

HERKENNING EN AANPAK VAN OVERGEWICHT EN OBESITAS BIJ VOLWASSENEN

Draaiboek voor HUISARTSEN

Auteur: Laura Debray (vzw Eetexpert.be)

Projectcoördinatie: An Vandeputte (vzw Eetexpert.be)

Werkgroep: Dr. Annelies Colliers (Domus Medica), Prof. Dr. Paul De Cort (ICHO KUL), Dr. Danielle Grouwels (huisarts), Tim Németh (Axxon), Dr. Maura Sisk (huisarts), Dr. Dominique Thoelen (huisarts), Ragnar Van Acker (VIGeZ)

Dit draaiboek is een realisatie van:



Eetexpert.be vzw
Bergstraat 60
3220 Holsbeek
info@eetexpert.be
www.eetexpert.be



*Met steun van de Vlaamse Gemeenschap,
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*

2013

Inhoud

Hoofdstuk 1 – Inleiding en basisbegrippen	1
1.1 Werkwijze en opbouw	1
1.1.1 Doel.....	1
1.1.2 Klinische vragen.....	1
1.1.3 Wetenschappelijke onderbouw	2
1.1.4 Opbouw	2
1.2 Visie op de aanpak van overgewicht en obesitas.....	2
1.3 Rol van de huisarts	4
1.4 Wat is gezond?	5
1.4.1 Normaal gewicht en gezond gewicht	5
1.4.2 Consensus i.v.m. eetgedrag.....	6
1.4.3 Consensus i.v.m. beweggedrag	7
1.5 Wat is overgewicht en welke eetproblemen met overgewicht?	8
1.5.1 Overgewicht.....	8
1.5.2 Eetproblemen met overgewicht	9
1.6 Eet- en gewichtsproblemen in cijfers.....	12
1.6.1 Prevalentie van gewichtsproblemen	12
1.6.2 Prevalentie van eetstoornissen.....	12
Hoofdstuk 2 –Aanmeldingsklacht of hulpvraag	14
2.1 Instroom van overgewicht en obesitas in de huisartsenpraktijk	14
2.2 Verkenning van de hulpvraag.....	14
2.3 Verkenning van de motivatie	15
Hoofdstuk 3 – Anamnese en klinisch onderzoek	17
3.1 Bepaal het medisch risico.....	18
3.1.1 Bereken de BMI	18
3.1.2 Meet de buikomtrek	18
3.1.3 Inventariseer het cardiovasculair risico.....	19
3.1.4 Ga na of er sprake is van (risico op) diabetes mellitus	19
3.1.5 Cholesterol.....	19
3.1.6 Gewichtsgerelateerde comorbiditeiten	20
3.2 Verloop en voorgeschiedenis	20
3.3 Breng mogelijke oorzaken van het overgewicht in kaart.....	20

3.3.1	<i>Leefstijl</i>	20
3.3.2	<i>Medicatie</i>	21
3.3.3	<i>Lichamelijke oorzaken en gevolgen</i>	21
3.3.4	<i>Sociaal economische situatie</i>	22
3.4	Spoor eetstoornissen op	22
3.4.1	<i>Fysieke signalen</i>	23
3.4.2	<i>Eet- en beweeggedrag</i>	24
3.4.3	<i>Psychosociale signalen</i>	25
3.5	Inventariseer de impact van het overgewicht op de levenskwaliteit	25
3.6	Multidisciplinaire inventarisatie.....	26
3.6.1	<i>Bijdrage van de diëtist</i>	26
3.6.2	<i>Bijdrage van de psycholoog</i>	26
3.6.3	<i>Bijdrage van de bewegingsdeskundige/kinesist</i>	27
Hoofdstuk 4	– Inschatting ernst en indicatiestelling.....	28
4.1	Inschatting van de ernst	29
4.1.1	<i>Overzicht medisch risico</i>	29
4.1.2	<i>Inschatting gezondheidsrisico</i>	30
4.2	Indicatiestelling	31
4.2.1	<i>Intensiteit behandeling</i>	31
4.2.2	<i>Medicatie</i>	32
4.2.3	<i>Bariatrische chirurgie</i>	33
4.2.4	<i>Grenzen van ambulante behandeling</i>	34
Hoofdstuk 5	– Zorgaanbod.....	36
5.1	Feedback en psycho-educatie	36
5.2	Bevragen en uitbouwen van motivatie tot gedragsverandering	36
5.3	Individueel behandelplan: afgestemd op gezondheidsrisico en motivatiefase.....	39
5.3.1	<i>Visie: Focus op gezondheid i.p.v. gewicht</i>	39
5.3.2	<i>Doelstellingen</i>	40
5.4	Behandeling.....	42
5.4.1	<i>Behandeling van comorbiditeit, medische complicaties en psychiatrische problematiek</i> ...	42
5.4.2	<i>Opbouwen van een gezonde leefstijl</i>	43
5.4.3	<i>Bevorderen van psychosociaal functioneren en welbevinden</i>	43
5.5	Multidisciplinaire samenwerking	44
5.5.1	<i>Rol van de huisarts in een multidisciplinaire samenwerking</i>	45

5.5.2 Rol van de diëtist	45
5.5.3 Rol van de bewegingsdeskundige/kinesist	46
5.5.4 Rol van de psycholoog	46
5.5.5 Rol van de geneesheer specialist	47
5.5.6 Rol van de patiënt.....	47
5.6 Evaluatie van de behandeling	47
Referenties	49
Samenvatting.....	53
Bijlage 1: flowchart stappenplan.....	57
Bijlage 2: leidraad voor de anamnese	59
Bijlage 3: DSM-IV criteria van eetstoornissen	64
Bijlage 4: Diabetes Mellitus	65
Bijlage 5: Psycho-educatie.....	66
<i>Hoe ontstaat overgewicht/obesitas?</i>	66
<i>Gevolgen van overgewicht/obesitas</i>	66
<i>Gezonde leefstijl</i>	67
Bijlage 6: Evenwichtige voeding	68
Bijlage 7: Beoordeling Voedingspatroon op een Snelle Manier (BV-SM)	74
Bijlage 8: REAP instrument.....	81
Bijlage 9: Aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen	88

Als u dit draaiboek wil citeren, gebruik dan volgende verwijzing:

Eetexpert (2013). *Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Draaiboek voor huisartsen*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via [vzw Eetexpert.be](http://vzw.eetexpert.be)).

Hoofdstuk 1 – Inleiding en basisbegrippen

1.1 Werkwijze en opbouw

1.1.1 Doel

Dit draaiboek heeft tot doel huisartsen te ondersteunen bij de identificatie, diagnosestelling, risicostratificatie en behandeling van volwassenen¹ met overgewicht en obesitas. Doel is een praktijkgericht stappenplan te voorzien voor huisartsen dat gebaseerd is op gevalideerde richtlijnen en nieuwe wetenschappelijke inzichten.

1.1.2 Klinische vragen

Het uitgangspunt van het draaiboek is een antwoord bieden op de klinische vragen waarmee de huisarts dagdagelijks wordt geconfronteerd:

1. Welke rol heeft de huisarts in het zorgtraject van patiënten met overgewicht/obesitas?
2. Bij wie screenen naar het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico?
3. Hoe verloopt de verkenning van de hulpvraag?
4. Hoe motiveert men patiënten met overgewicht/obesitas?
5. Wat dient te worden bevraagd in anamnese? Welke klinische parameters moeten worden geïnventariseerd? Welke technische onderzoeken en labotesten aanvragen? Wat zijn mogelijke oorzaken en gevolgen van overgewicht/obesitas? Hoe een eetstoornis detecteren?
6. Welke andere disciplines moeten worden betrokken bij de inventarisatie van het gewichtsprobleem en welke rol hebben ze?
7. Hoe gebeurt de inschatting van de ernst en de indicatiestelling?
8. Welke feedback bij risico overgewicht geven? Welke leefstijladviezen geven?
9. Hoe wordt het individueel behandelplan opgesteld?
10. Hoe gebeurt de opvolging en behandeling?
11. Wanneer is multidisciplinaire samenwerking nodig? Welke disciplines moeten hierbij betrokken worden en welke rol hebben ze? Wanneer en naar wie doorverwijzen?
12. Hoe gebeurt de evaluatie van de behandeling? Welke parameters moeten bij de opvolging geregeld opnieuw bepaald worden en hoe vaak?

¹ De aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen valt buiten het bestek van dit draaiboek. In bijlage 9 wordt een overzicht gegeven van richtlijnen en materiaal voor de aanpak bij kinderen.

1.1.3 Wetenschappelijke onderbouw

De richtlijn “overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk” die Domus Medica in 2006 [1] ontwierp, diende als vertrekpunt om de bovenstaande klinische vragen te beantwoorden. Vervolgens werd systematisch gezocht naar meer recente relevante aanbevelingen in grote richtlijnzoekers (Guidelines International Network, National Guideline Clearinghouse). Hiervoor werden de zoektermen “obesity” en “overweight” gebruikt. De opbrengst resulteerde in 513 richtlijnen, die gescreend werden op taal (Nederlands, Engels, Frans), publicatiedatum (recenter dan 2006) en doelpopulatie (volwassenen met overgewicht en obesitas in de eerste lijn). Er bleven 16 richtlijnen over, die aan de hand van het AGREE-instrument [2] werden beoordeeld.

Op basis van deze methodiek werd de Franse richtlijn “surpoids et obésité de l’adulte: prise en charge médicale de premier recours” van de Haute Autorité de Santé (2011) weerhouden [3], evenals de Finse Duodecim EBM richtlijnen “assessment of an obese patient” en “treatment of obesity” [4, 5].

Recent werd in Canada door Northern Health (2012) een Position Statement gepubliceerd [6], waarin wordt gepleit voor een nieuwe aanpak van overgewicht. Deze vernieuwende visie vindt in onderzoek steeds meer draagvlak en wordt ook mee geïntegreerd in dit draaiboek.

1.1.4 Opbouw

Dit draaiboek voor huisartsen beoogt de vroegtijdige herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas. Het is opgebouwd vanuit het consultatiemodel voor huisartsen [7]. Het draaiboek sluit naadloos aan op het stappenplan voor de diëtist en psycholoog [8, 9], zodat een multidisciplinaire samenwerking gefaciliteerd wordt.

1.2 Visie op de aanpak van overgewicht en obesitas

- De aanpak van overgewicht en obesitas richt zich prioritair op leefstijlverandering (i.t.t. gewichtsreductie)
- Een aanpak en opvolging op lange termijn is noodzakelijk.
- Hulpverlening richt zich op preventie en behandeling van eet- en gewichtsproblemen tegelijk omdat deze nauw met elkaar verbonden zijn.
- Gewichtsproblemen vragen om een integrale aanpak vertrekkende vanuit het biopsychosociaal model. Verkenning van voeding, somatisch en psychosociaal functioneren is nodig.
- Zorgaanbod volgens het model van stepped-care: aanpak en doorverwijzing naargelang de ernst van de problematiek. Hiertoe is goede netwerkvorming per regio belangrijk.

Obesitas is een complexe, chronische en vaak progressieve aandoening die verschillende medische aandoeningen veroorzaakt. Een adequate aanpak van overgewicht en obesitas vereist gedragsveranderingen in leefstijl die vervolgens gehandhaafd moeten worden. Een aanpak en opvolging op **lange termijn** is dan ook noodzakelijk.

Ondanks het feit dat obesitas en eetstoornissen vaak als twee aparte domeinen benaderd werden, blijkt hoe langer hoe meer de nauwe band tussen overgewicht en eetstoornissen. Recent onderzoek wijst op de nood aan een geïntegreerde aanpak aangezien er een belangrijke overlap bestaat [10]. Personen met obesitas maken vaak gebruik van ongezonde methodes tot gewichtscontrole [11, 12], personen die vaak diëten hebben een veel grotere kans op het ontwikkelen van eetbuien [13] en een groot aandeel personen met boulimia nervosa had in de kindertijd overgewicht [14]. De preventieve acties voor obesitas mogen de prevalentie van eetstoornissen niet doen toenemen en vice versa. **Eetstoornissen en overgewicht (obesitas) zijn aan elkaar gekoppeld** 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 [6]. 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.

We pleiten ook voor een **integrale aanpak**. Te vaak zien we nog een opsplitsing tussen medische en psychosociale benadering. 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 lichamelijk 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. Daarom pleiten we voor een verkenning op drie vlakken: voeding (incl. eetgedrag), somatisch en psychosociaal functioneren. In de praktijk is een samenwerking tussen een medicus (huisarts, endocrinoloog), een diëtist, een bewegingsdeskundige/kinesist² en een psycholoog (psychiater, orthopedagoog) daarom aangewezen. De zorg voor eet- en gewichtsproblemen vraagt een multidisciplinaire samenwerking die continuïteit in zorg waarborgt. De huisarts is hierin een belangrijke schakel en heeft een coördinerende functie.

Goede kennis van 'normaal', 'gezond' of 'gewenst' gedrag is vereist voor men spreekt van eet- en gewichtsproblemen. 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 brede focus van de huisartspraktijk en de bijzondere mogelijkheden van de huisarts om letterlijk aan huis te komen, leunt aan bij deze visie.

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 kinesisten als bewegingsdeskundigen zijn, vermelden we voorlopig steeds beide groepen.

We pleiten verder voor betere samenwerking tussen bestaande diensten volgens een **stepped-care model** waarbij verschillende graden van specialisatie het zorgaanbod voor volwassenen met eet- en gewichtsproblemen kunnen invullen. Niet iedereen heeft iemand nodig die expert is in de problematiek. Hulpverleners in de eerste lijn moeten wel op tijd signalen herkennen wanneer doorverwijzing nodig is. Daardoor ontstaat een soort piramidemodel waarbij patiënten naargelang de ernst van hun problematiek kunnen worden doorverwezen naar gespecialiseerde hulp.

Verder pleiten we voor **een goede netwerkvorming per regio**.

1.3 Rol van de huisarts

Welke rol heeft de huisarts in het zorgtraject van patiënten met overgewicht/obesitas? (klinische vraag 1)

- De huisarts is de spilfiguur bij de detectie van overgewicht en obesitas.
- De huisarts zorgt voor een goede screening en medische opvolging.
- De huisarts heeft een coördinerende rol in de multidisciplinaire samenwerking en bewaakt de continuïteit van het zorgtraject.

De huisarts heeft reeds een vertrouwensrelatie met de patiënt opgebouwd en is vaak de eerste contactpersoon voor gezondheidsgerelateerde problemen. Bij de detectie van overgewicht en obesitas is de huisarts dan ook een spilfiguur. Verder is het eigen aan deze problematiek dat het lichamelijk functioneren in belangrijke mate verstoord kan zijn. Dit vereist dan ook bijzondere aandacht in het behandelplan. Er is een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Een goede (somatische) screening en medische opvolging door de huisarts is van cruciaal belang bij de behandeling.

Voor het inventariseren en het ontwikkelen van interventies op vlak van voeding en beweging is samenwerking met een diëtist of bewegingsdeskundige/kinesist soms aangewezen. Daarnaast dient ook het psychosociaal functioneren te worden geëvalueerd, met zo nodig een verwijzing naar een psycholoog met ervaring in eetstoornissen en obesitasproblematiek. De huisarts heeft in deze multidisciplinaire samenwerking een coördinerende rol en bewaakt eveneens de continuïteit van het zorgtraject.

1.4 Wat is gezond?

- Normaal gewicht: Bij een BMI tussen 18,5 en 25 spreekt men van een normaal gewicht.
- Gezond gewicht: Een normaal gewicht is niet per se gezond wanneer het op een risicovolle manier behaald wordt. Het is ook belangrijk om, naast het berekenen van de BMI, te screenen naar gewichtsgerelateerde risicofactoren. Opsporen van een onderliggend psychisch lijden, een functionele beperking, een eetstoornis,... zijn uitermate belangrijk om een gewichtsprobleem in een ruimer context te plaatsen.
- Adviezen rond evenwichtig eten en bewegen: In dit draaiboek, in het Vlaams voorlichtingsmodel 'De actieve voedingsdriehoek' [15] en in de Vlaamse consensustekst [16] wordt een overzicht gegeven van de aanbevelingen omtrent evenwichtige voeding en beweging per leeftijdsgroep.

Detecteren van (beginnend) probleemgedrag kan maar na vergelijking met het gezonde groeiproces rond eetgedrag en gewicht. Daarom geven we eerst informatie over gezond gewicht en evenwichtig eet- en beweggedrag. Daarna volgt een overzicht van eet- en gewichtsproblemen.

1.4.1 Normaal gewicht en gezond gewicht

Normaal gewicht

Kwantitatief is een gewicht normaal te noemen zolang het niet te sterk afwijkt van de verwachte normen met in achtneming van geslacht en leeftijd.

Om te beoordelen of een bepaald gewicht "normaal" is, moet het in verhouding staan tot de lengte. Deze verhouding wordt uitgedrukt in termen van "Body Mass Index" (BMI).

$$\text{BMI} = \text{gewicht (kg)} / (\text{lengte (m)} \times \text{lengte (m)}) = \dots \text{ kg/m}^2$$

Voor volwassenen (vanaf 18 jaar) hanteert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de volgende afkapwaarden³:

BMI < 16	extreem ondergewicht
BMI 16 – 18,5	ondergewicht
BMI 18,5 – 25	normaal gewicht
BMI 25 – 30	overgewicht
BMI ≥ 30	obesitas

³ Deze volwassen grenswaarden mogen niet worden toegepast voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar. Bij kinderen en jongeren moet men gebruik maken van leeftijds- en geslachtsspecifieke referentiecurven van de BMI [55].

We moeten er wel rekening mee houden dat verschillende factoren het gewicht kunnen beïnvloeden, zoals botstructuur en spiermassa, zodat een relatief hoge BMI niet automatisch betekent dat men te zwaar zou zijn. Anderzijds is een eerder tengere lichaamsbouw door aanleg mogelijk, waardoor een lage BMI niet automatisch problematisch ondergewicht betekent. Een BMI geeft ook geen aanduiding over het vetgehalte of de vetverdeling.

Men spreekt van een normaal gewicht bij een BMI tussen 18,5 en 25.

Gezond gewicht

Een normaal gewicht is echter niet per definitie gezond wanneer het op een risicovolle manier behaald wordt. Het is ook belangrijk om, naast het berekenen van de BMI, te screenen naar gewichtsgerelateerde risicofactoren. Opsporen van een onderliggend psychisch lijden, een functionele beperking, een eetstoornis,... zijn uitermate belangrijk om een gewichtsprobleem in een ruimer context te plaatsen.

1.4.2 Consensus i.v.m. eetgedrag

Recent werd in Vlaanderen een consensustekst [16] opgesteld ten behoeve van zorgverstrekkers in verband met voeding, beweging en sedentair gedrag, mede op basis van de Vlaamse actieve voedingsdriehoek [17]. Deze tekst brengt de diversiteit aan aanbevelingen samen en geeft aan wat gezonde voeding en beweging is voor elke leeftijdscategorie.

In Vlaanderen wordt uitgegaan van de 'actieve voedingsdriehoek' [17] als basis voor gezonde voeding en beweging. Daarbij worden drie basisprincipes van evenwichtig eten gehanteerd: men moet dagelijks in de juiste verhouding eten uit groepen van de actieve voedingsdriehoek (evenwicht), het is belangrijk om te variëren tussen de verschillende voedingsmiddelen binnen elke groep (variatie), en men respecteert bij voorkeur de aanbevolen hoeveelheden binnen elke groep voedingsmiddelen (matigheid).

Er bestaat volgende consensus op vlak van evenwichtige voeding [16]:

- Een **volwassene** (18-60 jaar) met lichte activiteit heeft dagelijks tussen de 2000 en 2500 kcal nodig. Men streeft naar een evenwichtige en gevarieerde voeding waarbij de 'actieve voedingsdriehoek' aanwijzingen geeft over de verhouding van voedingsmiddelen. Dezelfde voedingsaanbevelingen blijven gelden voor zwangere vrouwen, met uitzondering van een aantal te mijden producten. Vrouwen die borstvoeding geven, hebben nood aan 400 à 500 kcal extra per dag.
- Bij **ouderen** (60-75 jaar) vermindert geleidelijk de energiebehoefte tot 2000 kcal voor mannen vanaf 75 jaar en 1850 kcal voor vrouwen vanaf 65 jaar. Ouderen blijven minstens evenveel eiwitten, vitaminen, mineralen en voedingsvezels nodig hebben als jongere volwassenen. Met inachtname van de gezondheidstoestand van de oudere, is het belangrijk om voldoende te drinken en voldoende melkproducten in te nemen.

- Bij de **oudste ouderen** (> 75 jaar) moet vooral de ondervoeding worden tegengegaan. Het voorkomen van gewichtsverlies is heel belangrijk bij deze leeftijdsgroep.

Zie bijlage 6 voor meer informatie over evenwichtige voeding.

1.4.3 Consensus i.v.m. beweeggedrag

Er kan sprake zijn van te veel of te weinig bewegen. Voorbeelden van matige fysieke activiteit zijn stevig doorstappen, zwemmen, fietsen aan 15 km/u, trap aflopen en tafeltennis. Bij intense fysieke activiteit gaat de ademhaling veel sneller en dieper, waardoor een vlotte conversatie moeilijk wordt en men begint te zweten. Voorbeelden van intense fysieke activiteit zijn joggen, klimmen, tennis, wielrennen, fietsen vanaf 20 tot 25 km/u, gevechtssporten en basketbal. Elke vorm van lichaamsbeweging waarbij het lichaam met zijn eigen gewicht belast wordt, draagt bij aan de stevigheid van de botten (bijv. wandelen, springen, traplopen). Voorbeelden van spierversterkende oefeningen zijn buikspieroefeningen (bijv. sit-ups) of armspieroefeningen (bijv. push-ups) [16, 17].

De consensus in verband met beweeggedrag [16] luidt als volgt:

- **Volwassenen** (18-65 jaar) moeten minstens 5 dagen per week en bij voorkeur dagelijks minstens een half uur matig fysiek actief zijn. Bovendien moeten ze minstens twee maal per week specifieke activiteiten uitoefenen om de botkwaliteit en spiersterkte te verbeteren. Voor volwassenen die intens fysiek actief zijn, volstaat minstens drie maal per week 20 minuten activiteiten met hoge intensiteit. Tijdens de zwangerschap blijven deze aanbevelingen geldig, maar afgestemd op de mogelijkheden en de sportprestaties van voor de zwangerschap.
- **Ouderen** (> 65 jaar) moeten minstens 5 dagen per week en bij voorkeur dagelijks minstens een half uur matig fysiek actief zijn en bovendien minstens twee maal per week specifieke activiteiten uitoefenen om de botkwaliteit en spiersterkte te verbeteren. Voor ouderen die intens fysiek actief zijn, volstaat minstens driemaal per week 20 minuten activiteiten met hoge intensiteit. De intensiteit van de activiteit wordt bepaald volgens het subjectief aanvoelen, rekening houdend met functionele beperkingen. Om het risico van vallen te verminderen, worden evenwichtsoefeningen en spierversterkende weerstandsoefeningen aanbevolen.

Sedentair gedrag betekent een teveel aan zittende bezigheid. Personen kunnen voldoende fysiek actief zijn volgens de aanbevelingen voor beweeggedrag, maar toch te veel sedentair gedrag of zittende bezigheid vertonen. De consensus over sedentair gedrag [16] luidt als volgt:

- **Volwassenen en ouderen** (> 18 jaar) moeten hun sedentaire tijd beperken. Er wordt bovendien aanbevolen om langdurig zitten te vermijden of regelmatig te onderbreken met lichte fysieke activiteit. Bij ouderen is dit extra belangrijk voor de preventie van spierafbraak.

1.5 Wat is overgewicht en welke eetproblemen met overgewicht?

- Men spreekt van overgewicht bij een BMI tussen 25 en 30, van obesitas bij een BMI vanaf 30.
- Screening bij overgewicht moet ook screenen op eetstoornissen gezien de belangrijke overlap.

