewicht dat intussen iets lager lag). De arts is matig onder de indruk: hij heeft inderdaad al veel gedaan, "maar...". Carl vertrekt verdrietig en met een groot schaamtegevoel op het onderzoek. Hij

spreekt voor het eerst over deze ervaring tijdens de consultatie.

Bij de diëtist wordt uitgebreid besproken wat er is gebeurd. De behandelingsrationale wordt herhaald, de grote vooruitgang van Carl wordt benadrukt, en de teleurstelling die deze negatieve ervaring heeft opgeroepen wordt erkend. Carl voelt zich nadien gesterkt in de vooruitgang die hij heeft gemaakt. Tijdens de verdere begeleiding evolueert Carl (terug) naar een regelmatige eetstructuur en een meer genuanceerde kijk op 'gezond leven'.

De meerwaarde van de nieuwe visie op de behandeling van overgewicht, waarrond het draaiboek van Eetexpert is opgebouwd, wordt met deze casus benadrukt: *"Bij stabiel overgewicht zonder bijkomende comorbiditeiten is er geen enkele reden om de patiënt aan te sporen om gewicht te verliezen."* Dit is niet alleen ondersteunende informatie voor de patiënt, ook voor de diëtist die op die manier de focus terug kan leggen op het gebied waaraan wel gewerkt kan worden: het opbouwen van een gezond eet- en beweegpatroon.

Ellen – een vrouw met eetbuien

Ellen is een 28-jarige vrouw. Ze meldt zich aan bij de diëtiste omdat ze de strijd rond eten en gewicht beu is. Ze wil blijvend gewichtsverlies (zonder een concreet doel, gewoon lager dan nu), wil op een gezonde manier naar voeding kijken en zich geen zorgen meer maken over elke hap die ze eet.

Er wordt gestart met een blik op haar gewichtsgeschiedenis. Ellen heeft al sinds haar kindertijd last van overgewicht. In het middelbaar deed ze enkele lijnpogingen (zonder begeleiding). Ze ervaaarde toen het typische jojo-effect. Haar gewicht daalde van 70 kg naar 65 kg, en eindigde op 75 kg. Sinds ze startte met werken en zeker toen ze alleen ging wonen kwam ze opnieuw bij in gewicht. Haar huidige gewicht is 82 kg (BMI 32 kg/m²). Ellen weegt zich ongeveer elke dag. Ze is ongelukkig over hoe ze er uitziet en maakt zich zorgen over haar gezondheid.

Uit de anamnese blijkt dat Ellen een erg onregelmatig eetpatroon heeft, en ze zelf haar eetgedrag moeilijk kan concretiseren. Ze werkt in shiften en elke dag is anders. Ze gaat dagelijks naar de

winkel en koopt dan waar ze zin in heeft. Opvallend in de bevraging zijn de lange pauzes tussen de maaltijden. 's Avonds wacht Ellen bijvoorbeeld om samen met haar partner te eten. In afwachting van zijn thuiskomst, duikt ze soms de voorraadkast in omdat ze zoveel honger heeft. Ze schaamt zich hierover en haar partner is hier niet van op de hoogte.

Ellen heeft al enkele lijnpogingen achter de rug. Na enkele weken lijnen stabiliseert haar gewicht, zonder dat ze haar streefgewicht heeft bereikt. Ze ervaart dit als een falen, en gaat over naar nog striktere controle van haar eetgedrag om een 'beter resultaat' te halen. Dit ontaardt in eetbuien op moeilijke momenten. De schrik voor een herhaling van dit scenario is aanwezig. Een gezonde relatie met eten en op die manier ook een goede gezondheid is wat ze het liefste wil.