In dit hoofdstuk beschrijven we wat (over)gewichtsproblemen zijn, maar we gaan tevens verder. Nieuwe inzichten beschrijven hoe eet- en gewichtsproblemen aan elkaar gekoppeld zijn. Een onevenwichtig eet- en beweegpatroon kan leiden tot overgewicht. Overgewicht kan daarom steeds wijzen op een onderliggend eetprobleem. Maar ook bij een normaal gewicht kan er sprake zijn van een (beginnend) eetprobleem. Anderzijds kan er ook sprake zijn van een gewichtsprobleem, zonder dat er sprake is van een eetstoornis. Men kan door aanleg zwaar gebouwd zijn, maar verder lichamelijk en psychisch gezond zijn. Het is dus belangrijk dat de huisarts zich niet enkel baseert op het gewicht of BMI bij de detectie van gewichtsgerelateerde problemen.

1.5.1 Overgewicht

Men spreekt van overgewicht bij een BMI tussen 25 en 30, van obesitas bij een BMI vanaf 30. Obesitas wordt verder in verschillende subniveaus opgedeeld:

BMI 30 – 35	obesitas klasse 1
BMI 35 – 40	obesitas klasse 2
BMI \geq 40	klasse 3, morbide obesitas

Afwijkingen van het normale gewicht kunnen een gevolg zijn van een verstoord eet- en beweegpatroon.

Een onevenwichtige balans tussen opname en verbruik van energie vormt de primaire oorzaak van overgewicht/obesitas. De overmaat aan energie wordt dan grotendeels omgezet in vetweefsel. Psychologische of sociale factoren maar ook genetische aanleg, kunnen aan de basis liggen van overmatige energie-opname. Uit onderzoeken bij tweelingen weet men dat er een erfelijke aanleg bestaat, maar dat eetgewoonten een ingrijpende rol spelen. Onze aanleg is verantwoordelijk voor de mate waarin we verdikken, maar onze eetgewoonten zijn verantwoordelijk voor het feit of we al dan niet dikker worden.

Overgewicht/obesitas alleen aan eetgewoonten toeschrijven zou echter een grove veralgemening zijn. Net zoals we niet alles kunnen uitleggen met een gebrek aan beweging. Men onderstreept het belang van heel wat tussenliggende factoren die tot overeten kunnen leiden. Er zijn de psychologische factoren, zoals een laag zelfbeeld en beperkte copingvaardigheden, naast het opvoedings- en leerproces op vlak van eten. Voor sommigen

heeft voeding een bijzondere aantrekkingskracht: zij eten in reactie op zintuiglijke prikkels (extern eetgedrag). Anderen eten in emotionele situaties: als ze ongerust, bezorgd, geïrriteerd of gespannen zijn (emotioneel eetgedrag). Slaapdeprivatie, medicatie, hormonale stoornissen, genetische afwijkingen, refluxoesofagitis, motorische beperkingen,... kunnen stuk voor stuk een rol spelen bij gewichtstoename.

1.5.2 Eetproblemen met overgewicht

In de totale groep obese personen wordt geschat dat een derde een ernstig eetprobleem heeft (overeten, eetbuien). Er bestaat een belangrijke overlap tussen obesitas en eetstoornissen. Enerzijds maken personen met obesitas vaak gebruik van ongezonde methodes tot gewichtscontrole. Anderzijds ontwikkelen personen met een eetbuistoornis vroeger en ernstiger obesitas [11, 12, 18] . We bespreken daarom in dit hoofdstuk ook de verschillende eetstoornissen die aan bod kunnen komen bij overgewicht en obesitas.

In principe kan gesproken worden van een eetstoornis wanneer men in gedachten en gedrag voortdurend bezig is met wat men eet, met het eigen gewicht of lichamelijk voorkomen. Het afwijkend eetgedrag is wel het meest opvallende kenmerk (hoewel niet steeds observeerbaar), maar mag geen gevolg zijn van een lichamelijke aandoening of psychose.

De typische eetstoornissen (volgens DSM-IV; zie bijlage 3) zijn anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis. Als men niet voldoet aan alle diagnostische kenmerken van de beschreven eetstoornis is er sprake van een atypische eetstoornis. Een persoon kan in de loop van de tijd evolueren van het ene naar een ander type eetstoornis, maar de basisproblematiek blijft dezelfde ook al veranderen de uiterlijke kenmerken. Eetstoornissen moeten dan ook als een samenhangend geheel worden beschouwd: we spreken daarom van een spectrum van eetstoornissen.

Tabel 1: Eetstoornissen

<i>Typische eetstoornissen</i>	<i>Atypische eetstoornissen</i>
Anorexia nervosa	Varianten van typische eetstoornissen
Boulimia nervosa	Eetprobleem gekoppeld aan somatische problemen
Eetbuistoornis	Eetprobleem gekoppeld aan psychiatrische problemen

Tabel 2: Overeenkomsten en verschillen van eetstoornissen

<i>Overeenkomsten</i>	Negatief lichaamsbeeld Slankheidswens & lijngedrag Veel bezig met eten, gewicht of uiterlijk		
	Anorexia nervosa	Boulimia nervosa	Eetbuistoornis
<i>Verschillen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ondergewicht • Aanhoudend lijnen of braken/laxeren • Eetbuien mogelijk 	<ul style="list-style-type: none"> • Normaal gewicht • Periodes van lijnen, braken, laxeren • Vooral eetbuien 	<ul style="list-style-type: none"> • Meestal overgewicht • Weinig/geen lijnen, braken, laxeren • Vooral eetbuien

Lijnen = beperkte voedselinname, selectief eten (caloriearm), fysieke inspanningen (sporten, joggen, oefenen)

Boulimia nervosa

De kern van boulimia nervosa zou men kunnen omschrijven als een compromis tussen een oncontroleerbare eetdrang en de overheersende wens om slank te blijven. Tijdens de eetbui worden grote hoeveelheden verorberd en hebben patiënten het gevoel dat ze de controle over hun eetgedrag kwijt zijn. Ze kunnen niet meer stoppen met eten. Meestal gaat het om voedsel (zoet en vet) dat ze zich buiten de eetbuien niet toestaan. Het aantal en de duur van een eetbui variëren sterk. Eetbuien kunnen plots opkomen maar ook van tevoren gepland zijn. Zo kan men gedurende de dag nauwelijks iets eten (een soort anorectische reactie) om zich 's avonds over te geven aan een eetbui. Dit gebeurt bijna steeds als men alleen is; een eetbui is dus een verborgen probleem, dat men zo lang en goed mogelijk geheim wil houden.

Vele eetbuien treden op in reactie op emotionele situaties: neerslachtigheid, eenzaamheid, boosheid. Een eetbui kan ook ontstaan wanneer men het gevoel heeft 'over de schreef' te zijn gegaan, omdat men meer gegeten heeft dan men zichzelf had toegestaan. Men voelt zich dan 'gefaald' en daarop 'laat men zich gaan'. Na de eetbui voelt men zich misselijk, onbehaaglijk en krijgt men schuldgevoelens. De angst in gewicht toe te nemen is sterk zodat de meesten zich zo snel mogelijk van het opgenomen voedsel willen ontdoen door te braken, laxeren, vasten, sporten, enz.; dit noemen we de compensatiereacties.

Net als de anorexiapatiënten zijn boulimiapatiënten geobsedeerd door voedsel, gewicht en lichaamsomvang. De meesten vertonen wel gewichtsschommelingen, maar binnen normale grenzen. Zakt het gewicht te sterk (beneden BMI 18) dan slaat de diagnose om in anorexia nervosa van het gemengde type; lukt het compensatiegedrag onvoldoende dan zal het gewicht juist stijgen en kan overgewicht ontstaan; in dat geval kan er een overlap bestaan met de eetbuistoornis.

Eetbuistoornis

Deze groep eetstoornissen (ook bekend als 'binge eating disorder') vertoont enige overlapping met boulimia nervosa. Zij hebben alle kenmerken van boulimia nervosa wat de eetbuien betreft, maar passen niet de gewichtscorrigerende compensatiereacties toe (of houden dit niet vol) zodat hun gewicht onvermijdelijk gaat stijgen. Deze patiënten zouden wel slanker willen zijn, maar hebben het opgegeven of houden hun lijnpogingen niet lang vol. De eetbuistoornis gaat dan ook vaak gepaard met overgewicht.

Atypische eetstoornissen

Eerst gaat het om eetstoornissen die niet helemaal passen in voorgaande categorie. Daarnaast kunnen eetstoornissen optreden in samenhang met somatische en psychiatrische problematiek.

Varianten van typische eetstoornissen

Tot de atypische eetstoornissen behoren allerlei varianten die niet geheel voldoen aan de diagnostische kenmerken van boulimia nervosa of eetbuistoornis. Het klinische beeld hoeft

echter niet minder ernstig te zijn. In een aantal gevallen kan het zich ontwikkelen tot het volledig beeld van de eetstoornis.

Gekoppeld aan somatische problemen

Allerlei lichamelijke aandoeningen kunnen samengaan met eetgestoord gedrag. Uiteraard is een goed medisch onderzoek steeds aangewezen, maar het feit dat er een somatische afwijking gevonden wordt betekent nog niet dat er geen psychische factoren kunnen meespelen en dat een eetstoornis verborgen kan zijn achter de lichamelijke aandoening. Belangrijk is te letten op de beleving van de persoon: in hoeverre minimaliseert of dramatiseert hij/zij de eetproblemen?

Gekoppeld aan psychiatrische problemen⁴

Verstoord eetgedrag komt bij diverse psychiatrische problemen voor. Vaak wordt er te weinig aandacht aan geschonken omdat men het een bijkomstig probleem acht en slechts als een 'secundair symptoom' beschouwt. Toch kan het uit de hand lopen en tot een 'echte' eetstoornis ontwikkelen. Bovendien mag men niet vergeten dat heel wat eetstoornissen een comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen kunnen hebben. Bij de aanpak zal hiermee rekening gehouden moeten worden.

⁴ Enkele voorbeelden :

- In het kader van een psychose kunnen er eetproblemen optreden hetzij gekoppeld aan abnormale preoccupaties (bijv. gestoorde lichaamsbeleving), hetzij ten gevolge van wanen (bijv. overtuiging vergiftigd te worden).
- Misbruik van genotsmiddelen (alcohol, drugs) kan gepaard gaan met gestoorde voedselinname. Alcoholmisbruik kan tot voedingstekorten leiden maar kan ook een compensatie zijn van eetbuien: de eetdrang onderdrukken door drinken. Heel wat stimulerende drugs (amfetamines, ecstasy, cocaine) kunnen de eetlust onderdrukken en zo gebruikt worden als middel tot gewichtscontrole.
- Bekend zijn de verstoorde eetlust bij stemmingsstoornissen. Meestal denkt men aan de verminderde eetlust bij depressie, die dan zelfs met aanzienlijke vermagering gepaard kan gaan. Maar ook teveel eten kan een symptoom van depressie zijn en bijdragen tot overgewicht.
- Bij angststoornissen kan zowel verminderde als vermeerderde voedselinname optreden. Het kan dan gaan om een spanningsverschijnsel, maar kan ook te maken hebben met bepaalde obsessies of vermijdingsgedrag (bijv. bang in gezelschap te eten).
- Nachtelijk eten kan voorkomen zonder dat er volledig ontwaken optreedt, waardoor men 's morgens geen of weinig herinnering meer heeft aan het nachtelijk gebeuren; het gaat wellicht om een slaapstoornis van het type slaapwandelen.
- Ten slotte mag niet worden vergeten dat psychofarmaca een invloed kunnen hebben op eetlust en stofwisseling. De meer kalmerende middelen (tranquilizers) kunnen de eetlust vergroten, terwijl het omgekeerde kan voorkomen bij de meer stimulerende middelen (sommige antidepressiva, rilatine). Van antipsychotica is ook bekend dat ze de stofwisseling kunnen verstoren en sterke gewichtstoename kunnen veroorzaken.

1.6 Eet- en gewichtsproblemen in cijfers

1.6.1 Prevalentie van gewichtsproblemen

In 2008 werd in België de vierde nationale gezondheidsenquête⁵ georganiseerd [19].

Tabel 3: Metingen van Body Mass Index bij de Belgische volwassenen

	1997	2001	2004	2008
Overgewicht (BMI \geq 25)	41%	44%	44%	47%
Zwaarlijvigheid (BMI \geq 30)	11%	12%	13%	14%
Ondergewicht (BMI < 18,5)	4%	4%	3%	3%

In vergelijking met de drie vorige gezondheidsenquêtes (1997, 2001 en 2004) is zowel de gemiddelde BMI als het percentage overgewicht bij volwassenen gestegen sinds 1997. Met een gemiddelde BMI van 25,3 is de doorsnee volwassene (18 jaar en ouder) te dik. De gemiddelde BMI stijgt met de leeftijd en dit tot 65 jaar, om daarna terug af te nemen. Bij niet minder dan 47% is het gewicht te hoog: 33% valt in de categorie overgewicht, terwijl 14% van de volwassen bevolking als zwaarlijvig omschreven kan worden. Meer mannen (54%) dan vrouwen (40%) hebben te kampen met overgewicht; voor obesitas zijn er geen verschillen tussen de geslachten. Ronduit verontrustend is dat vanaf de leeftijdsgroep 45 tot 54 jaar al meer dan de helft van de volwassenen een overgewicht heeft en dat in de leeftijdsgroep 55 tot 65 jaar één persoon op vijf te maken heeft met zwaarlijvigheid.

Aan de andere kant van het spectrum kan worden vastgesteld dat 3% van de volwassen bevolking te mager is. Dit komt vooral voor bij de vrouwelijke populatie (4,4%), de jongste leeftijdsgroepen (18-34 jaar) en in stedelijke gebieden [20].

1.6.2 Prevalentie van eetstoornissen

Eetstoornissen kunnen op elke leeftijd voorkomen, maar ontstaan het vaakst in de adolescentie.

- Anorexia nervosa treedt meestal voor het eerst op tussen de leeftijd van 14 en 20 jaar; de laatste jaren stelt men echter vast dat magerzucht op steeds jongere leeftijd kan beginnen, reeds voor de puberteit.
- Boulimia nervosa ontstaat in het algemeen op iets latere leeftijd dan anorexia nervosa, meestal tussen 16 en 25 jaar.
- De eetbuistoornis volgt het patroon van boulimia nervosa, maar kan ook al voor de puberteit beginnen.

⁵ De enquête gebeurde bij 11.250 Belgen en had betrekking op vier grote domeinen : (1) gezondheidstoestand, (2) leefstijl en preventie, (3) medische consumptie, en (4) gezondheid en samenleving. Wanneer men gezondheid door middel van een enquête wil meten, moet men er zich steeds van vergewissen dat de verkregen informatie afkomstig is van de betrokkene zelf, waardoor dit subjectief gekleurd is. Het ervaren gezondheidsgevoel speelt daarbij altijd een rol. Binnen deze beperking gaat het zowel om vragen die betrekking hebben op objectieve gegevens (zoals lengte en gewicht) als om vragen die meer subjectieve concepten betrekken (zoals een vraag over de tevredenheid over de eigen gezondheidstoestand).

Eetstoornissen worden overwegend gezien bij meisjes en vrouwen in de welvarende geïndustrialiseerde landen. In tabel 4 staat een overzicht van onderzoeksgegevens in Europa. Het gaat om het percentage van mensen in de bevolking die in hun leven een eetstoornis hebben gehad, de zogenaamde 'lifetime prevalence' [21, 22].

Tabel 4: Voorkomen (percentage) van eetstoornissen in de bevolking

	<i>Totale bevolking</i>			<i>Vrouwen</i>		
	Europa	België	Nederland	Europa	België	Nederland
Anorexia nervosa	0.48	0.96	0.37	0.93	1.84	0.78
Boulimia nervosa	0.51	1.06	0.90	0.88	1.88	0.87
Eetbuistoornis	1.12	1.40	1.13	1.92	2.18	1.50
Eetbuien allerlei	2.15	2.62	1.68	3.03	3.40	2.48
Elke eetstoornis	2.51	3.54	1.87	3.73	5.16	2.89

De lifetime prevalentie van alle eetstoornissen samen bedraagt in België 3.54%. De prevalentie ligt drie tot acht keer hoger voor vrouwen dan voor mannen. Het aantal mannen met een eetstoornis blijkt erg klein voor de drie officiële diagnoses van eetstoornis; alleen voor eetbuien komt een duidelijk cijfer naar voor: 1.2%. Wat de cijfers voor vrouwen betreft, moet men ermee rekening houden dat het percentage slaat op de totale bevolking boven 18 jaar (dus ook bejaarden). Beperkt men de gegevens tot de leeftijdsgroep 18-29 jaar dan kan men de cijfers ongeveer verdubbelen. Houden we hiermee rekening, zeker gezien eetstoornissen nog meer voorkomen in de leeftijdsgroep 10-20 jaar, dan komen we ruwweg tot volgende schatting van eetstoornissen bij Belgische vrouwen tussen 10 en 30 jaar: 3.7% anorexia nervosa, 3.8% boulimia nervosa, 4.4% eetbuistoornis, 6.8% allerlei eetbuien. In totaal (gelijk welke eetstoornis) komen we op een prevalentie van 10.3%. Dit betekent dat in ons land een op de tien vrouwen ooit tussen 10 en 30 jaar een eetstoornis kan ontwikkelen.

België komt globaal in het onderzoek op de tweede plaats na Frankrijk en vertoont opvallend hogere cijfers dan Nederland. Dit is een nieuw gegeven want bij gebrek aan onderzoek in België ging men er vroeger vanuit dat we de epidemiologische cijfers uit Nederland voor ons land konden overnemen.

Andere belangrijke bevindingen uit dit onderzoek hebben betrekking op comorbiditeit en behandeling. Eetstoornissen gaan vaak gepaard met andere psychiatrische aandoeningen, met name angst- en stemmingsstoornissen. In het geval van anorexia nervosa is dit 42.1%, bij boulimia nervosa 69.4% en bij eetbuistoornis 62.2%. Opvallend laag in dit Europese onderzoek is het aantal personen die professionele hulp zochten: 35% bij anorexia nervosa, 48% bij boulimia nervosa en 30% bij de overige eetstoornissen.

Hoofdstuk 2 –Aanmeldingsklacht of hulpvraag

2.1 Instroom van overgewicht en obesitas in de huisartsenpraktijk

Bij wie screenen naar het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico? (klinische vraag 2)

- Patiënten met eigen hulpvraag rondom gewichtsbeheersing.
- Patiënten met aan overgewicht en obesitas gerelateerde risicofactoren en comorbiditeit.
- Preventieve attitude van de huisarts: routinematig gezondheidsonderzoek of huisarts ziet aanleiding om gewicht bespreekbaar te maken.

Patiënten met overgewicht en obesitas kunnen rechtstreeks bij de huisarts terecht komen of voor een vervolgtraject na verwijzing. Doorverwijzing kan gebeuren via de bedrijfsarts (preventieve dienst), een psycholoog of diëtist (eerste lijn) of na een poliklinisch traject bij obesitas (tweede lijn). Tijdens een consultatie kan overgewicht een klacht zijn van de patiënt of kan de huisarts dit onderwerp aansnijden vanuit een preventieve attitude. Het is aangewezen om specifieke aandacht te hebben voor gewichtsproblemen bij patiënten tussen 25 en 34 jaar en kansarme patiënten [3]. Ook via het preventieconsult van de huisarts kan het thema overgewicht aan bod komen.

Het is aangewezen dat de huisarts het gezondheidsrisico bepaalt bij [23, 24]:

- Patiënten die bij de huisarts komen met een hulpvraag rondom gewichtsbeheersing
- Patiënten die bij de huisarts komen met aan overgewicht en obesitas gerelateerde risicofactoren en comorbiditeit
- Patiënten die bij de huisarts komen voor een niet-gerelateerde klacht, maar waarbij de huisarts aanleiding ziet het gewicht bespreekbaar te maken
- Patiënten die komen voor een routinematig gezondheidsonderzoek (vb. preventieconsult)

2.2 Verkenning van de hulpvraag

Hoe verloopt de verkenning van de hulpvraag? (klinische vraag 3)

- De huisarts oriënteert de klacht in functie van het ICE-principe.
- De huisarts heeft aandacht voor klachten die rechtstreeks of onrechtstreeks verwijzen naar een mogelijk eet- of gewichtsprobleem.

De eerste stap in de consultatie bestaat uit een verkenning van de aanmelding. Met welke vraag komt de patiënt naar de huisarts? Er kan sprake zijn van een directe hulpvraag van patiënt in verband met eten of gewicht. Anderzijds kunnen patiënten ook een indirecte of geen hulpvraag hebben voor deze thema's.

De huisarts oriënteert de klacht in functie van het ICE-principe, waarbij wordt gepeild naar de ideeën, de beleving en verwachtingen van de patiënt over het gewichtsprobleem [7].

Klachten die rechtstreeks of onrechtstreeks verwijzen naar een mogelijk eet- of gewichtsprobleem zijn onder andere:

Rechtstreeks	Onrechtstreeks
Klachten rond gewicht en/of groei: <ul style="list-style-type: none"> • te dik • te dun • te klein • te groot 	Lichamelijke klachten: o.a. <ul style="list-style-type: none"> • maagdarmklachten • cardiovasculaire problemen • gynaecologische problemen • moeheid • hoofdpijn • duizeligheid • kortademigheid • verminderde mobiliteit
Klachten rond voeding en eetgedrag: <ul style="list-style-type: none"> • te weinig • te veel • te frequent • te selectief • te langzaam 	Gedragsmatige of psychologische problemen (verstoord welbevinden): <ul style="list-style-type: none"> • problemen op school/werk • moeilijkheden bij sportprestaties • depressieve stemming • concentratieproblemen • angst • stress • frustratie • negatief zelfbeeld • psychiatrische aandoening
Klachten rond beweging en/of sedentair gedrag <ul style="list-style-type: none"> • te veel bewegen • te weinig bewegen 	

2.3 Verkenning van de motivatie

Hoe motiveert men patiënten met overgewicht/obesitas (eerste consultatie)? (klinische vraag 4)

- Hanteer een niet beschuldigende, respectvolle en empathische houding.
- Focus in deze fase nog niet op gedragsverandering.
- Ga de bereidheid van de patiënt na om het thema te bespreken en de problematiek in kaart te brengen via een anamnese en klinisch onderzoek.
- Exploreer zo nodig mogelijke hindernissen die de patiënt ervaart.
- Laat het onderwerp zo nodig rusten tot een vervolgsconsult.

Wanneer de patiënt zelf een vraag formuleert rond eten, bewegen en/of gewicht of wanneer de patiënt bij de huisarts komt na een ander traject rond deze thema's, kan na een goede exploratie van de hulpvraag gestart worden met een anamnese en klinisch onderzoek.

Wanneer de patiënt echter geen hulpvraag formuleert rond deze thema's, maar de huisarts een probleem erkent of vermoedt, brengt de huisarts het onderwerp ter sprake via korte interventies. Maak de overgang via normale thema's en open empathische vragen [25, 26]:

- Gewicht:
 - Wat vindt u zelf van uw huidig gewicht? Heeft u daar vragen bij?
 - Maakt u zich zorgen over uw gewicht?
 - Hoe belangrijk is uw gewicht voor u?
 - Hebt u al eens nagedacht om er iets aan te doen?
 - Hebt u tot nu toe al eens iets ondernomen om uw leefstijl te veranderen? Zo ja, wat? Wat was uw ervaring hiermee? Wat waren succesfactoren, wat waren knelpunten?
- Welbevinden:
 - Hoe gaat het met u? Op het werk? Thuis?
 - Wat doet u in uw vrije tijd?
 - Heeft u tijd om af en toe eens te bewegen als ontspanning?

Het is belangrijk om een niet beschuldigende en respectvolle houding aan te nemen [27, 25]. Patiënten zijn zich meestal bewust van het feit dat overgewicht ernstige gevolgen kan hebben voor de gezondheid en hebben vaak al verschillende pogingen ondernomen om af te vallen. Erken de complexiteit van de problematiek.

De huisarts gaat de bereidheid van de patiënt na om dit thema te bespreken. Tips voor wanneer de patiënt niet bereid is om deze signalen verder te exploreren aan de hand van een anamnese of klinisch onderzoek:

- Ga na waarom de patiënt niet bereid is dit thema te bespreken en neem hierbij een empathische luisterhouding aan. Mogelijke oorzaken zijn een gebrek aan ziektebesef, vroegere negatieve (faal-)ervaringen.
- Val de opvattingen van de patiënt niet aan maar onderzoek ze vragenderwijs en mobiliseer de patiënt om de eigen verantwoordelijkheid te ontwikkelen. Vermijd discussie.
- Geef correcte informatie en duiding over de risico's op korte en lange termijn, maar enkel als de patiënt hiernaar vraagt.
- Het is af te raden om aan te dringen, te snel adviezen te geven, te preken of een autoritaire expertrol aan te nemen.

Bij een negatieve respons kan de huisarts het even laten rusten. De verkenning van overgewicht en obesitas is voor veel patiënten confronterend, waardoor ze vaak tijd nodig hebben om hierin mee te stappen. Er kunnen meerdere consulten nodig zijn om de patiënt bereid te vinden om het thema te exploreren en in kaart te brengen. In deze fase is het daarom belangrijk nog niet te focussen op gedragsverandering. Een eerste stap is het in kaart brengen van de problematiek.

Hoofdstuk 3 – Anamnese en klinisch onderzoek

Hoe een inschatting maken van het gezondheidsrisico? Wat dient te worden bevraagd in de anamnese? Welke klinische parameters dienen te worden geïnventariseerd? Welke technische onderzoeken en labotesten aanvragen? Wat zijn mogelijke oorzaken en gevolgen van overgewicht/obesitas? Hoe een eetstoornis detecteren? (klinische vraag 5)

1/ Bepaal het medisch risico

- Bereken de BMI.
- Meet de buikomtrek.
- Inventariseer het cardiovasculair risico.
- Ga na of er sprake is van (risico op) diabetes mellitus.
- In geval van obesitas of cardiovasculair risico: bepaal cholesterolwaarden.
- Ga na of er sprake is van gewichtsgerelateerde comorbide aandoeningen.

2/ Inventariseer de voorgeschiedenis, familiale belasting en het gewichtsverloop

3/ Breng mogelijke oorzaken van het overgewicht in kaart

- Leefstijl
- Medicatie
- Lichamelijke oorzaken en gevolgen
- Sociaal economische situatie

4/ Spoor eetstoornissen op

5/ Inventariseer de impact van het overgewicht op de levenskwaliteit

Doel van deze verkenningsfase is op korte tijd gerichte informatie te verzamelen om in de evaluatiefase (hoofdstuk 4) tot een goede diagnose en inschatting van de ernst te komen. Middelen hiertoe zijn anamnese en klinisch onderzoek.

Ongeacht de aard van de aanmelding, hoort een exploratie in de breedte. Dit past ook bij de eerstelijnsrol van de huisarts. De bedoeling is te onderzoeken of er een objectief probleem is en dit te inventariseren [28, 29]. Ook is het belangrijk zicht te krijgen op welke factoren ervoor gezorgd hebben dat het gewicht toenam en nog verder zou toenemen. Dit geeft indicaties voor het behandelplan.

Heel wat gegevens die geïnventariseerd dienen te worden zijn reeds aanwezig in het Globaal Medisch Dossier (GMD) van de patiënt. Denk maar aan het gewichtsverloop in de tijd, de medische voorgeschiedenis, het medicatiegebruik van de patiënt en de familiale belasting.

3.1 Bepaal het medisch risico

Aangezien sommige geassocieerde risicofactoren of aandoeningen zeer sterk het risico op vroegtijdige sterfte en ziekte verhogen is het belangrijk deze in kaart te brengen en de intensiteit van de behandeling hierop af te stemmen [30, 24].

3.1.1 Bereken de BMI

Om te beoordelen of een bepaald gewicht normaal is, moet het in verhouding staan tot de lengte. Deze verhouding wordt uitgedrukt in termen van "Body Mass Index" (BMI, zie 1.4.1 Normaal gewicht en gezond gewicht).

Het is zinvol om patiënten regelmatig te wegen. Het berekenen van de BMI zou bij alle patiënten moeten gebeuren op een eerste consultatie, onafhankelijk van de hulpvraag. De huisarts zou vervolgens de evolutie van het gewicht moeten opvolgen en registreren in het medisch dossier. Een van de voordelen is dat de huisarts aldus een overzicht krijgt van het gewichtsverloop in de tijd. Ook kunnen relevante gewichtsschommelingen gemakkelijker gedetecteerd worden en krijgt men zicht op eventuele jojo-effecten [3].

3.1.2 Meet de buikomtrek⁶

Niet alleen de hoeveelheid maar ook de verdeling van het lichaamsvet over het lichaam is een belangrijke risicofactor bij overgewicht. Een abdominale vetafzetting ('appelvorm') betekent een verhoogde kans op het ontstaan van onder andere diabetes en hart- en vaatziekten en brengt meer gezondheidsrisico's met zich mee dan wanneer het vet op de heup en dijen zit ('peervorm'). Een buikomvang tussen 94 en 102 cm bij mannen en tussen 80 en 88 cm bij vrouwen betekent reeds een verhoogd risico, ook wanneer de BMI normaal is. Een middelomtrek groter dan 102 cm bij mannen en groter dan 88 cm bij vrouwen betekent een sterk verhoogd risico [1, 23, 30].

	mannen	vrouwen
normale buikomvang	≤ 94 cm	≤ 80 cm
vergroete buikomvang	94 – 102 cm	80 – 88 cm
ernstig vergroete buikomvang	≥ 102 cm	≥ 88 cm

⁶ Bepaling van de buikomvang (World Health Organization, 1989) :

- Patiënt staat rechtop met de voeten ongeveer 25 tot 30 cm uit elkaar ;
- Meting halverwege laagste punt van de onderste rib en boven-voorzijde van de bekkenkam (horizontaal streepje zetten op dit punt); (ter hoogte van de navel)
- Meting op blote huid, na een normale uitademing, zonder druk uit te oefenen
- Meet met de (plastic) centimeter over de horizontale streepjes heen, recht over de buik met 1 vinger tussen het lint en de buik;
- Meet tweemaal de omtrek en noteer de gemiddelde waarde, afgerond op 0.5 cm.

Het meten van de buikomvang is vooral belangrijk bij personen met overgewicht of matige obesitas. Vanaf een BMI van 35 is het niet meer nodig deze meting uit te voeren, aangezien ze slechts weinig bijkomende informatie verschaft over het risico dat met de obesitas gepaard gaat [3, 30].

3.1.3 Inventariseer het cardiovasculair risico

Wanneer er sprake is van overgewicht is het belangrijk een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen [30, 24, 23]. Hiertoe kan gebruik gemaakt worden van het ABCDEF-schema [31].

Age	A+ =	leeftijd vanaf 50 jaar
Bloeddruk	B+ =	systolische bloeddruk \geq 140 mmHg of diastolische bloeddruk \geq 90 mmHg of bij bloeddrukverlagende behandeling
Cigaret	C+ =	\geq 1 sigaret per dag
Diabetes type 2	D+ =	diabetes type 2
Event	E+ =	voorgeschiedenis van een persoonlijk ischemisch event
Familiale cardiovasculaire voorgeschiedenis	F+ =	voorgeschiedenis van een vroegtijdig ischemisch event bij een familielid van de eerste graad: < 55 jaar vader/broer < 65 jaar moeder/zus

Op basis van deze zes klinische gegevens worden de patiënten uiteindelijk ingedeeld in risicogroepen.

3.1.4 Ga na of er sprake is van (risico op) diabetes mellitus

Diabetes of een gestoorde nuchtere glucose⁷ verhoogt het gezondheidsrisico van patiënten met overgewicht [24, 1].

3.1.5 Cholesterol

Indien er sprake is van obesitas (BMI > 30) of bij cardiovasculair risico, is het aangewezen om LDL en HDL cholesterol-waarden en triglyceriden te bepalen [1]. Er is sprake van een suboptimale LDL cholesterol waarde wanneer deze \geq 115 mg/dl is. Een HDL cholesterol waarde is te laag bij < 40 mg/dl [30].

⁷ Voor de richtlijnen omtrent wie screenen en de diagnostische criteria zie bijlage 4.

3.1.6 Gewichtsgerelateerde comorbiditeiten

De aanwezigheid van volgende gewichtsgerelateerde comorbiditeiten vergroten het medisch risico van de patiënt [30, 24]:

- diabetes mellitus type 2
- hart- en vaatziekten
- slaapapneu
- artrose

3.2 Verloop en voorgeschiedenis

- Gewichtsverloop in de tijd: snelheid en mate van gewichtsverlies/toename, mate van schommelingen in het gewicht, minimum- en maximumgewicht tijdens de voorbije jaren
- Voorgeschiedenis: vroegere behandelingen, medische voorgeschiedenis, psychiatrische geschiedenis
- Familiale belasting: eetstoornis, obesitas, cardiovasculair, diabetes mellitus, stemming- en angststoornissen, alcohol en drugmisbruik

3.3 Breng mogelijke oorzaken van het overgewicht in kaart

3.3.1 Leefstijl

- Eetpatroon: frequentie van maaltijden, selectief eten (vermijden van vetten en zoetigheden vs. te rijk of energiedens voedsel eten, gesuikerde dranken), portiegrootte (te groot/ te klein), vasten, dwangmatig gezond eten, eetbuien of controleverlies tijdens het eten, eetlust. De huisarts kan gebruik maken van het Vlaamse BV-SM instrument, gebaseerd op de REAP (zie bijlage 7 en 8) [32], waarmee de huisarts op zeer korte termijn zicht krijgt op problemen op vlak van eetpatroon. Een andere optie is de patiënt een eetdagboek te laten invullen en hierop een eerste blik werpen op basis van de actieve voedingsdriehoek [17]. Belangrijk is wel dat als men de patiënt een eetdagboek laat bijhouden, de huisarts hier ook effectief gebruik van maakt.
- Beweegpatroon en patroon van sedentair gedrag: mate van sport, beweging, sedentair gedrag (vroeger en nu). De huisarts kan gebruik maken van het BV-SM instrument (zie bijlage 7) [32].
- Slaappatroon: chronische slaapdeprivatie kan leiden tot vermoeidheid, wat kan resulteren in een verminderde fysieke activiteit. Verder zorgt een slaapttekort voor hormonale veranderingen die de calorie-intake kunnen beïnvloeden. Los daarvan kan slaapdeprivatie invloed hebben op het gewicht van de patiënt [6].
- Roken, alcohol of drugs: stoppen met roken en gewicht, invloed alcohol op gewicht, mogelijk om eetlust of gewicht te beïnvloeden.

3.3.2 Medicatie

Medicatie die kan leiden tot gewichtstoename zijn: corticosteroïden, antipsychotica, anti-migraine middelen, insuline, orale antidiabetica, antidepressiva, bètablokkers, anticonvulsiva en hormonale medicatie [33, 34].

3.3.3 Lichamelijke oorzaken en gevolgen

Overgewicht en obesitas worden in sommige gevallen (mede) veroorzaakt door een genetisch syndroom of een somatische aandoening. Hoewel slechts een zeer klein aandeel van de mensen met obesitas een genetische aandoening hebben, is het toch belangrijk om deze oorzaken na te gaan. Zeker wanneer de eetgewoonten vrij normaal zijn en er specifieke bijkomende symptomen aanwezig zijn, dient men interne aandoeningen in overweging te nemen [1].

De huisarts vraagt advies bij een endocrinoloog of geneticus bij (vermoeden van): hypothyreoïdie, Cushingsyndroom, hyperinsulinisme, syndroom van Down, Prader-Willi syndroom, Bardet-Beidl syndroom, Alström syndroom, Albright hereditaire osteodystrofie, Carpenter syndroom, MOMO syndroom, Rubinstein-Taybi syndroom, leptinedeficiëntie of pseudotumor cerebri [33, 34, 35]. De huisarts besteedt verder ook aandacht aan symptomen van andere onderliggende oorzaken zoals chronische ziekten met bewegingsbeperking, polycysteus ovariumsyndroom (PCOS = hirsutisme, onregelmatige menses, acne), neurologische afwijkingen of verminderde visus of gezichtsveldbeperking (hypofysaire insufficiëntie) [23].

Om na te gaan wat de oorzaak is van het overgewicht en of er al sprake is van een weerslag op de lichamelijke conditie, is het belangrijk een bloeddrukmeting, algemene inspectie van de huid, hart- en longauscultatie en palpatie van de schildklier uit te voeren [1].

De lichamelijke gevolgen van het overgewicht op de gezondheid dienen ingeschat te worden. Een overzicht [29, 36]:

- *Cardiovasculair*: hypertensie, hart- en vaatziekten, congestief hartfalen, cor pulmonale, veneuze insufficiëntie en veneuze trombose, spataderen, longembolie, leukemie, multipel myeloom, lymfoom.
- *Metabool*: insulineresistentie, dyslipidemie, metabool syndroom, diabetes mellitus type 2, hyperurikemie
- *Respiratoir*: asthma (door o.a. Gastro-oesofagale reflux), obstructieve slaapapneu, obesitas hypoventilatie (Pickwick) syndroom, dyspneu
- *Gastro-intestinaal*: niet-alcoholische leversteatose, levercirrose, gastro-oesofagale reflux (gerd), pyrosis, cholecystitis, galstenen, hernia, slokdarm, dunne darm-, colon-, rectum-, lever-, galblaas- of pancreaskanker
- *Neurologisch*: beroerte, idiopathische intracranieële hypertensie, meralgia paresthetica

- *Musculoskeetaal*: axiale artritis, jicht, skeletafwijkingen (artrose, pes planus/platvoeten), lage rugpijn en pijn in de benen, verminderde mobiliteit, gewrichtslast
- *Reproductief systeem*: polycystisch ovariumsyndroom, infertiliteit, menstruatieproblemen, zwangerschapscomplicaties, hirsutisme, hypogonadisme (mannen), prostaatkanker (mannen), endometrium-, baarmoederhals-, eierstok, of borstkanker (vrouwen)
- *Dermatologisch*: huidinfectie, striae, slechtere wondheling, maceratie in de huidplooiën, karbonkel, cellulitis, lymfoedeem, intertrigo, acanthosis nigricans
- *Renaal*: urinaire (stress) incontinentie, proteïnurie, nefrotisch syndroom, obesitas-gerelateerde glomerulopathie, hyperurikemie, nierkanker
- *Andere*: paradontale aandoeningen, complicaties van anesthesie, zweten

3.3.4 Sociaal economische situatie

Hoewel overgewicht en obesitas toenemen in alle lagen van de bevolking, blijkt dat obesitas vaker voorkomt bij personen met een lage sociaal economische status [37]. Een hoge socio-economische status is geassocieerd met meer lichaamsbeweging (vooral in de vrije tijd) en meer evenwichtige eetgewoonten, waar personen in kansarmoede er vaak een meer ongezonde leefstijl op na houden.

3.4 Spoor eetstoornissen op

Uit onderzoek blijkt dat personen met een eetbuistoornis vroeger en ernstiger obesitas ontwikkelen. Ze hebben grotere fluctuaties in het gewicht en meer ongemakken van het gewicht. Er is sprake van meer problemen op vlak van sociaal functioneren en functioneren op het werk, er is meer psychologische stress en er zijn meer problemen op vlak van zelfwaardering [18].

Er zijn twee vragenlijsten ontwikkeld voor de eerste lijn en in het bijzonder de huisartsenpraktijk: de SCOFF en de ESP.

- SCOFF:
 - Wekt u braken op omdat u zich met een “volle maag” niet goed voelt? (“Sick”)
 - Bent u bang dat u geen controle meer heeft over de hoeveelheid die u eet? (“Control”)
 - Bent u meer dan 6 kg afgevallen in 3 maanden tijd? (“One stone”)
 - Denkt u dat u te dik bent, terwijl anderen vinden dat u mager bent? (“Fat”)
 - Vindt u dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in uw leven? (“Food”)
- ESP (Eating disorder Screen for Primary care):
 - Bent u tevreden over uw eetgewoonten? *
 - Eet u ooit wel eens in het geheim?
 - Heeft uw gewicht invloed op hoe u zich voelt?
 - Hebt u nu last van een eetstoornis, of heeft u dat in het verleden ooit gehad?

De score op de SCOFF en de ESP wordt bepaald door een punt te tellen per “ja”-antwoord (uitgezonderd de eerste vraag van de ESP, waar een punt wordt geteld indien het antwoord “nee” is). De sensitiviteit van beide lijsten ligt redelijk hoog, de specificiteit iets minder. Beide zijn geschikt om een eetstoornis uit te sluiten. Voor zowel de SCOFF als de ESP geldt dat kans op een eetstoornis tussen de 25 en 40% bij een score van 2 of hoger. Indien deze score behaald wordt op minstens een van beide vragenlijsten, is een verdere exploratie aangewezen. Eventueel kan de huisarts hiervoor doorverwijzen naar een psycholoog. Het afnemen van de vragenlijsten neemt niet veel tijd in beslag en is dus praktisch haalbaar in een huisartsenpraktijk [38].

3.4.1 Fysieke signalen

Omdat eetstoornissen verborgen kunnen zijn achter een andere problematiek of weinig opvallen als de betrokkene het niet direct als een klacht of probleem naar voren schuift, moet men er toch bedacht op blijven. Zelfs zonder een expliciete hulpvraag rond eten of gewicht kan de huisarts signalen detecteren van een ontwikkelend eetprobleem. Wanneer de huisarts een of enkele van deze symptomen opmerkt, is het aangewezen deze verder te verkennen via anamnese en klinisch onderzoek. Opgelet, een eetstoornis kan ook optreden zonder duidelijke lichamelijke signalen of symptomen [28].

Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • Opvallend verlies, toename of schommelingen in gewicht • Intolerantie voor koude • Gevoel van zwakheid • Moeheid of loomheid, slaperigheid • Duizeligheid • Flauwvallen • ‘hot flashes’, periodes van zweten
Mond en gebit	<ul style="list-style-type: none"> • Scheurtjes of wondjes in de mond • Tanderosie en caries • Perimolyse (decalcificatie van de tanden als gevolg van aantasting door maagzuur) • vergrootte speekselklieren
Cardiorespiratoir	<ul style="list-style-type: none"> • pijn in de borst • hartkloppingen • aritmieën • bradycardie • kortademigheid • oedeem
Gastro-intestinaal	<ul style="list-style-type: none"> • maagklachten (epigastrische pijn) • vroege verzadiging, vertraagde maaglediging • gastro-oesofagale reflux • bloed overgeven (hematemesis) • aambeien en rectale verzakking • constipatie
Endocrien	<ul style="list-style-type: none"> • amenorroe of onregelmatige maandstonden • verminderd libido • lage botdichtheid • onvruchtbaarheid • afwijkingen in de elektrolyten

Neuropsychiatrisch	<ul style="list-style-type: none"> • beroerte • geheugenverlies / slechte concentratie • slapeloosheid • depressie / angst / obsessief gedrag • zelfverwonding • suïcidale gedachten / zelfmoordpoging
Dermatologisch	<ul style="list-style-type: none"> • lanugo haar • haarverlies • gele verkleuring van de huid • eelt of littekens op de rugzijde van de hand (teken van Russell) • slechte wondheling

3.4.2 Eet- en beweeggedrag

Een overzicht van signalen op vlak van eet- en beweeggedrag [39, 40]:

Preoccupatie	<ul style="list-style-type: none"> • voortdurend bezig zijn met eten, lijnen en calorieën tellen • bezoeken van allerlei websites over eten en lijnen • overheersende wens te vermageren • piekeren over eten, schuldgevoel over 'te veel' eten
Te weinig eten	<ul style="list-style-type: none"> • maaltijden overslaan • stiekem weggooien van eten • vaak aangeven 'geen honger' te hebben • herhaalde excuses om niet te hoeven eten • vermijden van sociale situaties waarin gegeten wordt • treuzelen of 'spelen' met eten tijdens maaltijden • langzaam eten en lang kauwen • veel water drinken (om honger te stillen) • wens voor een volledig lege maag
Te veel eten	<ul style="list-style-type: none"> • eten van abnormaal grote hoeveelheden voedsel • vaak sneller eten dan normaal • gevoel eten niet meer onder controle te hebben, met schuld- of onrustgevoelens achteraf • stiekem eten • stiekem hamsteren van voedsel (bijv. op eigen kamer) • na het eten naar het toilet gaan (om te braken) • stiekem gebruik van laxeremiddelen, plas- of dieetpillen
Selectief eten	<ul style="list-style-type: none"> • caloriearm eten en drinken • gewoon eten 'te vet' vinden • overdreven veel light-producten eten • mijden van vet en zoet voedsel
Te veel bewegen	<ul style="list-style-type: none"> • beweging interfereert met belangrijke activiteiten • bewegen op ongepaste tijdstippen of in ongepaste settings • blijven bewegen ondanks blessures of ziekte • zelden gaan zitten of rust nemen
Bewegen of sporten als middel om lichaamsvorm of gewicht te veranderen	<ul style="list-style-type: none"> • rond etenstijd sporten • onvoldoende rekening houden met signalen van vermoeidheid of pijn • veelvuldig intensieve lichaams oefeningen doen om calorieën te verbranden • steeds verder en ongecontroleerd opvoeren van intensiteit en frequentie • rigide oefenschema • schuldgevoelens wanneer beweging niet kan doorgaan

3.4.3 Psychosociale signalen

Psychosociale signalen van een eetstoornis [39]:

Welbevinden	<ul style="list-style-type: none">• lage zelfwaardering, gebrek aan zelfvertrouwen• faalangst, perfectionisme en prestatiedrang (bijv. in sport, studie of werk)• sterke stemmingswisselingen, prikkelbaarheid• somberheid en negatieve kijk op zichzelf en de toekomst
Negatief lichaamsbeeld	<ul style="list-style-type: none">• zichzelf lelijk en dik voelen• bang zijn om dik te worden• herhaaldelijk voor de spiegel of op de weegschaal staan• veel bezig zijn met gewicht en figuur• gewicht bepaalt humeur• denken en doen wordt gedomineerd door de wens slank te zijn• onvrede met of schaamte over het eigen lichaam• verhullende kleding dragen
Sociaal	<ul style="list-style-type: none">• toenemend sociaal isolement• stelen van voedsel of geld (om voedsel of afslankmiddelen te kopen)• problemen op school of werk

3.5 Inventariseer de impact van het overgewicht op de levenskwaliteit

Patiënten met overgewicht en obesitas hebben vaak een verstoord welbevinden en ervaren regelmatig stigmatisering. Er is bovendien een verband met psychische stoornissen. Dit heeft een grote impact op de levenskwaliteit van patiënten.

Cruciaal is het beoordelen van het welzijn en welbevinden om een inschatting te kunnen maken van de ernst (impact) van de problematiek [3]. Huisartsen zijn ideaal geplaatst om een holistische visie op de patiënt te vormen en moeten in het geval van gewichtsproblemen steeds de psychische toestand en het welbevinden van de patiënt beoordelen, evenals onbedoelde negatieve gevolgen van een behandeling voor het overgewicht inschatten.

- Lichaamsbeleving: mate van preoccupatie, angst om dik te worden, wens slank te zijn
- Welbevinden: negatief zelfbeeld, gebrek aan zelfvertrouwen, faalangst, stress, negatieve gevoelens, depressieve klachten, suïcidaliteit, tekenen of vermoeden van zelfverwonding, fysiek of seksueel misbruik, angst
- Persoonlijkheid: emotionele geremdheid, moeilijkheden in het uiten van gevoelens, bezorgdheid over anderen, prestatiegerichtheid, perfectionisme, impulsiviteit, obsessieve persoonlijkheidstreken, ontwikkelingsstoornis, aanleg voor verslaving

3.6 Multidisciplinaire inventarisatie

Welke andere disciplines moeten worden betrokken bij de inventarisatie van het gewichtsprobleem en welke rol hebben ze? (klinische vraag 6)

- Bij overgewicht en obesitas levert bijkomende anamnese door diëtist en psycholoog een belangrijke bijdrage om een volledig beeld te krijgen van de patiënt.
- De huisarts neemt een coördinerende rol op.

Het betrekken van andere disciplines bij de inventarisatie van het gewichtsprobleem werkt efficiënt. De huisarts heeft slechts beperkte tijd in een consultatie, waardoor niet alle thema's even uitgebreid aan bod kunnen komen. Bovendien hebben andere disciplines een specifieke expertise voor bepaalde thema's. Bij overgewicht en obesitas kan een bijkomende inventarisatie door diëtist en psycholoog een belangrijke verdieping leveren. Een regionale praktijktoetsing hierrond suggereert dat veel meer informatie verkregen wordt als de anamnese door verschillende disciplines gebeurt [41]. Door de patiënt te wijzen op de voordelen van een multidisciplinaire inventarisatie kan de motivatie hiervoor verhoogd worden. Doel is vooral om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de problematiek zodat de behandeling zo goed mogelijk op maat van de patiënt kan gebeuren. Ter ondersteuning zijn per discipline draaiboeken ontwikkeld [8, 9, 42].