Naast de voedingsintake gaat Ellen ook langs bij de huisarts en bij de psycholoog. Uit het multidisciplinair overleg blijkt dat Ellen fysiek gezond is, maar wel regelmatig maagklachten ervaart. Bij de psycholoog heerst bezorgdheid rond het zwart-wit denken van Ellen en rond de eetbuien die wekelijks blijken voor te vallen (en gekoppeld zijn aan de maagklachten). Er wordt voorgesteld om een traject bij de psycholoog en de diëtist te starten, waarbij de diëtist zich focust op het opbouwen van een regelmatig eetpatroon, en de psycholoog op het opsporen van triggers van de eetbuien en haar ongezonde verhouding met eten (zoals zwart-wit denken). Dit wordt teruggekoppeld naar Ellen, die zich hierin kan vinden.

Het team beschrijft nadien een grote meerwaarde van multidisciplinair overleg, ondanks de tijdsintensiteit van multidisciplinair overleg en de geringe terugbetalingsmodaliteiten. De verschillende disciplines bieden elkaar perspectieven die ieder afzonderlijk niet zou ontdekken tijdens de gesprekken met een patiënt en dat geeft veel nieuw werkplezier. Contact met andere zorgverleners maakt het ook gemakkelijker om werkterreinen te leren kennen en af te bakenen. Men kan grondiger werken en moet niet alle thema's verkennen die bij een andere discipline uitgebreider aan bod kunnen komen. Wanneer er op regelmatige basis contact is tussen de verschillende zorgverleners in

het team, wordt het uiteindelijke behandelplan meer dan de som van de aparte disciplines.

Bij het eerstvolgende gesprek bespreekt de diëtist met Ellen wat ze van de begeleiding kan verwachten. De stabilisatie van haar gewicht in het verleden wordt uit de context gehaald van falen. De focus van de behandeling ligt dan ook niet op haar gewicht maar op het opbouwen van een gezonde levensstijl en een gezonde relatie met voeding. Bij de diëtist zal haar eet- en beweegpatroon verder verkend worden, en bepaalt Ellen mee welke wijzigingen ze op welk tempo wil aanbrengen. De diëtist is hierbij haar coach die meekijkt, feedback geeft en gedachtegangen bijstuurt waar nodig.

Ellen start met een registratie van haar eetgewoonten zodat de diëtist beter begrijpt hoe haar uurrooster en eetpatroon in elkaar passen. In de volgende afspraken worden op basis van de registratie een aantal pijnpunten blootgelegd en aangepakt. Zo worden er regelma-

tige eetmomenten ingelast zodat Ellen niet uitgehongerd is voor ze aan tafel gaat. Hieraan gekoppeld test Ellen uit hoe het voelt om pas te stoppen met eten wanneer ze voldaan is. In functie van een gezondere houding tegenover voeding, stopt ze met het afwegen van met haar onregelmatige uurrooster wordt een menuplanning opgesteld. Een bijkomend voordeel voor Ellen is dat ze maar één keer per week naar de winkel moet en minder verleiding ervaart om 'eetbui-voedsel' te kopen.

Het bijhouden van het eetdagboek is van tijd tot tijd confronterend, zeker op dagen waarop Ellen vindt dat ze het niet goed genoeg doet. Ze bespreekt dit bij de diëtiste, en leert om met die momenten om te gaan. De behandeling boekt resultaten. Ellen ervaart veel minder controleverlies, en voelt zich minder angstig of schuldig rond eten. Ze structureert haar dag beter en leert vertrouwen op haar gevoel van honger en verzadiging om te beslissen

hoeveel ze eet. Ellen is bijzonder trots op haar vorderingen. Ze kan op een ontspannen manier omgaan met eten, en evolueert naar een stabiel gewicht net onder BMI 30.

Interesse in het draaiboek van Eetexpert? Ga naar www.draaiboeken.eetexpert.be/dietist. Je vindt er ook bijkomende tools ter ondersteuning van je praktijk zoals educatieve fiches voor patiënten, infofiches en praktische handvatten rond motivatietechnieken. Registreer je (gratis) als professional op www.eetexpert.be, schrijf je in op de nieuwsbrief, en blijf op de hoogte van alle nieuwe materialen.

BIBLIOGRAFIE

De volledige bibliografie op aanvraag te verkrijgen bij de redactie.