Belangrijk is dat de huisarts in de inventarisatie een coördinerende rol opneemt, waarbij ook telkens de informatie naar de huisarts teruggekoppeld wordt. Dit kan via een kort verslag aan de huisarts met de bevindingen van de diëtist of psycholoog waarbij indicaties voor behandeling worden gecommuniceerd en idealiter in een kort gemeenschappelijk overleg.

3.6.1 Bijdrage van de diëtist

De diëtist kan een grondige voedingsanamnese uitvoeren, met als resultaat uitgebreide informatie over de voedingsgewoonten van de patiënt en aanknopingspunten voor de behandeling. Wanneer de patiënt een eetdagboek heeft bijgehouden, kan de diëtist hier uitgebreid op ingaan [1, 9].

3.6.2 Bijdrage van de psycholoog

De psycholoog met bekwaming in de materie kan een grondige psychosociale anamnese uitvoeren om zicht te krijgen op de achterliggende problematiek, het algemeen functioneren en welbevinden. Ook kan de psycholoog een eetstoornis of psychische risicofactoren voor de ontwikkeling ervan detecteren en een inschatting maken van de ernst van het eetprobleem. Ook kan een inschatting worden gemaakt van de motivatie van de patiënt, aangezien de

bereidheid tot verandering van gedrag en leefstijl een cruciale factor is in het verdere behandelverloop [42, 8].

3.6.3 Bijdrage van de bewegingsdeskundige/kinesist

Een bewegingsdeskundige/kinesist kan een belangrijke rol spelen bij het in kaart brengen van de ernst van de problematiek indien er sprake is van osteo-artritis, gewrichtspijnen, immobiliteit van de gewrichten, (chronische) vermoeidheid, functionele verlies, (urinaire) incontinentie of kortademigheid.

Hoofdstuk 4 – Inschatting ernst en indicatiestelling

Hoe gebeurt de inschatting van de ernst en de indicatiestelling? (klinische vraag 7)

- Maak een inschatting van het medisch risico op basis van de medische gegevens vanuit het klinisch onderzoek. Naarmate er meer risicofactoren aanwezig zijn, is het gewichtsprobleem ernstiger.
- Maak een ruimere inschatting van het gezondheidsrisico op basis van het medisch risico en de impact van het gewichtsprobleem op het lichamelijk functioneren, de aanwezigheid van functionele beperkingen, psychologische symptomen en de weerslag op het welzijn (EOSS stadiëring).
- Bij stabiel overgewicht zonder comorbiditeiten is het vooral belangrijk om verdere gewichtstoename te voorkomen. Gewichtsverlies is aangewezen bij overgewicht met geassocieerde comorbiditeiten, maar het behoud van het gewichtsverlies is essentieel.
- Naargelang de stadiëring van het gewichtsprobleem zal de behandeling intensiever zijn en zal de huisarts samenwerken met andere disciplines.
- Een ambulante behandeling vanuit de thuissituatie is het meest aangewezen. Een opname kan soms nodig zijn voor observatie, crisisinterventie of intensieve behandeling.

Uit voorgaande moet duidelijk zijn met welk probleem we te maken hebben en wat de ernst ervan is. Op basis van de evaluatie zal bepaald worden welke verdere stappen moeten worden ondernomen.

4.1 Inschatting van de ernst

Inschatting van de ernst gebeurt niet alleen medisch, maar ook veel breder op basis van het gezondheidsrisico.

4.1.1 Overzicht medisch risico

Het medisch risico kan worden ingeschat door de medische gegevens vanuit het klinisch onderzoek aan te duiden in de onderstaande tabel 5. Naarmate er meer risicofactoren aanwezig zijn, is het gewichtsprobleem ernstiger.

Tabel 5: Overzicht medisch risico

	<i>Normaal</i>	<i>Risico</i>	<i>Ernstig risico</i>
BMI	18.5 – 25	25 – 30	≥ 30
Buikomtrek	M: ≤ 94 cm V: ≤ 80 cm	M: 94-102 cm V: 80-88 cm	M: ≥ 102 cm V: ≥ 88 cm
Cardiovasculair risico	Laag (10 jaars risico sterfte 0-4%)	Matig (10 jaars risico sterfte 5-9%)	Hoog (10 jaars risico sterfte ≥ 10%)
Diabetes mellitus	Geen risicofactoren	Gestoorde nuchtere glycemie	Diabetes mellitus
Cholesterol		LDL ≥ 115 mg/dl HDL < 40 mg/dl Triglycerid > 180 mg/dl	
Comorbiditeiten	Geen diabetes Geen HVZ Geen slaapapneu Geen artrose	1 comorbide aandoening	Meerdere comorbide aandoeningen

4.1.2 Inschatting gezondheidsrisico

De inschatting van de ernst bij overgewicht en obesitas gebeurt niet alleen op basis van het medisch risico, ook de impact op het lichamelijk functioneren, functionele beperkingen, psychologische symptomen en de weerslag op het welzijn moet in rekening worden gebracht. Tabel 6 geeft een inschatting van de ernst bij obesitas volgens het Edmonton Obesity Staging System (EOSS) [43, 44]. De EOSS stadiëring zou, onafhankelijk en beter dan BMI alleen, mortaliteit voorspellen en is dus een belangrijk klinisch hulpmiddel [45, 46]. Deze zou analoog kunnen worden toegepast in het geval van overgewicht.

Tabel 6: Inschatting gezondheidsrisico volgens EOSS

Stadium 0	<ul style="list-style-type: none"> - Geen medische risicofactoren; EN - Geen lichamelijke symptomen; EN - Geen psychologische symptomen; EN - Geen weerslag op welzijn; EN - Geen functionele beperkingen
Stadium 1	<ul style="list-style-type: none"> - Subklinische medische risicofactoren; OF - Milde lichamelijke symptomen die geen medische behandeling vereisen; OF - Milde gewichtsgelateerde psychologische symptomen; OF - Milde weerslag op welzijn; OF - Milde functionele beperkingen
Stadium 2	<ul style="list-style-type: none"> - Medische 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
Stadium 3	<ul style="list-style-type: none"> - Ernstige gewichtsgelateerde co-morbiditeit met orgaanschade; OF - Ernstige psychologische symptomen; OF - Ernstige functionele beperkingen; OF - Ernstige weerslag op welzijn
Stadium 4	<ul style="list-style-type: none"> - Zeer ernstige gewichtsgelateerde co-morbiditeit in eindstadium; OF - Zeer ernstige invaliderende gewichtsgelateerde psychologische symptomen; OF - Zeer ernstige functionele beperkingen

4.2 Indicatiestelling

4.2.1 Intensiteit behandeling

Voor toewijzing van de meest aangewezen zorg baseren we ons op de inschatting van de ernst, motivatie en het welbevinden. Naargelang de stadiëring van het gewichtsprobleem zal de behandeling intensiever zijn en zal de huisarts samenwerken met andere disciplines [43]. Voor implementatie in Vlaamse context baseren we ons op adviezen van BASO [30] en toetsten we in een consensusgroep van Vlaamse experts⁸.

Tabel 7: Indicatiestelling volgens EOSS

Stadium 0	<ul style="list-style-type: none"> - Geen medische 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 medische risicofactoren (bijv. borderline hypertensie, gestoorde nuchtere glycemie,...); OF - Milde lichamelijke symptomen die geen medische behandeling vereisen (bijv. dyspnee bij matige inspanning, occasioneel pijn, moeheid,...); 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 beweeggedrag en psychosociaal welbevinden. Gewichtstoename voorkomen. Geregelde opvolging van risicofactoren en gezondheidsstatus door huisarts.
Stadium 2	<ul style="list-style-type: none"> - Medische risicofactoren (bijv. hypertensie, diabetes mellitus type 2, slaapapneu,...); OF - Gewichtsgelateerde comorbiditeit die een medische behandeling vereist (osteoarthritis, reflux, polycysteus ovariumsyndroom,...); OF 	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

⁸ Bijeenkomst op 03/01/2013.

Standpunten: Vanaf stadium 2 is bij bepaalde patiënten farmacotherapie nodig om comorbiditeiten te behandelen. Obesitasmedicatie moet echter niet worden aanbevolen. Obesogene medicatie moet wel zo veel mogelijk vermeden worden. Bariatrische chirurgie kan voor sommige patiënten in stadium 2 al helpen. Er moet wel duidelijk worden aangegeven dat leefstijlverandering sowieso nodig is. Samenwerking tussen de kliniek en de eerste lijn zou verplicht moeten zijn. De kliniek kan hierdoor zicht krijgen op bepaalde contra-indicaties voor heelkunde en op de mate van inspanning die de patiënt reeds deed om gewicht te verliezen.

	<ul style="list-style-type: none"> - Matige gewichtsgelateerde psychologische symptomen (bijv. angststoornis, eetstoornis); OF - Matige weerslag op welzijn; OF - Matige functionele beperkingen in ADL 	bariatrische heelkunde. Nauwe opvolging en behandeling van comorbiditeiten.
Stadium 3	<ul style="list-style-type: none"> - Ernstige gewichtsgelateerde comorbiditeit met orgaanschade (bijv. myocardinfarct, hartfalen, diabetische complicaties,...); OF - Ernstige psychologische symptomen; OF - Ernstige functionele beperkingen; OF - 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 comorbiditeit in eindstadium; OF - Zeer ernstige invaliderende gewichtsgelateerde psychologische symptomen; OF - Zeer ernstige functionele beperkingen 	Agressieve obesitasbehandeling die haalbaar is. Indien geen motivatie tot gedragsverandering palliatieve aanpak waaronder pijnbehandeling, arbeidsbegeleiding en psychosociale ondersteuning.

5.2.2 Medicatie

Het tijdig opstarten van medicatie ter behandeling van de comorbiditeiten van overgewicht of obesitas is de absolute prioriteit. Het betreft hier voornamelijk medicatie ter voorkoming van hart- en vaatziekten zoals antihypertensiva, cholesterolverlagers en antidiabetica. Het opstarten van deze medicatie dient steeds gekaderd te worden in het doorvoeren van leefstijlveranderingen met naast dieetmaatregelen ook opvoeren van fysieke activiteit met als doel langdurig gewichtsverlies na te streven. Dit vraagt een belangrijke gedragsverandering waarbij steeds aandacht dient te gaan naar de psychologische en sociale context van de patiënt. Bij psychologische comorbiditeit kan het opstarten van psychofarmaca noodzakelijk zijn.

Bij het opstarten van medicatie bij de patiënt met overgewicht dient steeds rekening gehouden te worden met de mogelijke gewichtseffecten ervan. Ook dient steeds de huidige medicamenteuze therapie van de patiënt getoetst te worden aan het mogelijks induceren van gewichtstoename. Zo nodig dient men bestaande onderhoudsmedicatie te switchen naar medicatie die gewichtsneutraler zijn of zelfs gewichtsverlies induceren.

Eetlustremmers hebben op dit moment geen plaats bij de behandeling van overgewicht, maar zijn nog wel te vinden in het illegale circuit. Gebruik ervan dient steeds te worden nagevraagd en de patiënt dient gewezen te worden op de risico's van het gebruik ervan.

Orlistat (Xenical) is het enige geneesmiddel op de markt voor de behandeling van obesitas (BMI > 30); het voorkomt het opnemen van vetstoffen in de darm en kan zorgen voor een bijkomend gewichtsverlies als het gecombineerd wordt met een streng dieet. De effecten op harde eindpunten zijn echter niet goed onderzocht en de medicatie wordt vaak slecht verdragen omwille van gastro-intestinale intolerantie. De plaats van orlistat is dan ook beperkt.

Bij de eetbuistoornis en bij boulimia nervosa kunnen sommige antidepressiva het aantal eetbuien in frequentie doen minderen ongeacht of er een depressieve stemming aanwezig is of niet. Het gaat vooral om selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI), in het bijzonder fluoxetine. Maar hun effect is beperkt in de tijd en er zal vroeg of laat terugval optreden als de farmacotherapie niet gecombineerd wordt met een psychotherapeutische aanpak.

5.2.3 Bariatrische chirurgie

Sinds 2007 is in België terugbetaling van bariatrische chirurgie via het RIZIV mogelijk mits bepaalde voorwaarden zijn vervuld.

EXCERPT uit K.B., Belgisch Staatsblad 13.06.2010

Artikel 14 – HEELKUNDE

Deze verstrekkingen zijn slechts aanrekenbaar op de volgende voorwaarden:

1° op het moment van de chirurgische indicatiestelling BMI \geq 40 ofwel BMI \geq 35 in combinatie met minstens één van volgende criteria:

- a) met geneesmiddelen behandelde diabetes;
- b) therapieresistente hypertensie gedefinieerd als een bloeddruk > 140/90 mmHg, ondanks behandeling gedurende minstens 1 jaar met een gelijktijdige inname van 3 antihypertensiva;
- c) slaapapneusyndroom geobjectiveerd door middel van polysomnografisch onderzoek [...];
- d) heringreep na complicatie of onvoldoende resultaat van een vorige bariatrische ingreep;

2° vanaf 18 jaar;

3° minstens gedurende 1 jaar een gedocumenteerde dieetbehandeling hebben gevolgd zonder blijvend succes;

4° na het uitvoeren van een multidisciplinair bariatrisch overleg waar naast de geneesheer-specialist in de chirurgie tevens tenminste een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde en een geneesheer-specialist in de psychiatrie of een klinisch psycholoog aan hebben deelgenomen; het verslag van dit overleg met de gezamenlijke indicatiestelling tot chirurgische ingreep wordt ondertekend door de drie deelnemers van de vermelde disciplines; het verslag van het overleg bevindt zich samen met de gegevens over de dieettherapie in het medisch dossier;

5° voorafgaand aan de ingreep maakt de behandelend geneesheer een standaardformulier ter notificatie over aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. [...];

6° per ziekenhuis wordt tevens een register bijgehouden van alle bariatrische ingrepen.

Samengevat: bariatrische chirurgie is een optie bij [47]:

- BMI > 40, of
- BMI > 35 met relevante comorbiditeit indien men gewichtsverlies van meer dan 15% als doel voor ogen heeft

Het is aangewezen een operatie alleen tussen 18-60 jaar uit te voeren, behoudens uitzonderingen tussen 60-65 jaar. Bariatrische chirurgie is enkel een optie na gedocumenteerde afvalpoging die een combinatie bevat van een zinvolle dieetaanpassing en voldoende lichaamsbeweging, die minimaal een jaar is volgehouden. De beslissing voor heelkunde kan enkel genomen worden na een uitgebreid multidisciplinair advies en na een grondig uitgewerkt informed consent.

De voordelen van bariatrische chirurgie moeten zorgvuldig afgewogen worden tegen de risico's. Ook bij obesitaschirurgie is gedragsverandering van de patiënt even noodzakelijk. Postoperatief volgt een langdurige strikte medische, diëtische en psychologische begeleiding [44].

De huisarts dient een belangrijke rol te spelen in de preoperatieve setting (indicatiestelling, correct multidisciplinair advies, informed consent) en de verdere postoperatieve begeleiding.

4.2.4 Grenzen van ambulante behandeling

Algemeen wordt aangenomen dat ambulante behandeling vanuit de thuissituatie het meest aangewezen is. Anderzijds kan een opname aangewezen zijn voor drie doeleinden (al dan niet gecombineerd): observatie, crisisinterventie, intensieve behandeling [8].

Observatie:

- Lichamelijke factoren, als mogelijke oorzaken dan wel gevolgen van een gewichtsprobleem, kunnen grondige medisch-technische onderzoeken in een kliniek vereisen;
- Een observatie van het eetgedrag en algemeen functioneren buiten de gangbare sociale omgeving kan nuttige informatie opleveren.

Crisisinterventie:

- In geval van een zorgwekkende lichamelijke toestand, suïciderisico of ernstige zelfverwonding;
- Om een negatieve spiraal te doorbreken bij frequente eetbuien en braken, misbruik van alcohol of drugs, ernstig psychosociaal disfunctioneren;
- Bij escalerende conflicten in het gezin met gevolgen voor andere gezinsleden.

Intensieve behandeling:

- Bij langdurige of complexe problematiek (comorbiditeit);
- Bij falen van deskundige ambulante hulpverlening;
- Bij geringe draagkracht van cliënt en/of gebrekkig sociaal steunsysteem.

Voor observatie en crisisinterventie zijn meerdere settings mogelijk afhankelijk van de hoofdicatie, bijv. internistische afdeling, PAAZ, opnameafdeling van algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De intensieve behandeling hoort thuis op een afdeling die gespecialiseerd is in de aanpak van eet- en gewichtsproblemen (voor adressen, zie www.eetexpert.be).

Hoofdstuk 5 – Zorgaanbod

Rekening houdend met inschatting van de ernst en het gezondheidsrisico, wordt voor de patiënt de meest aangewezen zorg voorgesteld.

5.1 Feedback en psycho-educatie

Welke feedback bij risicovol overgewicht geven? (klinische vraag 8)

- Geef gepersonaliseerde en objectieve feedback over het risicoprofiel van de patiënt.
- Geef informatie en duiding.

Vraag of de patiënt geïnteresseerd is om het persoonlijk risicoprofiel te bekijken. Bespreek de resultaten van het voorgaande met de patiënt toegespitst op zijn persoonlijk risicoprofiel. Het is belangrijk dat de feedback persoonlijk relevant is. Het geven van gepersonaliseerde en objectieve feedback is een cruciale component van een korte interventie maar zal pas effect hebben als ze gewenst is door de patiënt. Bevrage dit. Aansluitend kunnen leefstijladviezen gegeven worden indien de patiënt hiervoor open staat (zie 5.4.2 en bijlage 5 en 6) [26, 25].

5.2 Bevragen en uitbouwen van motivatie tot gedragsverandering

Hoe motiveert men patiënten met overgewicht/obesitas? (klinische vraag 4)

- Hanteer een niet beschuldigende, respectvolle en empathische houding.
- Bevrage de bezorgdheden van de patiënt. Ga na of de patiënt wel degelijk verandering wil en wat het zelfvertrouwen daartoe is.
- Focus op gedrag bij het bevragen van de motivatie. Gewicht(sverlies) is geen gedrag.
- Pas je aanpak aan naargelang de motivatiefase van je patiënt.
- Speel in op de nood aan autonomie, competentie en verbondenheid met de patiënt.
- Respecteer de keuzes van de patiënt.

Het is belangrijk om na te gaan of de patiënt wel degelijk verandering wil, wat de verwachtingen zijn en hoeveel zelfvertrouwen de patiënt hiervoor heeft [27]. De aanpak van gewichtsproblemen vergt immers een grote inzet van de patiënt aangezien leefstijlveranderingen de sleutel zijn tot succes. Patiënten met overgewicht en obesitas blijken vaak niet voldoende gemotiveerd voor behandeling. Vaak hoort men “we zijn allemaal dik: er is niets aan te doen”. Wanneer er bovendien sprake is van een eetstoornis, weerhoudt schaamte over hun eetgedrag hen er vaak van hulp te zoeken of hun klachten rechtstreeks te uiten. Ook de motivatie en gedragsverandering van de omgeving (vb. partner) is van belang.

Door middel van korte interventies kan de huisarts de motivatie van de patiënt in kaart brengen en hem of haar stimuleren om verantwoordelijkheid op te nemen in het eigen zorgtraject [26, 25].

Enkele centrale vragen:

- Hoe bezorgd bent u over de besproken resultaten?
- Hoe belangrijk vindt u het om een gezond gewicht te hebben? Waarom vindt u het belangrijk?
- Hoe belangrijk vindt u het om uw leefstijl te veranderen? Waarom vindt u het belangrijk? (vraag naar motivatie)
- Als u uw huidige leefstijl zou willen veranderen, wat is er dan nodig om hierin te slagen? Wat moet er veranderen om deze slaagkans te verhogen? Zal u dat lukken denkt u? (vraag naar zelfvertrouwen)

Bij het peilen naar de motivatie is het belangrijk te focussen op gedrag. Gewichtstoename of gewichtsverlies is geen gedrag en dus geen goed thema om de motivatie tot gedragsverandering in kaart te brengen. 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?",...

Om de patiënt tot verandering te motiveren, is het van belang de aanpak aan te passen aan het motivationele stadium waarin de patiënt zich bevindt. Het komt erop neer de patiënt mee te helpen evolueren naar een meer actieve fase van gedragsverandering. Dit motivationeel proces kan verschillende consultaties vergen.

Tabel 8: Gedragingen en opvattingen in de verschillende motivatiefasen [48, 26]

Fase	Kenmerken	Aanpak huisarts
Voorbeschouwende fase	<ul style="list-style-type: none"> • weinig ziektebesef • onderschatting ernst • geringe belangstelling voor behandeling • nog niet over nagedacht 	<ul style="list-style-type: none"> • val opvattingen niet aan maar onderzoek ze vragenderwijs en mobiliseer patiënt om eigen overtuigingen te bestuderen • vermijd discussie • geef informatie en duiding
Beschouwende fase	<ul style="list-style-type: none"> • enig ziektebesef • ambivalente houding • nog niet bereid tot actie over te gaan 	<ul style="list-style-type: none"> • exploreer ambivalentie • exploreer voor- en nadelen, drempels en succesformules, opportuniteiten en hinderpalen
Preparatiefase	<ul style="list-style-type: none"> • bereid tot actie 	<ul style="list-style-type: none"> • geef uitleg • bepaal samen doelen • moedig aan, benadruk eerdere successen patiënt
Actiefase	<ul style="list-style-type: none"> • bereid tot gedragsverandering 	<ul style="list-style-type: none"> • werk in kleine stapjes • ga na hoe patiënt bereikte veranderingen beleeft
Handhavingsfase	<ul style="list-style-type: none"> • behoud van bereikte resultaat • voorkoming van terugval 	<ul style="list-style-type: none"> • voorlichting over de kans op terugval met duiding ervan • terugvalpreventie

Motivatie die voortvloeit uit verplichting en druk zal de patiënt slechts kortstondig aanmoedigen om het gezonde gedrag te stellen, namelijk zolang de druk aanwezig blijft. De kans is tevens ook klein dat het gezonde gedrag wordt gesteld in nieuwe situaties waar de druk ontbreekt. Motivatie die voortvloeit uit persoonlijke overtuiging en keuze zal de patiënt daarentegen langdurig en over verschillende situaties heen aanzetten om er een gezonde leefstijl op na te houden, de patiënt heeft het belang van de gedragsverandering immers aanvaard. Maar hoe kan de huisarts de motivatie vergroten?

De Zelfdeterminatietheorie (ZDT) geeft belangrijke handvatten hoe we motivatieversterkend kunnen tussenkomen. Inspelen op de nood aan autonomie, nood aan verbondenheid en nood aan competentie vergroot de kwaliteit van de eigen autonome motivatie van patiënten. Als we het advies overbrengen op een wijze die congruent is met deze drie basisnoden zal de patiënt dit advies persoonlijker ter harte nemen en aanvaarden, en bijgevolg meer autonoom gemotiveerd zijn om het advies op te volgen. Frustratie van deze basisnoden leidt meestal naar nog meer symptoomgedrag.

- De nood aan **autonomie** kan ondersteund worden door reflectief te luisteren naar de patiënt, empathisch te reageren en regels te verklaren en te duiden. Belangrijk is dat de patiënt het gevoel van vrijheid en keuze heeft. Het helpt daarom ook de patiënt te laten kiezen uit verschillende behandelopties.
- Het gevoel van **competentie** wordt bevorderd bij realistische, maar uitdagende doelstellingen waarbij gewerkt wordt met tussenstappen en tips gegeven worden op moeilijke momenten. Positieve feedback geven, concrete werkpunten afspreken en vertrouwen en geloof hebben in en tonen aan de patiënt (aanmoediging) zijn hiertoe ook van belang.
- Tot slot kan de huisarts **verbondenheid** bevorderen door middel van een respectvolle houding en onvoorwaardelijke betrokkenheid. Ook het sociale luik is hierbij van belang, waarbij de huisarts kan inspelen op het buddy-systeem in het advies en op het betrekken van familieleden in het ontwikkelen van een gezondere leefstijl.

Een basisprincipe van korte interventies is om te erkennen en te aanvaarden dat de patiënt zelf verantwoordelijk is om het eigen gedrag te veranderen. Aangeven dat de patiënt zelf beslist wat hij of zij met de gegeven informatie doet, bevordert de autonomie en het gevoel van controle. Taalgebruik zoals “Je zou moeten ...” is te vermijden omdat het weerstand oproept bij patiënten en hen in de verdedigingsrol duwt [26].

5.3 Individueel behandelplan: afgestemd op gezondheidsrisico en motivatiefase

Hoe wordt het individueel behandelplan opgesteld? (klinische vraag 9)

- Stem het individueel behandelplan af op het gezondheidsrisico, de motivatie, de voorkeur en de mogelijkheden van de patiënt.
- Verleg de focus naar leefstijl in plaats van gewicht.
- Stel samen met de patiënt realistische doelen op.
- Behandel eerst een eventuele onderliggende eetstoornis of ernstige psychische problematiek alvorens te werken aan gewichtsreductie.

Afhankelijk van het gezondheidsrisico is de behandeling meer of minder intensief. Verder spelen de motivatiefase, de voorkeur en mogelijkheden van de patiënt een rol bij de concrete invulling van het behandelplan.

Het behandelplan heeft als doel de gezondheidstoestand van de patiënt te verbeteren. Het beschrijft onder andere de zorgvraag, de oorzaken van de ervaren beperkingen, de medische en persoonlijke behandeldoelen, de behandelinterventies en de intensiteit van de behandeling. De verwachte effecten, voordelen en hindernissen van het vooropgestelde doel komen eveneens aan bod. Ook de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners worden in dit individueel zorgplan vastgelegd. Centraal in het multidisciplinair zorgplan is het expliciteren van visie en doelstellingen en dit zowel ten aanzien van de patiënt en zijn context als naar alle collega's die multidisciplinair samenwerken.

5.3.1 Visie: Focus op gezondheid i.p.v. gewicht

Men moet zich als zorgverstreker hoeden voor een 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. Bovendien is gewichtsreductie geen doel op zich, maar staat het in functie van een betere gezondheid en levenskwaliteit. Een focus op gezonde eet- en beweeggewoonten en een gezond lichaamsbeeld levert al gezondheidsvoordelen op zelfs wanneer er geen gewichtsverlies bereikt wordt [6]. Belangrijk is vooral een gezonde leefstijl aanmeten, eerder dan het gewichtsverlies op zich [3]. Het halen van de doelstellingen op vlak van gewicht aan de hand van ongezonde methoden moet ten zeerste worden ontmoedigd.

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 verdere gewichtstoename te voorkomen. Bij een vergrootte buikomvang, is het doel verdere gewichtstoename te voorkomen en de buikomvang te verkleinen [3].

In geval van overgewicht met geassocieerde comorbiditeiten, is het doel in ieder geval verdere gewichtstoename te voorkomen. Gewichtsverlies en/of het verminderen van de

buikomvang is aangewezen, maar het behoud van het gewichtsverlies is essentieel. Het gewicht stabiliseren kan al een eerste interessant doel zijn voor patiënten waarbij eerdere behandel pogingen 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 [3].

Doelstellingen zouden gebaseerd moeten zijn op het volledige risicoprofiel van de patiënt, eerder dan enkel op hun gewicht. De hervertaling hiervan ten aanzien van de patiënt kan als volgt gebeuren:

- Bespreek met de patiënt het volledige risicoprofiel, eerder dan enkel het gewicht.
- Vraag naar de eigen verwachtingen ten aanzien van het gewicht. Onrealistische verwachtingen op basis van gewicht kunnen leiden tot ontgoocheling en drop-out. Er wordt gestreefd naar een gewichtsverlies 5 à 10% van het lichaamsgewicht na een jaar, waarbij 1 à 2 kg per maand wordt afgevallen. Uitermate belangrijk is het behoud van de gewichtsreductie op lange termijn. Voor sommige patiënten is het voorkomen of vertragen van verdere gewichtstoename het enige realistische doel [3, 44, 49]. Doel is niet altijd een “normaal” gewicht, aangezien dit voor vele patiënten niet haalbaar is. Veel belangrijker is dat er samen een traject wordt gestart, waarbij gedragsverandering en motiverende gespreksvoering een cruciale plaats krijgen.
- Licht ook toe dat gewichtsverlies zonder formele medische indicatie risico's inhoudt, zeker wanneer beroep wordt gedaan op onevenwichtige diëten. Diëten gebaseerd op zeer lage calorieën (vb. minder dan 1000 kcal per dag) zijn niet aangewezen, behalve in uitzonderlijke gevallen. Ze moeten gesuperviseerd worden door een arts die gespecialiseerd is in voeding [3].
- Tot slot: peil naar motivatie in functie van leefstijlverandering. Gewicht is geen gedrag en mag dus niet als basis gebruikt worden om de motivatie van de patiënt te bevragen of beoordelen. Wel kan men peilen naar de motivatie om aanpassingen in de leefstijl te maken, en dit op concreet niveau (vb. minder frisdrank drinken).

5.3.2 Doelstellingen

Stel in overleg met de patiënt een individueel behandelplan op, op basis van realistische doelen. Het werken met doelstellingen is richtinggevend in de behandeling. Allereerst maakt het deel uit van een onderlinge afstemming van hulpvraag en hulpaanbod tussen de huisarts en de patiënt. Het vormt weliswaar de ruggengraat van het behandelplan, maar het is een proces dat geregeld bijgestuurd moet worden. Daarbij moet rekening gehouden worden met de aard en de ernst van het eet- of gewichtsprobleem, de context en de (on)mogelijkheden van de cliënt om van de hulp te kunnen en willen profiteren. Goede doelen zijn bij voorkeur pragmatisch: concreet, haalbaar en gepast voor de betrokken cliënt. Doelstellingen zorgen ervoor dat veranderingen gezien worden, wat impact heeft op de motivatie van de patiënt [25]. Het concretiseren van doelstellingen in mogelijke tussenstappen bevordert de haalbaarheid en daarmee de kans op succeservaringen. Uiteindelijk zullen doelstellingen dienen als criteria voor de beoordeling van het behandelingsverloop.

Gezien de complexiteit van de problematiek, wordt tijdens de behandeling op verschillende thema's gefocust. Herstel van een normaal eetpatroon en/of gewicht is dus niet het enige

behandeldoel, maar er wordt ook aandacht besteed aan de functie van het (eet)gedrag in de bredere context van het biopsychosociaal functioneren.

Tabel 9: Biopsychosociale doelstellingen

Lichamelijk functioneren	Fysieke gezondheid Eetgedrag en eetstructuur Beweging
Psychisch functioneren	Copingvaardigheden Zelfbeeld en zelfwaardering Lichaamsbeleving en seksualiteit
Sociaal functioneren	Familiecontext Vrienden en relaties Werk- en leefklimaat

Doelen op vlak van het lichamelijk functioneren zijn het bevorderen van de fysieke gezondheid en het normaliseren van eet- en beweggedrag. Verder zien we vaak dat eten functioneert als een manier om met een aantal problemen of moeilijke gevoelens om te gaan. Het uitbreiden van het copingrepertoire met een aantal ‘gezondere’ strategieën kan daarom een belangrijk aspect van de behandeling worden. Daarnaast blijkt bij patiënten met een gewichtsprobleem vaak een laag zelfbeeld of gering eigenwaardegevoel voor te komen. Kenmerkend is dat de stemming en zelfwaardering kan schommelen volgens het gewicht op de weegschaal. Een belangrijke doelstelling is dan ook de ontwikkeling van een positiever zelfbeeld en lichaamsbeleving. Tot slot zijn veel patiënten sociaal geïsoleerd geraakt. Schaamte, gebrekkig zelfvertrouwen, pesterijen kunnen bijdragen tot een verder isolement en afbrokkelen van het steunnetwerk. De (her)opbouw van sociale contacten en de uitbreiding van sociale vaardigheden zijn dan kerndoelstellingen. Ook het uitbouwen van een zinvolle dag- en weekactiviteit en voldoende succeservaringen kan bijdragen tot verbetering van het zelfwaardegevoel en het uitbreiden van de contactenkring.

Werken met en aan doelen betekent ook prioriteiten stellen. Men kan gezien de complexiteit van de problematiek geconfronteerd worden met een stapel doelstellingen. Hierin moet planmatig geselecteerd worden. Een goed behandelplan oriënteert hierbij en plaatst die doelen centraal die belangrijke thema’s zijn voor deze patiënt. Daarbij moet men ook voorrang geven aan dringende doelen of moet men ingrijpende veranderingen uitstellen tot de patiënt er klaar voor is. Belangrijk is dat de patiënt successen kan boeken.

5.4 Behandeling

Hoe gebeurt de opvolging en behandeling? (klinische vraag 10)

- Behandel comorbiditeiten, medische complicaties en psychiatrische problematiek.
- Werk samen met de patiënt aan het uitbouwen van een gezonde leefstijl.
- Bevorder het psychisch functioneren en welbevinden, maak gebruik van motivationele gespreksvoering.
- Medicatie speelt slechts een bijkomstige rol. De behandeling gaat in hoofdzaak om het doorvoeren van gedragsverandering.
- Bariatrische chirurgie is een optie vanaf een BMI van 35 met ernstige comorbiditeiten of vanaf een BMI van 40 in het geval van een gedocumenteerde afvalpoging van minstens 1 jaar. De beslissing tot chirurgie kan enkel worden genomen na uitgebreid multidisciplinair advies.

De aanpak van overgewicht en obesitas gebeurt 'gefaseerd' en is langdurig (levenslang). De risicostratificatie (EOSS-stadium) bepaalt mee de aard, de intensiteit en de multidisciplinariteit van de behandeling. Obesitaszorg is heel wat anders dan een "EMBM-advies" (Eet Minder Beweeg Meer). Het is een volwaardige begeleiding bij een chronisch (levenslang) probleem, vergelijkbaar met de aanpak van arteriële hypertensie, diabetes, hartfalen,...

De behandeling van overgewicht en obesitas berust op drie pijlers: (1) behandeling van comorbiditeit, medische complicaties en psychiatrische problematiek, (2) opbouwen van evenwichtige voeding, gezonde beweging en preventie van sedentair gedrag, (3) bevorderen van gezondheid, psychisch functioneren en welbevinden. De behandeling is gericht op het ondersteunen en bevorderen van zelfmanagement waarbij een blijvende verbetering van leefstijl wordt beoogd.

5.4.1 Behandeling van comorbiditeit, medische complicaties en psychiatrische problematiek

Het is mogelijk dat bij overgewicht en obesitas het lichamelijk functioneren in belangrijke mate verstoord is, zodat dit bijzondere aandacht vereist in het behandelplan. Uit het klinisch onderzoek kunnen gerichte doelstellingen voortkomen die samenhangen met een algemeen doel dat voor alle patiënten een rol speelt: streven naar een gezonder gewicht, een evenwichtig eetpatroon en bewegingsactiviteit. Complicaties en comorbiditeiten dienen behandeld te worden door de huisarts.

In het geval van een onderliggende eetstoornis of ernstige psychische problematiek is het belangrijk deze eerst te behandelen alvorens te werken aan gewichtsreductie. De aanwezigheid van een eetstoornis zal de behandeling van obesitas namelijk ondermijnen. Hiervoor kan worden samengewerkt met een psycholoog of psychiater met expertise op het domein [1].

5.4.2 Opbouwen van een gezonde leefstijl

Een normalisering van eetgedrag en eetpatronen is essentieel. Velen ervaren geen normaal honger- of verzadigingsgevoel meer en het eten wordt vooral bepaald door emoties en gedachten in plaats van door gezonde behoeften van het lichaam. Doelstellingen richten zich op het stapsgewijs uitbouwen en handhaven van een goede eetgewoonten. De huisarts kan eenvoudige voedingsadviezen verstrekken (zie bijlage 6). Voor uitgebreide advisering en bij probleemgedrag wordt de diëtist ingeschakeld.

Het is cruciaal bij de aanpak van overgewicht en obesitas om sedentair gedrag te beperken en voldoende dagelijkse beweging in te bouwen. Meta-analyses tonen aan dat de combinatie van dieet en beweging op lange termijn bijna dubbel zo effectief is als dieet alleen. Bovendien worden andere factoren positief beïnvloed door beweging, waar dieet geen of een negatieve invloed op heeft (bv. fysieke fitheid, basaal metabolisme, spiermassa, botdensiteit, mentale gezondheid) [50]. Interessant is bovendien dat beweging bij patiënten met een eetbuistoornis niet alleen zorgt voor een significante gewichtsafname, maar dat het in combinatie met cognitieve gedragstherapie (CGT) ook zorgt voor een sterkere vermindering van depressieve symptomen dan na CGT alleen [51]. Beweging is dus een essentieel onderdeel in elke aanpak van overgewicht en obesitas. Het opbouwen van beweging gebeurt best geleidelijk aan de hand van een aangepast bewegingsschema. 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 [44]. Bij risicovol overgewicht en obesitas kan het aangewezen zijn een kinesist of bewegingsdeskundige in te schakelen.

Het is belangrijk om stil te staan bij slaaphygiëne, stress- en timemanagement wat op een significante manier eetgedrag en activiteitspatronen kan beïnvloeden.

5.4.3 Bevorderen van psychosociaal functioneren en welbevinden

Naast herstel van lichamelijk functioneren en gezonde leefstijl wordt gewerkt aan het psychosociaal luik van de doelstellingen (zie 5.3.2 Doelstellingen): copingvaardigheden uitbreiden, werken aan zelfwaardering en lichaamsbeleving, de (her)opbouw van sociale contacten en het uitbouwen van een zinvolle job en een voldoeninggevend vrijetijdsleven.

Het verhogen van de motivatie tot gedragsverandering (ontwikkeling van een andere leefstijl) en het versterken van het zelfvertrouwen blijven van cruciaal belang doorheen heel het proces. Cognitieve gedragstherapie is effectief in het aanpakken van onderliggende mechanismen die gedragsverandering belemmeren. Er wordt gepleit om samen te werken

met een psycholoog. Ook bij aanwezigheid van eetbuien en impulscontroleproblemen is psychologische behandeling vereist [38, 52, 1].

De psycholoog kan ook de andere disciplines ondersteunen bij motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte interventies binnen ieders specifiek werkkader en tijdsbestek. Een duidelijk plan, concrete doelen, zelfmonitoring, positieve bekrachtiging en strikte geëngageerde opvolging zijn belangrijke steunpilaren hierbij.

5.5 Multidisciplinaire samenwerking

Wanneer is multidisciplinaire samenwerking nodig? Welke disciplines moeten hierbij betrokken worden en welke rol hebben ze? Wanneer en naar wie doorverwijzen? (klinische vraag 11)

- De huisarts heeft een triërende, een probleemverkennerende, een therapeutische en een coördinerende functie. De huisarts waarborgt de continuïteit in zorg.
- De diëtist kan helpen voor het voeren van een goede voedingsanamnese en bij herstel van een gezond eetpatroon, bij de keuze van voedingsmiddelen en bij de bereiding ervan. Indien nodig, kan de diëtist een dieet op maat uitwerken.
- De bewegingsdeskundige/kinesist kan een bewegingsschema op maat uitwerken en opvolgen om het beweeggedrag geleidelijk aan op te bouwen en een actievere leefstijl aan te houden.
- De psycholoog verdiept de anamnese met een goede psychosociale screening en heeft de nodige expertise om te werken aan gedragsverandering. De psycholoog voorziet psychotherapie in geval van een eetstoornis of psychische klachten. De psycholoog is ook 'backoffice' belangrijk in het adviseren van het team.
- De geneesheer-specialist wordt ingeschakeld bij ernstige medische complicaties of ernstige comorbiditeit. Samenwerking met de tweede lijn kan ook nodig zijn wanneer geopteerd wordt voor bariatrische chirurgie.
- De patiënt neemt zelf maximale verantwoordelijkheid op voor eigen gedragsveranderingen in het eigen zorgtraject.

Bij een risicoschatting EOSS 2 tot 4 wordt er overwogen of gekozen voor een multidisciplinaire aanpak van de obesitasproblematiek. Samenwerking op de eerste lijn in Vlaanderen is niet vanzelfsprekend. Ondertussen zijn gerichte stappenplannen ontwikkeld en is er vorming opgestart. Multidisciplinaire samenwerking mag nog meer doorgetrokken worden in basisopleidingen. Samenwerking met verschillende disciplines vraagt ook om (landelijke) afspraken omtrent beroepserkenning en profielafbakening, verwijsgedrag, communicatie, opvolging en terugbetaling. Deze afspraken kunnen concreet vertaald worden in een Lokaal Multidisciplinair Netwerk met behulp van een netwerkboek, sociale kaart of stappenplan.

Bij verwijzing naar de diëtist, psycholoog, bewegingsdeskundige/kinesist en geneesheer specialisten worden doel en planning afgesproken, via een voorschrift, verwijfsbrief of

telefonisch gesprek. De huisarts blijft in een coördinerende rol het medisch dossier opvolgen, ook na verwijzing naar de tweede lijn.

Er zijn verschillende vormen van multidisciplinair samenwerken op de eerste lijn mogelijk:

- Vanuit een huisartsenpraktijk met diëtist en psycholoog; elk werkt in eigen praktijklocatie, maar er is geregeld overleg (via brief, mail, of telefonisch)
- Vanuit een huisartsenpraktijk met vaste diëtist en vaste psycholoog die raadpleging houdt in de locatie van de huisartspraktijk met geregeld overleg.
- Vanuit de geïntegreerde interdisciplinaire eerstelijnspraktijk binnen één locatie met doorgedreven teamwerking

Omdat overleg cruciaal is, wordt hier als voorbeeld een stappenplan voor samenwerking met diëtist of psycholoog voorgesteld:

- Start: degelijke verwijsbrief van huisarts met biometrische gegevens, labowaarden, relevante medische gegevens, vraagstelling en gewenste overlegvorm.
- Na eerste consultatie door diëtist of psycholoog: kort verslag met bevindingen aan huisarts (voedingsanamnese/psychosociaal functioneren) en werkhypothese.
- Na drie consultaties door diëtist of psycholoog: uitgebreid vervolgrapport aan huisarts met metingen (gewicht, taille, lengte) of eventuele testresultaten, bevindingen uit anamnese, behandelplan, andere opmerkingen, voorstel tot verdere opvolging en afspraak verder overleg.
- Extra overleg: indien patiënt stopt, op een evaluatiemoment (bv. na 3 maanden begeleiding), bij belangrijke wendingen in de begeleiding.

5.5.1 Rol van de huisarts in een multidisciplinaire samenwerking

Overgewicht en obesitas vraagt een multidisciplinaire samenwerking (zeker vanaf EOSS stadium 2) die continuïteit in zorg waarborgt. De huisarts is hierin een belangrijke schakel. Hij heeft een triërende, een probleemverkennde, een therapeutische en een coördinerende functie.

5.5.2 Rol van de diëtist

De diëtist kan een belangrijke rol spelen in het multidisciplinair team op vlak van probleemverkenning en inventarisatie (voedingsgewoonten, gedrag, motivatie) en op vlak van persoonlijke begeleiding van patiënten. Voor een grondige voedingseducatie kan de huisarts naar een diëtist verwijzen. De diëtist kan helpen bij herstel van een gezond eetpatroon en bij de keuze van voedingsmiddelen en helpen bij de bereiding ervan. Indien een dieet nodig is, kan de diëtist op basis van de uitgebreide voedingsanamnese een dieet op maat voorschrijven, dat eenvoudig en verstaanbaar is, haalbaar, veilig en met goede resultaten op korte en lange termijn. De diëtist kan de patiënt begeleiden bij het volgen van dit dieet. De diëtist kan ook intensief begeleiden bij heel specifieke diëten: diabetes, hartfalen, nierinsufficiëntie,...

Bij samenwerking met een diëtist, is het belangrijk dat de huisarts de voorgeschiedenis, belangrijke parameters (lengte, gewicht, medicatie, comorbiditeiten, eventuele andere dieetmaatregelen zoals natriumbepanking,...), de aard van de problematiek en gestelde doelstellingen en verwachtingen doorgeeft [1].

5.5.3 Rol van de bewegingsdeskundige/kinesist

Bij overgewicht en obesitas moet enerzijds het sedentaire gedrag worden beperkt en anderzijds meer lichaamsbeweging worden ingebouwd in het dagelijkse leven. Het beweeggedrag inventariseren en opvolgen is dan ook essentieel. Een bewegingsdeskundige/kinesist die op de hoogte is van de problematiek kan helpen bij het maken van aangepaste keuzes bij belangrijke motorische en fysieke beperkingen en de gepaste trainingsmodaliteit selecteren voor maximaal vetmassaverlies in aanvulling van de belangrijkste interventie: een bewegingsprogramma in functie van een actievere leefstijl op maat van de leefsituatie van de patiënt. Het luik beweging als onderdeel van een actieve leefstijl is dus essentieel en mag niet ontbreken in de behandeling.

Een bewegingsdeskundige/kinesist kan aangepaste begeleiding voorzien indien er sprake is van osteo-artritis, gewrichtspijnen, immobiliteit van de gewrichten, (chronische) vermoeidheid, functionaliteitsverlies, (urinaire) incontinentie of kortademigheid. Ook kan de bewegingsdeskundige/kinesist bewegingsbegeleiding voorzien bij personen die omwille van obesitas last hebben van hypertensie, type 2 diabetes, hartziekten, CVA of astma.

5.5.4 Rol van de psycholoog

Aangezien bij de aanpak van overgewicht en obesitas een verandering van leefstijl cruciaal is, kan samenwerking met deze discipline een meerwaarde betekenen aangezien de psycholoog de nodige expertise heeft om te werken aan gedragsverandering. De inclusie van gedragstherapie bevordert de therapietrouw [30]. Bij de aanwezigheid van eetproblemen heeft de psycholoog (of psychiater) een cruciale rol [3]. Het is belangrijk een eventuele eetstoornis te behandelen vooraleer te starten met gewichtsreductie. Ook bij andere psychische klachten is de inbreng van een psycholoog soms aangewezen, onder andere bij depressieve klachten of ernstige stemmingswisselingen, een negatief zelfbeeld, verstoord lichaamsbeeld, angsten en vermijdingsgedrag, sterke stigmatisering of sociaal isolement. Een eerstelijnspsycholoog kan een belangrijke rol spelen als “back office” advisering aan huisartsen, diëtisten, kinesisten/bewegingsdeskundigen,... zonder daarom direct patiëntencontact te hebben. De psycholoog kan teamleden adviseren rond hun motiverende en oplossingsgerichte tussenkomsten.

5.5.5 Rol van de geneesheer specialist

Bij ernstige medische complicaties of bij ernstige comorbiditeit kan het aangewezen zijn de patiënt te verwijzen naar een geneesheer specialist: endocrinoloog, pneumoloog (slaapapneu), cardioloog, orthopedist,... Verder kan samenwerking nodig zijn wanneer geopteerd wordt voor bariatrische chirurgie.

Obesitasklinieken zijn multidisciplinaire tweede- en derdelijnscentra. Adequate verwijzing door de huisarts evenals betrekken van de huisarts bij een multidisciplinair advies rond de aanpak van de obesitaszorg zijn belangrijke voorwaarden voor een succesvolle en efficiënte zorg.

Het zorgtraject rond obesitas start idealiter in de eerste lijn die de groep van risicopatiënten vroegtijdig en laagdrempelig kan identificeren en doorverwijzen. Vanuit een algemene zorgvraag kan geïnventariseerd worden wat het probleem is en welke basiszorg geïndiceerd is. Meer gespecialiseerde obesitasteams in de tweede en derde lijn kunnen dan tussenkomen wanneer meer expertise vereist is. Aanmelding voor bariatrische zorg moet steeds voorafgegaan worden door een algemeen multidisciplinair obesitasconsult [42].

5.5.6 Rol van de patiënt

De patiënt volgt zelf het eigen zorgtraject op en informeert de betrokken zorgverstrekkers zo volledig mogelijk. Hij kan waar dit mogelijk is mee beslissen en mee denken over de aanpak van het gewichtsprobleem. Het is belangrijk om maximale verantwoordelijkheid voor de gedragsverandering bij de patiënt te laten. [53]

5.6 Evaluatie van de behandeling

Hoe gebeurt de evaluatie van de behandeling? Welke parameters moeten bij de opvolging geregeld opnieuw bepaald worden en hoe vaak? (klinische vraag 12)

- Wijzigingen in leefstijl zijn een belangrijkere parameter dan de absolute gewichtsreductie. De stabiliteit van de gedragsveranderingen en het welbevinden geven indicatie voor behandel succes.
- De huisarts evalueert de patiënt op duidelijk afgesproken tijdstippen en volgt de patiënt op lange termijn op. Follow-up kan gebeuren na 6 weken, 3 maanden, 6 maanden, 1 jaar en vervolgens elk half jaar als de gedragsverandering succesvol is. Bij alarmsignalen of te weinig succes, is frequentere evaluatie en bijsturing aangewezen.
- Alarmsignalen zijn een verdere toename in gewicht, bijkomende medische risicofactoren en een negatieve beleving van de patiënt bij de te maken leefstijlveranderingen.

Bij elk behandelplan hoort een evaluatie op regelmatige tijdstippen, zodat eventuele bijsturing mogelijk is. Zoals gewicht of BMI slechts één aspect is bij de inventarisatie, is de

gewichtsevolutie slechts één van de criteria ter evaluatie van de behandeling. Een goed behandelplan maakt gerichte evaluatie per doelstelling mogelijk. Belangrijk is een evaluatie te doen op breder fysisch-psycho-sociaal niveau met het accent op gezondheidsbevordering. Coaching en opvolging van de patiënt met overgewicht of obesitas zijn twee essentiële elementen in de aanpak. De obesitaszorg verloopt daarom ook 'gefaseerd' en heeft liefst van meet af aan ook een lange termijn aspect (2 jaar).

Follow-up na de initiële consultatie kan gebeuren na 6 weken en vervolgens na 3, 6 en 12 maanden. Als de gedragsverandering succesvol is, kan vervolgens overgeschakeld worden naar een follow-up elke 6 maanden [25]. Bij alarmsignalen of te weinig succes, is frequentere evaluatie aangewezen.

Alarmsignalen zijn een verdere toename in gewicht, bijkomende medische risicofactoren en een negatieve beleving van de patiënt bij de te maken leefstijlveranderingen. Het kan aangewezen zijn de inventarisatie opnieuw te doen, waarbij op sommige domeinen meer wordt toegespitst.

De huisarts evalueert de patiënt op duidelijk afgesproken tijdstippen. Hij volgt de comorbiditeit en risicofactoren nauwgezet op. In een volgende fase worden nieuwe doelstellingen en nieuwe afspraken vastgelegd.

Wijzigingen in de leefstijl zijn een belangrijkere parameter dan de absolute gewichtsreductie. De stabiliteit van de gedragsveranderingen en het welbevinden geven indicatie voor behandel succes.

Elke vooruitgang tegenover de situatie van voorheen moet gewaardeerd en aangemoedigd worden. Sowieso moet de opvolging door de huisarts op lange termijn voortgezet en georganiseerd worden [3].

Referenties

- [1] P. Van Royen, H. Bastiaens, A. D'Hondt, C. Provoost en W. Van Der Borght, „Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk,” *Huisarts Nu*, vol. 35, nr. 3, pp. 118-140, 2006.
- [2] AGREE Next Steps Consortium, AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen, 2009.
- [3] Haute Autorité de Santé, „Recommandation de bonne pratique. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique.,” Haute Autorité de Santé, Saint-Denis La Plaine, 2011.
- [4] Duodecim Medical Publications, „EBM Guidelines: assessment of an obese patient,” EBM Practice Net, <http://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00499>, 2011.
- [5] Duodecim, „De behandeling van obesitas,” EBM Practice Net, <http://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00500>, 2011.
- [6] Northern Health, „Position on health, weight and obesity. An integrated population health approach,” Northern Health, Canada, 2012.
- [7] M. Brems, M. Van Nuland en J. De Lepeleire, „Het Leuvens consultatiemodel: Peilen naar de ideeën, beleving en verwachtingen van de patiënt.,” *Huisarts Nu*, vol. 41, nr. 4, pp. 164-171, 2012.
- [8] Eetexpert, „Herkenning en aanpak van eet- en gewichtsproblemen: Draaiboek voor het CGG,” Eetexpert, Holsbeek, 2010.
- [9] Eetexpert, „Zorg voor kinderen met eet- en gewichtsproblemen: Draaiboek voor diëtisten,” Eetexpert, Holsbeek, 2008.
- [10] D. Neumark-Sztainer, „Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents?,” *International Journal of Eating Disorders*, nr. 38, pp. 220-227, 2005.
- [11] K. Escoto en S. French, „Unhealthy and healthy weight control behaviours among bus operators,” *Occupational Medicine*, nr. 62, pp. 138-140, 2012.
- [12] D. Neumark-Sztainer, M. Story, P. Hannan, C. Perry en L. Irving, „Weight-related concerns and behaviors among overweight and non-overweight adolescents: Implications for preventing weight-related disorders,” *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, nr. 156, pp. 171-178, 2002.
- [13] A. Field, S. Austin, C. Taylor, S. Malspeis, B. Rosner, H. Rockett, M. Millman en G. Colditz, „Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents,”

Pediatrics, nr. 112, pp. 900-906, 2003.

- [14] C. Fairburn, S. Welch, H. Doll, B. Davies en M. O'Connor, „Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study,” *Archives of General Psychiatry*, nr. 54, pp. 509-517, 1997.
- [15] E. Vanhauwaert, De actieve voedingsdriehoek. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ)., Leuven: Acco, 2012.
- [16] Eetexpert, „Vlaamse consensustekst in verband met evenwichtige voeding en beweging, ten behoeve van zorgverstrekkers,” Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Brussel, 2012.
- [17] Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, „De actieve voedingsdriehoek: een praktische voedings- en beweeggids,” VIGeZ, Brussel, 2012.
- [18] A. Hill, „Psychological aspects of obesity,” *Psychiatry*, nr. 4, pp. 26-30, 2005.
- [19] J. Van der Heyden, L. Gisle, S. Demarest, S. Drieskens, E. Hesse en J. Tafforeau, „Gezondheidsenquête België, 2008,” Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel, 2010.
- [20] Eetexpert, „Nieuwsbrief nr. 11,” Eetexpert, www.eetexpert.be, 2010.
- [21] A. Preti, G. Girolamo, G. Vilagut, J. Alonso, G. R.D., R. Bruffaerts, K. Demyttenaere, A. Pinto-Meza, J. Haro, P. Morosini en E.-W. Investigators, „The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMEd-WMH project,” *Journal of Psychiatric Research*, vol. 43, nr. 14, pp. 1125-1132, 2009.
- [22] Eetexpert, „Nieuwsbrief nr. 8,” Eetexpert, www.eetexpert.be, 2009.
- [23] Nederlands Huisartsen Genootschap, „NHG-standaard obesitas,” *Huisarts Wet*, vol. 53, nr. 11, pp. 609-625, 2010.
- [24] Partnerschap Overgewicht Nederland, „Zorgstandaard obesitas,” Partnerschap Overgewicht Nederland, Amsterdam, 2010.
- [25] N. Cavill, M. Hillsdon en T. Anstiss, „Brief interventions for weight management,” National Obesity Observatory, Oxford, 2011.
- [26] World Health Organization, „Brief intervention: The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care,” WHO, Geneva, 2010.
- [27] American Heart Association, „AHA scientific statement: New and emerging weight management strategies for busy ambulatory settings,” *Circulation*, nr. 124, pp. 1182-1203, 2011.
- [28] Academy for Eating Disorders, „AED Report: Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders,” Academy for Eating Disorders,

Verenigde Staten, 2011.

- [29] S. Kushner en D. Blatner, „Risk assessment of the overweight and obese patient,” *Journal of the American Dietetic Association*, nr. 105, pp. S53-S62, 2005.
- [30] Belgian Association for the Study of Obesity, „De consensus van de BASO: Een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas,” BASO, Leuven, 2000.
- [31] B. Boland, T. Christiaens, G. G. F. Goderis, H. Philips, F. Smeets, N. Van de Vyver en D. Van Duppen, „Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Globaal cardiovasculair risicobeheer,” *Huisarts Nu*, vol. 36, nr. 7, pp. 339-369, 2007.
- [32] K. Gans, E. Ross, C. Barner, J. Wylie-Rosett, J. McMurray en C. Eaton, „REAP and WAVE: New tools to rapidly assess/discuss nutrition with patients,” *The Journal of Nutrition*, nr. 133, pp. 556S-562S, 2003.
- [33] Y. Freedhoff en A. Sharma, *Best weight: A practical guide to office-based obesity management*, Canada: Canadian Obesity Network, 2010.
- [34] J. Wilding, „Pathophysiology and aetiology of obesity,” *Medicine*, vol. 39, nr. 1, pp. 6-10, 2010.
- [35] M. Sabin, G. Werther en W. Kiess, „Genetics of obesity and overgrowth syndromes,” *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, nr. 25, pp. 207-220, 2011.
- [36] C. Tsigos, V. Hainer, A. Basdevant, N. Finer, M. Fried, E. Mathus-Vliegen, D. Micic, M. Maislos, G. Roman, Y. Schutz en H. Toplak, „Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines,” *Obesity Facts*, nr. 1, pp. 106-116, 2008.
- [37] L. McLaren, „Socioeconomic status and obesity,” *Epidemiologic reviews*, vol. 29, pp. 29-48, 2007.
- [38] A. Vermassen, J. Vanderlinden en G. Pieters, „Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk: diagnose en behandeling,” *Tijdschrift voor Geneeskunde*, nr. 68, pp. 1035-1049, 2012.
- [39] Eetexpert, „Vroegdetectie bij eet- en gewichtsproblemen,” Eetexpert, Holsbeek, 2012.
- [40] Centre for Eating and Dieting Disorders, „Eating Disorders: Information for GP's and health professionals,”
<http://www.cedd.org.au/uploads/Information%20pamphlet%20for%20GPs%20and%20health%20professionals.pdf>.
- [41] Eetexpert, „Verslag werkgroep interdisciplinaire eerstelijnspraktijken 04/06/2010,” Eetexpert, Herent, 2010.
- [42] Eetexpert, „Aanbevelingen voor het werk van psychologen in een obesitasteam,” Eetexpert, Holsbeek, 2011.

- [43] A. Sharma en R. Kushner, „Review: A proposed clinical staging system for obesity,” *International Journal of Obesity*, nr. 33, pp. 289-295, 2009.
- [44] Canadian Obesity Network, „5As of obesity management,” Canadian Obesity Network, Canada, 2012.
- [45] R. Padwal, N. Pajewski, D. Allison en A. Sharma, „Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity,” *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, nr. 14, pp. E1059-E1066, 2011.
- [46] K. Flegal, B. Kit, H. Orpana en B. Graubard, „Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review,” *Journal of American Medical Association*, vol. 309, nr. 1, pp. 71-82, 2013.
- [47] CZ, „Bariatrische chirurgie. Verantwoordingsdocument voorkeursbeleid 2011-2012.,” 2012.
- [48] W. Vandereycken en G. Noordenbos, *Handboek eetstoornissen*, Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij, 2002.
- [49] Scottish Intercollegiate Guidelines Network, „Management of obesity: a national clinical guideline,” SIGN, Edinburgh, 2010.
- [50] D. Hansen, P. Dendale, J. Berger, L. van Loon en R. Meeusen, „Review article: The effects of exercise training on fat-mass loss in obese patients during energy intake restriction,” *Sports Medicine*, vol. 37, nr. 1, pp. 31-46, 2007.
- [51] D. Vancampfort, J. Vanderlinden, G. Pieters, A. De Herdt, A. Schueremans, A. Adriaens, W. Van Der Borght, M. De Hert en M. Probst, „Overzichtsartikel: bewegingsgerichte interventies in de multidisciplinaire behandeling van eetbuistoornissen; een literatuuronderzoek,” *Tijdschrift voor Psychiatrie*, vol. 54, nr. 8, pp. 719-730, 2012.
- [52] A. Jansen, C. Nederkoorn, A. Roefs, C. Martijn, R. Havermans en S. Mulkens, „Waarom obesitas in de GGZ behandeld moet worden,” *GZ-Psychologie*, nr. 2, pp. 38-44, 2009.
- [53] Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, „Goed patiëntschap: Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt,” RVZ, Den Haag, 2007.
- [54] J. Wens, P. Sunaert, F. Nobels, L. Feyen, P. Van Crombrugge, H. Bastiaens en P. Van Royen, „Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Diabetes mellitus type 2,” WVVH/VDV. , Berchem/Gent, 2005.
- [55] M. Roelants en R. Hauspie, „Vlaamse groeicurven,” Laboratorium voor Antropogenetica, Vrije Universiteit Brussel, www.vub.ac.be/groeicurven, 2004.

Samenvatting

Dit draaiboek heeft tot doel huisartsen te ondersteunen bij de identificatie, diagnosestelling, risicostratificatie en behandeling van volwassenen met overgewicht en obesitas. Doel is een praktijkgericht stappenplan te voorzien voor huisartsen, gebaseerd op gevalideerde richtlijnen en nieuwe wetenschappelijke inzichten. Het draaiboek sluit naadloos aan op het stappenplan voor de diëtist en psycholoog, zodat een multidisciplinaire samenwerking gefaciliteerd wordt.

Visie op aanpak van overgewicht en obesitas

Obesitas is een complexe, chronische en vaak progressieve aandoening die verschillende medische problemen veroorzaakt. Een adequate aanpak van overgewicht en obesitas vereist gedragsveranderingen in leefstijl die vervolgens gehandhaafd moeten worden. Een aanpak en opvolging op **lange termijn** is dan ook noodzakelijk.

Ondanks het feit dat obesitas en eetstoornissen vaak als twee aparte domeinen benaderd werden, blijkt hoe langer hoe meer de nauwe band tussen overgewicht en eetstoornissen. **Eetstoornissen en overgewicht (obesitas) zijn aan elkaar gekoppeld** 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. Een goede inschatting en begeleiding van de problematiek dient men steeds te situeren tegen de achtergrond van het algemeen welzijn en welbevinden.

We pleiten voor een **integrale aanpak**, een verkenning op drie vlakken: voeding (incl. eetgedrag), somatisch en psychosociaal functioneren. In de praktijk is een samenwerking tussen een medicus (huisarts, endocrinoloog), een diëtist, kinesist/bewegingsdeskundige en een psycholoog (psychiater, orthopedagoog) daarom vaak aangewezen. De zorg voor eet- en gewichtsproblemen vraagt een multidisciplinaire samenwerking die continuïteit in zorg waarborgt. De huisarts is hierin een belangrijke schakel en heeft een coördinerende functie.

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 brede focus van de huisartspraktijk en de bijzondere mogelijkheden van de huisarts om letterlijk aan huis te komen, leunt aan bij deze visie.

We pleiten voor betere samenwerking tussen bestaande diensten volgens een **stepped-care model** waarbij verschillende graden van specialisatie het zorgaanbod voor volwassenen met eet- en gewichtsproblemen kunnen invullen. Niet iedereen heeft iemand nodig die expert is in de problematiek. Hulpverleners in de eerste lijn moeten wel op tijd signalen herkennen wanneer doorverwijzing nodig is.

Tenslotte pleiten we voor **een goede netwerkvorming per regio**.

Rol van de huisarts

- De huisarts is de spilfiguur bij de detectie van overgewicht en obesitas.
- De huisarts zorgt voor een goede screening en medische opvolging.
- De huisarts heeft een coördinerende rol in de multidisciplinaire samenwerking en bewaakt de continuïteit van het zorgtraject.

Wat is gezond?

Recent werd in Vlaanderen een consensustekst opgesteld ten behoeve van zorgverstrekkers in verband met voeding, beweging en sedentair gedrag. Deze tekst is mede gebaseerd op de 'actieve voedingsdriehoek' en brengt de diversiteit aan aanbevelingen samen. We geven een kort overzicht van de aanbevelingen in verband met gezonde voeding en beweging voor elke leeftijdscategorie.

Wat is overgewicht/obesitas en wat zijn eetproblemen ?

We beschrijven wat (over)gewichtproblemen zijn, maar we gaan verder dan dat. Nieuwe inzichten beschrijven hoe eet- en gewichtsproblemen aan elkaar gekoppeld zijn. Het is belangrijk dat de huisarts zich niet enkel baseert op het gewicht of BMI bij de detectie van gewichtsgelateerde problemen.

In de totale groep obese personen wordt geschat dat een derde een ernstig eetprobleem heeft (overeten, eetbuien). Er bestaat een belangrijke overlap tussen obesitas en eetstoornissen. Enerzijds maken personen met obesitas vaak gebruik van ongezonde methodes tot gewichtscontrole. Anderzijds ontwikkelen personen met een eetbuistoornis vroeger en ernstiger obesitas. We bespreken daarom de verschillende eetstoornissen die aan bod kunnen komen bij overgewicht en obesitas.

Stappenplan

Aanmeldingsklacht of hulpvraag

Bij wie screenen naar het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico?

- Patiënten met eigen hulpvraag rondom gewichtsbeheersing.
- Patiënten met aan overgewicht en obesitas gerelateerde risicofactoren en comorbiditeit.
- Preventieve attitude van de huisarts: routinematig gezondheidsonderzoek of huisarts ziet aanleiding om gewicht bespreekbaar te maken.

De huisarts oriënteert de klacht in functie van het ICE-principe, waarbij wordt gepeild naar de ideeën, de beleving en verwachtingen van de patiënt.

Belangrijk is een niet beschuldigende, respectvolle en empathische houding te hanteren. In deze allereerste fase moet de focus nog niet op gedragsverandering liggen, maar de bereidheid van de patiënt nagegaan worden om het thema te bespreken en de problematiek in kaart te brengen. Zo nodig laat de huisarts het onderwerp rusten tot een vervolgsessie.

Anamnese en klinisch onderzoek

Ongeacht de aard van de aanmelding, hoort een exploratie in de breedte. De bedoeling is te onderzoeken of er een objectief probleem is en dit te inventariseren.

1. Bepaal het medisch risico op basis van BMI, buikomtrek, cardiovasculair risico, (risico op) diabetesmellitus, cholesterolwaarden en gewichtsgerelateerde comorbide aandoeningen.
2. Inventariseer de voorgeschiedenis, familiale belasting en het gewichtsverloop
3. Breng mogelijke oorzaken van het overgewicht in kaart: leefstijl, medicatie, lichamelijke oorzaken, sociaal economische situatie
4. Spoor eetstoornissen op
5. Inventariseer de impact van het overgewicht op de levenskwaliteit

Inschatting van de ernst en indicatiestelling

Het medisch risico kan worden ingeschat door de medische gegevens vanuit het klinisch onderzoek. De inschatting van de ernst bij overgewicht en obesitas gebeurt niet alleen op basis van het medisch risico, ook de impact op het lichamelijk functioneren, functionele beperkingen, psychologische symptomen en de weerslag op het welzijn moet in rekening worden gebracht. Een inschatting van de ernst bij obesitas en overgewicht kan volgens het Edmonton Obesity Staging System (EOSS). Naargelang de stadiëring van het gewichtsprobleem zal de behandeling intensiever zijn en zal de huisarts samenwerken met andere disciplines.

Zorgtraject

Geef gepersonaliseerde en objectieve feedback over het risicoprofiel van de patiënt. Geef informatie en duiding. Het is vervolgens belangrijk om na te gaan of de patiënt wel degelijk verandering wil, wat de verwachtingen zijn en hoeveel zelfvertrouwen de patiënt hiervoor heeft. De aanpak van gewichtsproblemen vergt immers een grote inzet van de patiënt aangezien leefstijlveranderingen de sleutel zijn tot succes. Door middel van korte interventies kan de huisarts de motivatie van de patiënt in kaart brengen en hem of haar stimuleren om verantwoordelijkheid op te nemen in het eigen zorgtraject. Om de patiënt tot verandering te motiveren, is het van belang de aanpak aan te passen aan het motivationele stadium waarin de patiënt zich bevindt. Inspelen op de nood aan autonomie, verbondenheid en competentie werkt motivatieversterkend.

Afhankelijk van het gezondheidsrisico is de behandeling meer of minder intensief. Verder spelen de motivatiefase, de voorkeur en mogelijkheden van de patiënt een rol bij de concrete invulling van het behandelplan. Doelstellingen moeten realistisch zijn en zouden gebaseerd moeten zijn op het volledige risicoprofiel van de patiënt, eerder dan enkel op hun gewicht. De behandeling van overgewicht en obesitas berust op drie pijlers: (1) behandeling van comorbiditeit, medische complicaties en psychiatrische problematiek, (2) opbouwen van evenwichtige voeding, gezonde beweging en preventie van sedentair gedrag, (3) bevorderen van gezondheid, psychisch functioneren en welbevinden. De behandeling is gericht op het

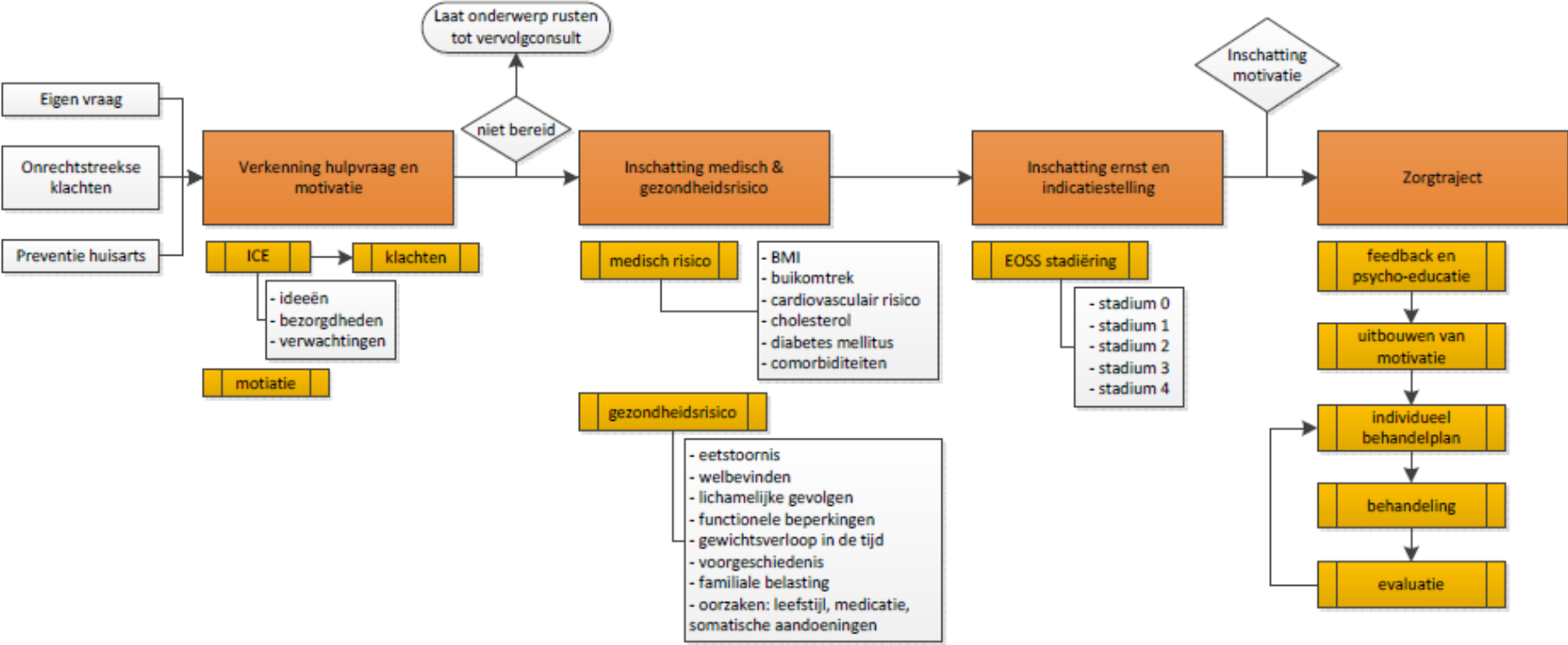
ondersteunen en bevorderen van zelfmanagement waarbij een blijvende verbetering van leefstijl wordt beoogd.

De huisarts heeft een triërende, een probleemverkennde, een therapeutische en een coördinerende functie. De huisarts waarborgt de continuïteit in zorg. De diëtist kan helpen voor het voeren van een goede voedingsanamnese en bij herstel van een gezond eetpatroon, bij de keuze van voedingsmiddelen en bij de bereiding ervan. Indien nodig, kan de diëtist een dieet op maat uitwerken. De kinesist/bewegingsdeskundige kan een bewegingsschema op maat uitwerken om het beweeggedrag geleidelijk aan op te bouwen. De psycholoog verdiept de anamnese met een goede psychosociale screening en heeft de nodige expertise om te werken aan gedragsverandering. De psycholoog voorziet psychotherapie in geval van een eetstoornis of psychische klachten. De psycholoog is ook 'backoffice' belangrijk in het adviseren van het team. De geneesheer specialist wordt ingeschakeld bij ernstige medische complicaties of ernstige comorbiditeit. Samenwerking met de tweede lijn kan ook nodig zijn wanneer geopteerd wordt voor bariatrische chirurgie. De patiënt neemt zelf maximale verantwoordelijkheid op voor eigen gedragsveranderingen in het eigen zorgtraject.

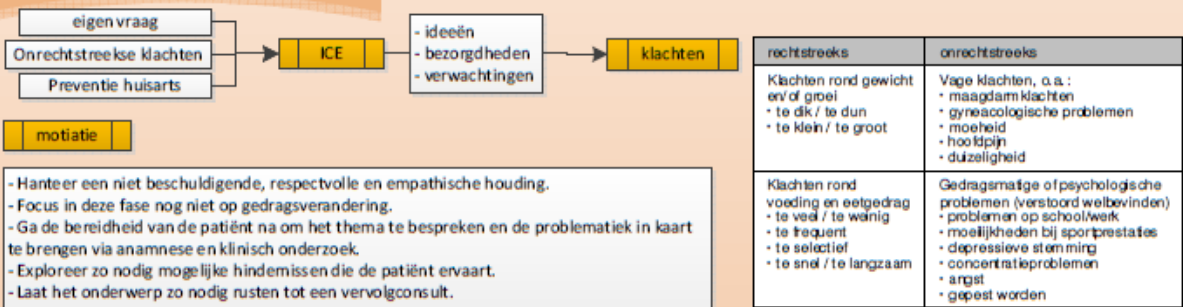
Evaluatie van de behandeling

Wijzigingen in leefstijl zijn een belangrijkere parameter dan de absolute gewichtsreductie. De stabiliteit van de gedragsveranderingen en het welbevinden geven indicatie voor behandel succes. De huisarts evalueert de patiënt op duidelijk afgesproken tijdstippen en volgt de patiënt op lange termijn op. Follow-up kan gebeuren na 6 weken, 3 maanden, 6 maanden, 1 jaar en vervolgens elk half jaar als de gedragsverandering succesvol is. Bij alarmsignalen of te weinig succes, is frequentere evaluatie aangewezen. Alarmsignalen zijn een verdere toename in gewicht, bijkomende medische risicofactoren en een negatieve beleving van de patiënt bij de te maken leefstijlveranderingen.

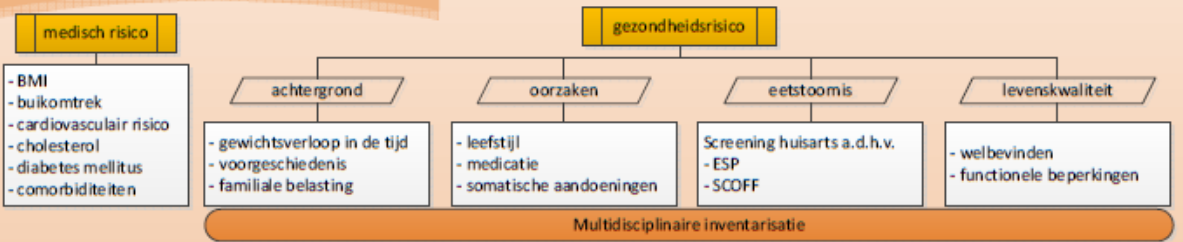
Bijlage 1: flowchart stappenplan



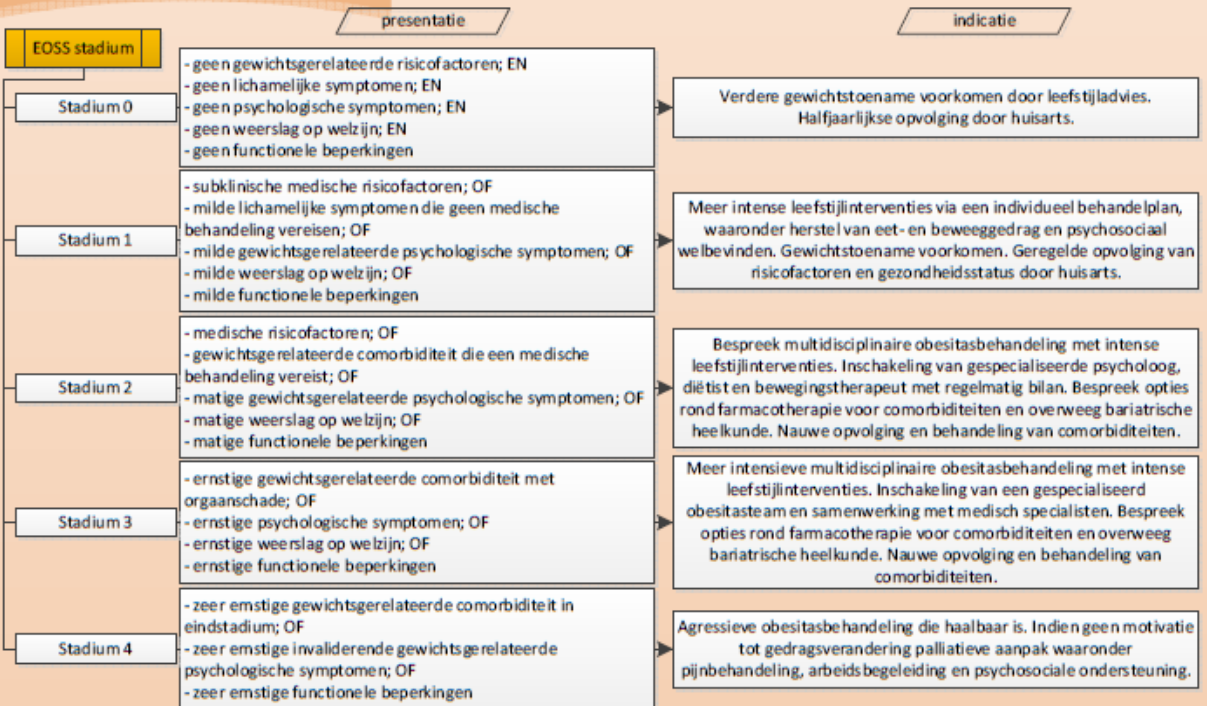
Verkenning hulpvraag en motivatie



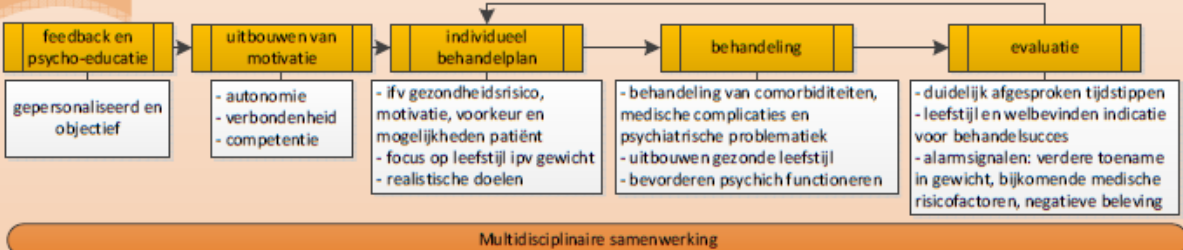
Inschatting medisch & gezondheidsrisico



Inschatting ernst en indicatiestelling



Zorgtraject



Bijlage 2: leidraad voor de anamnese

Naam:

Dossiernr:

Datum consult:/...../.....

1. Klachten

Rechtstreeks

- vragen rond gewicht
- vragen rond voeding en/of eetgedrag
- vragen rond beweging en/of sedentair gedrag

Onrechtstreeks

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> maagdarmlaachten | <input type="checkbox"/> problemen op het werk |
| <input type="checkbox"/> cardiovasculaire problemen | <input type="checkbox"/> moeilijkheden bij sportprestaties |
| <input type="checkbox"/> gynaecologische problemen | <input type="checkbox"/> depressieve stemming |
| <input type="checkbox"/> moeheid | <input type="checkbox"/> concentratieproblemen |
| <input type="checkbox"/> hoofdpijn | <input type="checkbox"/> angst |
| <input type="checkbox"/> duizeligheid | <input type="checkbox"/> stress |
| <input type="checkbox"/> lusteloosheid | <input type="checkbox"/> frustratie |
| <input type="checkbox"/> kortademigheid | <input type="checkbox"/> negatief zelfbeeld |
| <input type="checkbox"/> verminderde mobiliteit | <input type="checkbox"/> psychiatrische aandoening |

Andere:

.....
.....
.....
.....

2. Exploratie hulpvraag

Vernoemt patiënt ideeën over de mogelijke diagnose, behandeling of prognose?

nee ja:

Is patiënt bezorgd of angstig over een mogelijke diagnose of behandeling? Waarom?

nee ja:

Zijn er verwachtingen (wat patiënt wil) aanwezig voor wat betreft diagnose of behandeling?

nee ja:

3. Medisch risico

- BMI normaal (BMI 18.5-25)
 overgewicht (BMI 25-30)
 obesitas (BMI \geq 30)
- Buikomtrek normaal (M: \leq 94 cm, V: \leq 80 cm)
 vergroot (M: 94-102 cm, V: 80-88 cm)
 sterk vergroot (M: \geq 102 cm, V: \geq 88 cm)
- Cardiovasculair risico laag (10 jaars risico sterfte 0-4%)
 matig (10 jaars risico sterfte 5-9%)
 hoog (10 jaars risico sterfte \geq 10%)
- Diabetes mellitus geen risicofactoren
 gestoorde nuchtere glycemie
 diabetes mellitus
- Cholesterol LDL \geq 115 mg/dl
 HDL $<$ 40 mg/dl
 Triglyceriden $>$ 180 mg/dl
- Comorbiditeiten diabetes
 hart- en vaatziekten
 slaapapneu
 artrose

3. Voorgeschiedenis

gewicht: Gewichtsschommelingen:
lengte: minimumgewicht: kg
BMI: maximumgewicht: kg
buikomtrek:

Gewichtsverloop in de tijd: (gebaseerd op eerdere metingen of op anamnese)

- stabiel gebleven
 sterk wisselend geweest, periodes van bijkomen en afvallen
 gestaag toegenomen: kg op jaar/maanden/weken
 plots toegenomen kg op jaar/maanden/weken
 gestaag afgenomen kg op jaar/maanden/weken
 plots afgenomen kg op jaar/maanden/weken

geboortegewicht: gewicht op 18-jarige leeftijd:
overgewicht in verleden? ja nee psychiatrische geschiedenis? ja nee

Familiale belasting:

- eetstoornis:
- obesitas:
- cardiovasculair:
- diabetes mellitus:
- stemmings- en angststoornissen:
- alcohol en drugmisbruik:

Eerdere behandelingspogingen:

Pogingen van patiënt zelf:.....

- Hulpverlening: verleden:
- heden:
- afwezig

Hoe zijn deze behandelingspogingen verlopen? (tevredenheid, succes,...)

.....

.....

.....

4. Mogelijke oorzaken van het overgewicht

Leefstijl:

- onregelmatig eetpatroon en/of onevenwichtige voeding
- verstoord eetgedrag (braken, laxeren, eetbuien, pica, selectief eten, eetstoornis,...)
- sedentaire, zittende leefstijl en/of onvoldoende fysieke activiteit
- slaaptekort
- middelengebruik (alcohol, drugs,...)

Medicatie:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> corticosteroïden | <input type="checkbox"/> antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> antipsychotica | <input type="checkbox"/> bètablokkers |
| <input type="checkbox"/> anti-migraine middelen | <input type="checkbox"/> anticonvulsiva |
| <input type="checkbox"/> insuline | <input type="checkbox"/> anticonceptiva en geslachtshormonen |
| <input type="checkbox"/> orale antidiabetica | |

Somatische aandoeningen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hypothyreoïdie | <input type="checkbox"/> polycysteus ovariumsyndroom |
| <input type="checkbox"/> Cushingsyndroom | <input type="checkbox"/> chronische ziekte met bewegingsbeperking |
| <input type="checkbox"/> andere ⁹ | |

⁹ Andere zeldzame somatische aandoeningen die tot overgewicht kunnen leiden : hypofysaire insufficiëntie, hyperinsulinisme, syndroom van Down, Prader Willi syndroom, Bardet Beidl syndroom, Alström syndroom, Albright hereditaire osteodystrofie, Carpenter syndroom, MOMO syndroom, Rubenstein-Taybi syndroom, neurologische afwijkingen of verminderde visus of gezichtsveldbeperking, leptinedeficiëntie of leptine receptor mutatie.

5. Impact

Psychosociaal

- verstoorde lichaamsbeleving
- verstoord welbevinden
- depressieve klachten

Cardiovasculair

- hypertensie
- hart- en vaatziekten
- congestief hartfalen
- veneuze insufficiëntie en veneuze trombose
- spataderen
- longembolie

Metabool

- insulineresistentie
- dyslipidemie
- metabool syndroom
- diabetes mellitus type 2
- hyperurikemie

Respiratoir

- asthma (door o.a. Gastro-oesofagale reflux)
- obstructieve slaapapneu
- hypoxemie
- obesitas hypoventilatie (Pickwick) syndroom
- dyspneu

Gastro-intestinaal

- niet-alcoholische leversteatose (NASH)
- gastro-oesofagale reflux (GERD), pyrosis
- galstenen
- hernia
- slokdarm, dunne darm-, colon-, rectum-, lever-, galblaas- of pancreaskanker

Musculoskeletaal

- axiale artritis
- jicht
- skeletafwijkingen (artrose, pes planus/platvoeten)
- lage rugpijn en pijn in de benen
- verminderde mobiliteit
- gewrichtslast

Neurologisch

- beroerte
- meralgia paresthetica

Reproductief systeem

- polycystisch ovariumsyndroom
- infertiliteit, menstruatieproblemen, zwangerschapscomplicaties
- hirsutisme
- hypogonadisme (mannen)
- ♀: endometrium-, baarmoederhals-, eierstok-, of borstkanker
- ♂: prostaatkanker

Huid

- huidinfectie
- striae
- slechtere wondheling
- maceratie in de huidplooiën
- karbonkel
- cellulitis
- lymfoedeem
- intertrigo
- acanthosis nigricans

Renale

- urinaire (stress) incontinentie
- proteïnurie, nefrotisch syndroom
- obesitas-gerelateerde glomerulopathie
- hyperuricemie
- nierkanker

Varia

- paradontale aandoeningen
- complicaties van anesthesie
- zweten

6. Screening eetstoornissen

SCOFF:

Wekt u braken op omdat u zich met een “volle maag” niet goed voelt? ja nee

Bent u bang dat u geen controle meer heeft over de hoeveelheid die u eet? ja nee

Bent u meer dan 6 kg afgevallen in 3 maanden? ja nee

Denkt u dat u te dik bent, terwijl anderen vinden dat u mager bent? ja nee

Vindt u dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in uw leven? ja nee

ESP (Eating disorder Screen for Primary care):

Bent u tevreden over uw eetgewoonten? * ja nee

Eet u ooit wel eens in het geheim? ja nee

Heeft uw gewicht invloed op hoe u zich voelt? ja nee

Hebt u nu last van een eetstoornis, of heeft u dat in het verleden ooit gehad? ja nee

Score SCOFF: .../5

Score ESP: .../4

De score op de SCOFF en de ESP wordt bepaald door een punt te tellen per “ja”-antwoord (uitgezonderd de eerste vraag van de ESP, waar een punt wordt geteld indien het antwoord “nee” is). Bij een score van 2 of hoger op één van beide instrumenten is er aanwijzing voor een eetstoornis.

7. Inschatting motivatie

patiënt stelt zich weinig of geen vragen bij de eigen leefstijl, overweegt geen gedragsverandering

patiënt begint voor- en nadelen af te wegen, maar er is nog geen gedragsverandering

patiënt heeft beslist om gedrag te veranderen en maakt voornemens op dit vlak

patiënt levert reeds zichtbare inspanningen om te veranderen, dit gebeurt met vallen en opstaan

patiënt heeft reeds meerdere succeservaringen, heeft zich nieuwe gewoontes eigen gemaakt

patiënt had zich nieuwe gewoontes eigen gemaakt, maar is (deels) hervallen in oude gewoontes

8. Besluit + bijkomende belangrijke informatie

.....

.....

.....

Bijlage 3: DSM-IV criteria van eetstoornissen

Boulimia nervosa

- A. Recidiverende episodes van eetbuien. Een episode wordt gekarakteriseerd door beide volgende:
 - Het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
 - Een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet).
- B. Recidiverend inadequaot compensatoir gedrag om gewichtstoename te voorkomen, zoals zelfopgewekt braken; misbruik van laxantia, diuretica of klysma's of andere geneesmiddelen; vasten; of overmatige lichaamsbeweging.
- C. De eetbuien en de inadequate compensatoire gedragingen komen beide gemiddeld ten minste tweemaal per week gedurende drie maanden voor.
- D. Het oordeel over zichzelf wordt in onevenredige mate beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht.
- E. De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episodes van anorexia nervosa.

Eetbuistoornis (onderzoekscriteria)

- A. Recidiverende episodes van eetbuien. Een episode wordt gekarakteriseerd door beide volgende:
 - Het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
 - Een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet).
- B. De episodes van eetbuien gaan gepaard met drie (of meer) van de volgende criteria:
 - Veel sneller eten dan gewoonlijk.
 - Dooreten tot een ongemakkelijk vol gevoel is bereikt.
 - Grote hoeveelheden voedsel verorberen zonder fysieke honger te voelen.
 - In eenzaamheid eten uit schaamte over de grote hoeveelheid voedsel die gegeten wordt.
 - Na het overeten walgen van zichzelf, zich depressief of erg schuldig voelen.
- C. Merkbaar ongenoegen over de eetbuien is aanwezig.
- D. De eetbuien komen gemiddeld ten minste twee dagen per week gedurende zes maanden voor.
- E. De eetbuien gaan niet gepaard met regelmatig inadequaot compensatoir gedrag (bijvoorbeeld zelfopgewekt braken, het misbruik van laxantia, vasten of overmatige lichaamsbeweging) en de stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens het beloop van anorexia nervosa of boulimia nervosa.

Bijlage 4: Diabetes Mellitus

Gerichte screening wordt aangeraden bij een verhoogd cardiovasculair risico en bij [54]:

- Personen van 18-45 jaar die voldoen aan één van de volgende voorwaarden:
 - o voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes
 - o voorgeschiedenis van stresshyperglycemie
- of aan twee van de volgende voorwaarden:
 - o voorgeschiedenis van een bevalling van een baby van meer dan 4,5 kg
 - o diabetes bij eerstegraadsverwanten (moeder/zus/vader/broer)
 - o BMI \geq 25
 - o buikomtrek van $>$ 88 cm (vrouwen) of $>$ 102 cm (mannen)
 - o behandeling voor hoge bloeddruk of corticoïdenbehandeling
- Personen van 45-65 jaar, als aan één enkele van de bovenstaande voorwaarden is voldaan.
- Personen vanaf 65 jaar, ongeacht of er risicofactoren aanwezig zijn.

De screening gebeurt bij voorkeur door een bepaling van de nuchtere glycemie op veneus bloed (BASO, 2000; Domus Medica, 2005; PON, 2010). Internationaal gaan er stemmen op om ook te screenen met een HbA1c, maar in België is dit nog geen terugbetaalde test hiervoor.

normaal	$<$ 100 mg/dl
gestoorde nuchtere glycemie	100 – 125 mg/dl
diabetes mellitus	\geq 126 mg/dl

De diagnose van diabetes wordt gesteld wanneer de waarden bij twee bloedafnames verhoogd zijn (nuchtere glycemie \geq 126 mg/dl).

Bijlage 5: Psycho-educatie

Hoe ontstaat overgewicht/obesitas?

- De belangrijkste oorzaak van overgewicht is te veel eten en te weinig bewegen. Als u meer eet dan uw lichaam nodig heeft, dan worden de voedingsstoffen in lichaamsvet omgezet.
- In zeldzame gevallen wordt obesitas veroorzaakt door erfelijke ziekten, hormonale stoornissen of letsels van het centraal zenuwstelsel. Van enkele medicamenten is bekend dat ze overgewicht kunnen veroorzaken.
- In de meeste gevallen zijn overgewicht en obesitas mede het gevolg van een maatschappelijke context en een (op)voedingsomgeving die het gebruik van zoete en vetrijke voedingsmiddelen en dranken aanmoedigt en de spontane bewegingsactiviteiten afremt.
- De wijze waarop het lichaam haar energiehuishouding organiseert en de eetlust regelt, wordt in grote mate genetisch bepaald. De erfelijke aanleg maakt dat sommige mensen, blootgesteld aan dezelfde ongunstige voedingsomgeving, gemakkelijker en sneller obesitas ontwikkelen dan anderen. Onze aanleg is verantwoordelijk voor de mate waarin we verdikken, maar onze eet- en beweeggewoonten zijn verantwoordelijk voor het feit of we al dan niet dikker worden. Dit heeft tot gevolg dat gezonde leefgewoonten levenslang moeten worden aangehouden.

Gevolgen van overgewicht/obesitas

- Lichamelijke gevolgen
Obesitas is veroorzaakt verschillende medische aandoeningen, zoals diabetes mellitus, hart- en vaatziekten,... Het verhoogt de sterftekans aanzienlijk. Door het grote lichaamsgewicht, worden verder ook bepaalde delen van het lichaam overbelast. Dit zorgt voor klachten aan voeten, knieën, benen en rug. Ook kortademigheid, snurken, hoofdpijn, slaapstoornissen, huidinfecties zijn veel voorkomende problemen.
- Psychologische en sociale gevolgen
Naast lichamelijke gevolgen, kan overgewicht ook een behoorlijke invloed op het sociale leven hebben. Personen met overgewicht kunnen kampen met een negatief zelfbeeld, hebben vaak een verstoord welbevinden en ervaren regelmatig stigmatisering. Er is bovendien een verband met psychische stoornissen. Dit heeft een grote impact op de levenskwaliteit.

Gezonde leefstijl

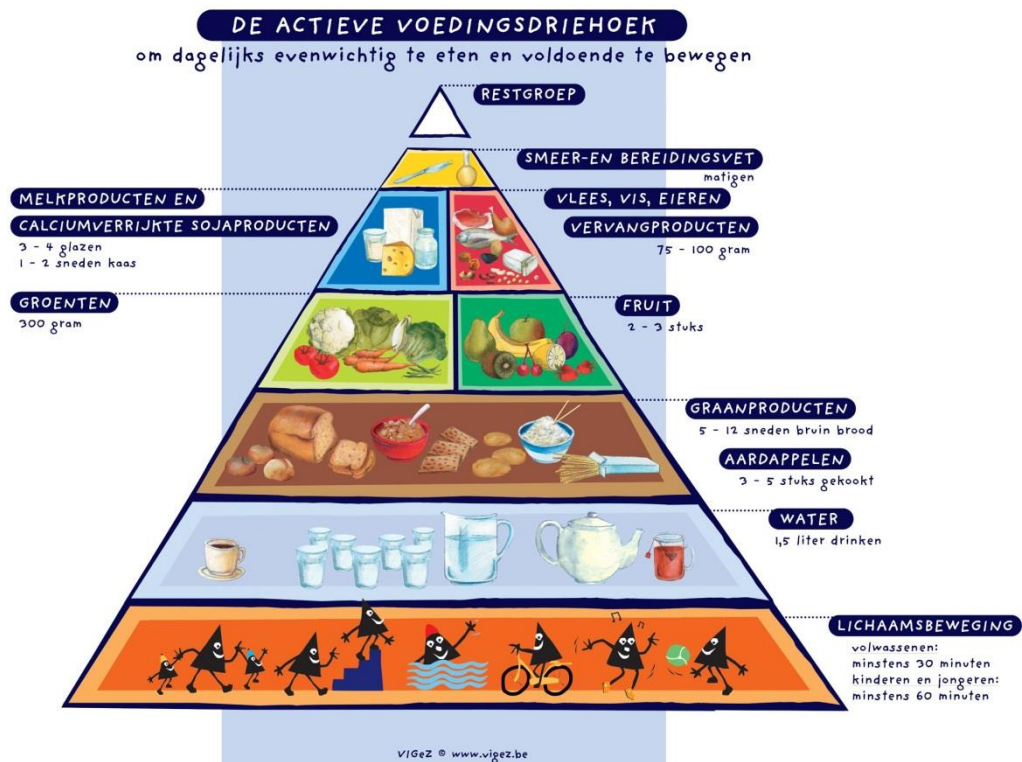
Snel en drastisch afvallen is op lange termijn niet realistisch. Strenge diëten zijn moeilijk vol te houden en leiden tot jojo-effecten waarbij je meer bijkomt dan je bent afgevallen. Bovendien kunnen ze ongecontroleerd eetgedrag uitlokken.

Eerder dan snel en veel afvallen, is het voor mensen met overgewicht en obesitas juist belangrijk om een gezonde leefstijl aan te nemen. Het ontwikkelen en levenslang aanhouden van een evenwichtig eetpatroon en een actieve leefstijl is de sleutel tot succes. Het verloren gewicht zal op die manier ook veel beter behouden worden! Spreek erover met uw huisarts.

Bijlage 6: Evenwichtige voeding

In de Vlaamse consensustekst [16] voor zorgverstrekkers wordt voor concreet leefstijladvies verwezen naar de 'actieve voedingsdriehoek' van VIGeZ [17, 15] die aangeeft hoe de Vlaming vanaf 6 jaar gezond kan leven inzake voeding en beweging en advies geeft omtrent sedentair gedrag of beeldschermactiviteiten.

Figuur 1. De actieve voedingsdriehoek.



Bron: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw (www.vigez.be)

De actieve voedingsdriehoek bevat negen verschillende groepen. De basis van de driehoek is de groep lichaamsbeweging, aangezien een evenwichtig eetpatroon en voldoende beweging met elkaar verbonden zijn in een gezonde levensstijl. Vervolgens worden er zeven voedingsgroepen opgenomen die elk hun aandeel leveren in de samenstelling van een gezonde, gevarieerde en evenwichtige voeding: (1) water, (2) graanproducten en aardappelen, (3) groenten, (4) fruit, (5) melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten, (6) vlees, vis, eieren en vervangproducten, (7) smeer- en bereidingsvet. Het topje van de actieve voedingsdriehoek, de restgroep, betreft voedingsmiddelen die strikt genomen niet nodig zijn in een evenwichtige voeding en omvat beeldschermactiviteiten (sedentair gedrag). Deze voedingsmiddelen mogen geconsumeerd worden, maar met mate. De benodigde hoeveelheid van elke groep kan verschillen per leeftijdsklasse.

Er worden drie basisprincipes van evenwichtig eten gehanteerd:

1. *Evenwicht*. Men moet dagelijks in de juiste verhouding eten uit groepen van de actieve voedingsdriehoek. Het is aanbevolen om in verhouding meer te eten uit de grote groepen onderaan de driehoek (bijv. water, graanproducten) en minder uit de kleine groepen bovenaan de driehoek (bijv. smeer- en bereidingsvet, restgroep), zodat voedingsstoffen en energie evenwichtig aangebracht worden.
2. *Variatie*. Het is belangrijk om te variëren tussen de verschillende voedingsmiddelen binnen elke groep. Niet alle voedingsmiddelen uit eenzelfde groep bevatten dezelfde soorten en hoeveelheid voedingsstoffen, zodat men zelfs binnen eenzelfde groep moet variëren. Zo kan men bijvoorbeeld aardappelen afwisselen met rijst, deegwaren, bulghur of couscous en wordt aangeraden om verschillende soorten groenten en fruit te eten.
3. *Matigheid*. Men respecteert bij voorkeur de aanbevolen hoeveelheden binnen elke groep voedingsmiddelen. Ook al staat een voedingsmiddel bekend als gezond en passend in een evenwichtige voeding: teveel is teveel.

Op vlak van eetpatroon geldt het advies om regelmatig te eten, maar niet meer dan vijf tot zesmaal per dag. Het dagelijkse eetpatroon bestaat bij voorkeur uit een ontbijt, een tweede broodmaaltijd, een warme maaltijd en twee tot maximum drie tussendoortjes. Het aantal tussendoortjes is afhankelijk van leeftijd en behoefte. Voor zuigelingen en peuters zijn er aangepaste adviezen op vlak van eetpatroon.

- Het ontbijt slaat men nooit over. Een 'gezond' ontbijt en de tweede broodmaaltijd kunnen bestaan uit graanproducten (bij voorkeur volkorengranen), beleg, melk of alternatieven, zoals yoghurt, vers fruit of fruitsap. Een ontbijt moet 25% leveren van de dagelijks benodigde energie. De tweede broodmaaltijd levert 30% van de dagelijks benodigde energie.
- Bij een warme maaltijd is het belangrijk om steeds voldoende groenten, aardappelen of graanproducten te eten en een matige portie vlees, vis of vervangproducten. Een warme maaltijd moet 30 à 35% leveren van de dagelijks benodigde energie.
- Tussendoortjes leveren een belangrijke bijdrage aan de voeding. Aan te raden zijn o.a. halfvolle melkproducten, calciumverrijkte sojaproducten en vers fruit. In een voeding wordt in totaal maximum 15% van de dagelijkse energiebehoefte besteed aan tussendoortjes. Energierijke tussendoortjes kunnen de eetlust verstoren indien deze in overmate worden genomen.

Volwassenen (18-60 jaar)

Vrouwen met lichte activiteit hebben dagelijks 2000 kcal nodig, bij mannen is dit 2500 kcal. Afhankelijk van de lichamelijke activiteit, het lichaamsgewicht, de leeftijd en fysiologische factoren, zoals zwangerschappen en herstel van ziekte, heeft een persoon meer of minder energie nodig (Hoge Gezondheidsraad, 2009).

Tabel 10. Praktische dagelijkse voedingsaanbevelingen voor volwassenen (VIGeZ, 2012).

<i>Water</i> Vocht	1,5 liter
<i>Graanproducten en aardappelen</i> Brood (bruin) Aardappelen (gekookt)	7-12 sneden 3-5 stuks (210-350g)
<i>Groenten</i>	300g
<i>Fruit</i>	2 stuks (250g)
<i>Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten</i> Melk (halfvolle) Kaas (magere)	3 glazen (450ml) 1 sneede (20g)
<i>Vlees, vis, eieren en vervangproducten</i>	100g (bereid gewogen)
<i>Smeer- en bereidingsvet</i> Margarine op brood Margarine voor de bereiding	5g per sneetje max. 15g
<i>Restgroep</i>	niet nodig maximum 10 energie%

Tabel 11. Aanbevolen dagelijkse energieverdeling voor volwassenen (Hoge Gezondheidsraad, 2009).

	Totale energiebehoefte
<i>Eiwitten</i>	± 10-15%
<i>Vetten</i> Verzadigde vetzuren Onverzadigde vetzuren - enkelvoudige - meervoudige Omega-3 vetzuren Omega-6 vetzuren Transvetzuren Cholesterol	max. 30-35% niet noodzakelijk, max. 10% > 10% 5,3-10% 1,3-2% 4-8% < 1% < 300 mg/dag
<i>Koolhydraten</i> Toegevoegde suikers	> 55% Max. 10%
<i>Voedingsvezels</i>	± 30g per dag

Door ijzerverlies tijdens de menstruatie hebben vrouwen een hogere ijzerbehoefte dan mannen (20mg t.o.v. 9mg per dag). Zodra de menopauze intreedt vervalt deze extra behoefte, maar treedt bij vrouwen sneller botverweking op. Dit moet zoveel mogelijk worden beperkt door voldoende calcium op te nemen via melk(producten) en een voeding rijk aan groenten en fruit. Ook is het in dit kader belangrijk om voldoende fysiek actief te zijn.

Het advies is geen alcohol te gebruiken (0% van de energiebehoefte). Volwassenen die toch alcohol drinken, moeten dit beperken tot maximaal 4% van de totale energiebehoefte.

Vrouwen mogen maximaal 7 en mannen maximaal 14 alcoholische consumpties drinken per week, waarbij er minstens 1 alcoholvrije dag wordt ingelast.

Voor *zwangere vrouwen* blijft de energieverdeling dezelfde als bij elke andere volwassene. Ze moeten dus niet 'eten voor twee'. Hoewel vanaf de 24e week van de zwangerschap de energiebehoefte toeneemt, moet de energiehoeveelheid die zwangere vrouwen spontaan verbruiken niet aangepast worden, behalve wanneer er sprake is van een overdreven of onvoldoende gewichtsstijging. Zwangere vrouwen volgen de normale voedingsaanbevelingen voor volwassenen. Ze mogen wel een melkproduct meer gebruiken dan andere volwassenen (4 in plaats van 3 glazen melk). Het is belangrijk dat ze voldoende zuivelproducten gebruiken wegens de verhoogde behoefte aan calcium tijdens de zwangerschap. Wegens infectiegevaar en risico's voor de foetus vermijden zwangere vrouwen bij voorkeur rauwe producten van dierlijke afkomst (zoals bijvoorbeeld rauwmelkse kazen, rauwe eieren, rauwe of gerookte vis en rauw of gerookt vlees). Rauwe groenten en fruit moeten grondig gewassen worden, vlees en eieren moeten volledig doorbakken zijn. Daarnaast worden hoge dosissen vitamine A afgeraden, omdat dit een negatief effect kan hebben op de zwangerschap. Om deze reden worden voedingsproducten met veel vitamine A afgeraden. Dit zijn vooral leverproducten, zoals leverpastei.

Het advies naar zwangere vrouwen toe is om alcohol volledig af te raden aangezien het onduidelijk is welke dosis alcohol schade kan geven aan de foetus. Abstinentie moet dus worden aanbevolen aan zwangere vrouwen, ongeacht het stadium van de zwangerschap. Ook vrouwen die zwanger wensen te worden drinken geen alcohol. Wat betreft foliumzuur zijn er op dit moment onderzoeken bezig die de gevolgen willen nagaan van de termijn waarin foliumzuur wordt genomen. Foliumzuur wordt aangeraden omdat het de foetus beschermt tegen aangeboren afwijkingen van de hersenen en het ruggenmerg. Het cafeïnegebruik moet beperkt worden tot maximum 200 mg/dag (2 grote koppen koffie) omdat hoge proporties cafeïne geassocieerd worden met een laag geboortegewicht en miskramen. Verder is het routinematig innemen van voedingssupplementen tijdens de zwangerschap niet aan te bevelen omdat de wetenschappelijke gegevens hiervoor beperkt zijn.

Vermageringsdiëten tijdens de zwangerschap zijn af te raden omdat deze de gezondheid van de baby kunnen schaden. Zwangere vrouwen wordt aangeraden te praten met hun arts of vroedvrouw indien zij bezorgd zijn over hun gewicht. De gewichtstoename tijdens de zwangerschap zou tussen de 11,5 en 16 kg moeten liggen bij vrouwen met een normale Body Mass Index voor de zwangerschap (BMI 20-25). Bij vrouwen met overgewicht (BMI > 25) zou de gewichtstoename tussen de 7 en 11.5 kg moeten liggen, bij obese vrouwen (BMI > 30) tussen 5 en 9 kg. Een vrouw met overgewicht of obesitas wordt aangeraden het overtollige gewicht al voor de zwangerschap te verliezen omdat dit gezondheidsvoordelen geeft voor moeder en kind.

Vrouwen die borstvoeding geven, hebben nood aan 400 à 500 kcal extra per dag. Ze moeten voldoende drinken en gevarieerd eten. Een vegetarische borstvoedende moeder dient voeding rijk aan ijzer, calcium, vitamine D, vitamine B12 en riboflavine te nuttigen. Lacterende moeders die geen melkproducten of andere calciumrijke voeding innemen, kunnen nood hebben aan een calciumsupplement van 600 mg per dag. Wanneer een

lacterende vrouw alcohol drinkt gaat dit over in de moedermelk. Geheelonthouding moet dus worden aanbevolen aan vrouwen die borstvoeding geven. Indien er toch alcohol wordt gedronken, is het belangrijk de uren van de borstvoeding aan te passen. Dit kan door de melk af te kolven alvorens alcohol te drinken of een wachtperiode in te lassen afhankelijk van de hoeveelheid verbruikte alcohol en het gewicht van de moeder.

Ouderen (60-75 jaar)

Ouderen hebben een wat kleinere energiebehoefte als gevolg van een lager rustmetabolisme door verlies aan vetvrije massa of spiermassa. Ook zijn ze geleidelijk aan vaak minder fysiek actief. Ondanks de kleinere energiebehoefte hebben ze minstens evenveel eiwitten, vitaminen, mineralen en voedingsvezels nodig als jongere volwassenen. De nood aan sommige voedingsstoffen is zelfs verhoogd aangezien de vertering, absorptie en metabole processen in het lichaam met toenemende leeftijd minder efficiënt gebeuren.

Ouderen hebben een verminderd dorstgevoel. Bovendien vermindert ook het vermogen van de nieren om de urine te concentreren. Hierdoor is het erg belangrijk om voldoende en preventief te drinken, zeker bij ziekte of warm weer. Ouderen moeten daarnaast ook worden aangemoedigd om voldoende melk en melkproducten te nemen.

Mannen hebben vanaf hun 60e levensjaar gemiddeld 2200 kcal per dag nodig; wanneer ze ouder zijn dan 75 zakt dit tot ongeveer 2000 kcal per dag. Vrouwen hebben 1850 kcal per dag nodig.

Tabel 12. Praktische dagelijkse voedingsaanbevelingen voor ouderen vanaf 60 jaar (VIGeZ, 2012).

	<i>Vrouwen</i>	<i>Mannen</i>
<i>Water</i>	min 1,5 liter	min 1,5 liter
<i>Graanproducten en aardappelen</i>		
Brood (bruin)	5-7 sneden	7-9 sneden
Aardappelen (gekookt)	3-4 stuks (210-280g)	3,5-4 stuks (250-280g)
<i>Groenten</i>	300g	300g
<i>Fruit</i>	2-3 stuks (250-375g)	2-3 stuks (250-375g)
<i>Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten</i>		
Melk (halfvolle)	4 glazen (600ml)	4 glazen (600ml)
Kaas (magere)	1-2 sneden (20-40g)	1-2 sneden (20-40g)
<i>Vlees, vis, eieren en vervangproducten</i>	100g	100g
<i>Smeer- en bereidingsvet</i>		
Margarine op brood	5g per sneetje	5g per sneetje
Margarine voor de bereiding	10-15g	10-15g
<i>Restgroep</i>	niet nodig max. 10 energie%	niet nodig max. 10 energie%

Tabel 13. Aanbevolen dagelijkse energieverdeling voor ouderen vanaf 60 jaar (Hoge Gezondheidsraad, 2009).

	Totale energiebehoefte
<i>Eiwitten</i>	± 10-15%
<i>Vetten</i>	max. 30-35%
<i>Koolhydraten</i>	± 55%
<i>Voedingsvezels</i>	± 30g per dag

Oudste ouderen (> 75 jaar)

Voor de oudste ouderen geldt dat ze ondanks de wat kleinere energiebehoefte minstens evenveel vitaminen, mineralen en voedingsvezels nodig hebben als volwassenen. De nood aan sommige voedingsstoffen is soms zelfs verhoogd aangezien de vertering en stofwisseling met toenemende leeftijd minder efficiënt gebeuren. Een goede spreiding van eiwitaanvoer over de drie maaltijden is daarom noodzakelijk aangezien de lever dit anders niet kan verwerken.

In deze doelgroep blijken er veel hindernissen te bestaan voor een goede voeding. Enkele voorbeelden zijn een verminderde smaak, kauwproblemen, financiële beperkingen, moeilijkheden om boodschappen te doen, enz. De maaltijden moeten worden aangepast aan de smaakverandering bij de ouderen: zij smaken bij voorbeeld minder zout en zoet. Heel wat diëten zijn in deze leeftijdsgroep nutteloos. Een belangrijk probleem bij de oudste ouderen is *ondervoeding*. Ondergewicht vormt in deze leeftijdsgroep een groter risico voor de gezondheid dan overgewicht. Hoewel de energiebehoefte wat afneemt met het ouder worden, is de energie-inname vaak veel lager dan het lichaam nodig heeft. Het voorkomen en corrigeren van ondervoeding en gewichtsverlies is dan ook essentieel bij alle ouderen. Bijzonder belangrijk is het opvolgen van het gewicht: elke vermindering in gewicht vereist het zoeken naar de reden en de nodige maatregelen om dit te corrigeren.

Bijlage 7: Beoordeling Voedingspatroon op een Snelle Manier (BV-SM)

Hieronder vindt u de BV-SM vragenlijst die door de patiënt kan ingevuld worden of via een interview kan worden afgenomen. Deze vragenlijst is gebaseerd op het REAP instrument (zie bijlage 8), aangepast voor Vlaanderen. Indien de patiënt meer dan 4 keer 'Meestal/vaak' antwoordt wordt aangeraden om de persoon door te sturen naar een erkende diëtist.

THEMA	In een gemiddelde week hoe vaak:	Meestal/ vaak	Soms	Zelden/ nooit	Niet van toepassing
MAALTIJDEN	1. Slaat u het ontbijt over? 2. Eet u <u>4 of meer</u> kant-en-klare maaltijden of buitenshuis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Aardappelen en graanproducten	3. Eet u <u>minder dan 2 porties</u> volkoren graanproducten per dag? 1 Portie: 1 snede brood = 3 eetlepels muesli of 20 g ongekookte rijst of pasta of 2 beschuiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Groenten	4. Eet u <u>minder dan een half bord</u> groenten per dag? Een half bord groenten = 3-4 porties of 300 g groenten of 2 volle handen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fruit	5. Eet u <u>minder dan 2 porties</u> fruit per dag? 1 portie = 1 stuk fruit = 1 schaaltje bessen Noot: kan ook diepvries zonder toegevoegde suiker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Melkproducten en calcium verrijkte sojaproducten	6. Eet of drinkt u <u>minder dan 2 porties</u> melk, yoghurt, of kaas per dag? 1 Portie = 1 klein glas melk (= 150 ml) of 125 g yoghurt (kleine potjes uit de handel), 20 g kaas (1 sneetje) Melk/yoghurt kan ook calcium verrijkte soja producten of andere calcium verrijkte plantaardige producten zijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

THEMA		In een gemiddelde week hoe vaak:	Meestal/ vaak	Soms	Zelden/ nooit	Niet van toepassing
Vlees, vis eieren en vervangproducten		7. Eet u <u>meer dan 170 g</u> vlees of gevogelte per dag? Noot: 100 gram vlees heeft de grootte van een pak kaarten of één gemiddelde hamburger. Gemiddelde biefstuk is 150 g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		8. Eet u <u>regelmatig 'vette'</u> vleeswaren in plaats van ' <u>magere</u> ' vleeswaren? 'Vette' vleeswaren: salami, varkensgehakt(bereidingen), hespenworst 'Magere' vleeswaren: kalkoenham, gekookte ham	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Smeer- en bereidingsvet		9. Voegt u aan tafel <u>meer dan 1 eetlepel</u> boter, margarine of olie toe aan uw brood, aardappelen, rijst of groenten? 1 eetlepel: 18 g boter of margarine of 10 g olie				
Restgroep	Gefrituurde producten	10. Eet u <u>meer dan 1 keer</u> gefrituurde producten zoals frieten, kroketten, kipnuggets?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Snacks en snoepgoed	11. Eet u <u>meer dan 2 keer per week</u> chips, nacho's, crackers, popcorn, nootjes? 12. Eet u <u>meer dan 2 keer per dag</u> snoepgoed zoals cake, koekjes, gebak, chocolade, ijs, pannekoeken en wafels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> eet zelden deze snacks <input type="radio"/> eet zelden dit snoepgoed
	Frisdrank	13. Drinkt u <u>meer dan een halve liter (500 ml)</u> frisdrank of fruitsap per dag? Noot: 1 blikje frisdrank = 33 cl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Vragen omtrent voedingsgerelateerde zelfzorg		Ja	Nee
14. Kookt u meestal zelf uw eten (of familielid), in plaats van uit eten te gaan?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Heeft u soms moeite om zelf te winkelen of koken?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Volgt u een special dieet, eet je bepaald voedsel al dan niet omwille van gezondheidsredenen of andere redenen?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Hoe bereid bent u om uw voedingspatroon aan te passen ten einde gezonder te leven?			
Zeer bereid			Helemaal niet bereid
5	4	3	2
			1

Hieronder vindt u de huisartsensleutel van de BV-SM vragenlijst. Overweeg het doorverwijzen van patiënten naar een diëtist bij 4 of meer vinkjes in de 'meestal/vaak' categorie.

Vragen	Patiënten met een verhoogd risico	Verdere evaluatie en behandeling	Advies / verdere informatie
Eetpatroon Q# 1	Patiënt slaat het ontbijt over	<ul style="list-style-type: none"> • Ga de oorzaak na, inclusief medische en psychiatrische aandoeningen, socio-economische problemen, winkel- en kookvaardigheden, mate van stress • Doe een gepaste doorverwijzing 	<ul style="list-style-type: none"> • Als maaltijden worden overgeslagen omwille van armoede of gebrek aan faciliteiten, verwijs de patiënt dan door naar mogelijkheden in de gemeenschap vb. gemeenschappelijke maaltijden, voedselbank • In het algemeen is het ontbijt overslaan geassocieerd met obesitas en een ongezonder voedingspatroon. • Het eetpatroon normaliseren kan helpen met gewichtsbeheersing
Uit eten Q# 2	Patiënt gaat vaak uit eten	<ul style="list-style-type: none"> • Bevraag de redenen om frequent uit eten te gaan • Bij gebrek aan kennis en vaardigheden i.v.m. winkelen en koken, of als tijd een drempel vormt, kan de patiënt voordeel halen uit een verwijzing naar een diëtist • Uit eten kan vaak op voorwaarde dat de patiënt voldoende kennis heeft van welke maaltijden hij/zij moet samenstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Restaurant porties zijn vaak groter dan nodig wat bijdraagt tot obesitas • Restaurant maaltijden zijn vaak rijk aan verzadigde vetten, zout en calorieën, wat bijdraagt tot hypercholesterolemie, hypertensie en obesitas
Aardappelen en graanproducten Q# 3	Patiënt eet minder dan 2 porties volkoren-producten per dag	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek de redenen voor lage inname of vermijding van volkorenproducten • Adviseer gepast (stel eenvoudige manieren voor om volkorenproducten in te bouwen zoals vezelrijke ontbijtgranen, bruin of volkoren brood soorten) 	<ul style="list-style-type: none"> • De Vlaamse aanbeveling is om 5-12 sneden brood te eten • Volkorenproducten zijn een goede bron van vezels, vitamines en mineralen • Adequate vezel inname kan het risico op hypercholesterolemie en bepaalde kankers verminderen
Groenten	Patiënt eet minder	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek redenen voor 	<ul style="list-style-type: none"> • De Vlaamse aanbeveling

Q# 4	dan 2 porties groenten	<p>de lage inname (afkeer van groenten, moeite met de bereiding, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemakkelijke manieren om groenten toe te voegen: eet elke maaltijd groenten; eet kleine wortels als snack, gebruik salade bars, eet grotere porties. • Belang van een variëteit aan groenten te eten 	<p>is om 300 gram groenten te eten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groenten zijn over het algemeen een goede bron van vitaminen en vezels • Groenten zijn rijk aan kalium; diëten rijk aan kalium kunnen hypertensie helpen behandelen • Groenten als geheel zijn te verkiezen boven sappen; sappen bevatten minder vezels en zijn een meer geconcentreerde bron aan calorieën
Fruit Q# 5	Patiënt eet minder dan 2 porties fruit	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek redenen voor de lage inname (afkeer van fruit, moeite met de verwerking, etc.) • Gemakkelijke manieren om fruit toe te voegen: eet elke maaltijd fruit als dessert; eet een stuk fruit als snack. • Belang van een variëteit aan fruit te eten 	<ul style="list-style-type: none"> • De Vlaamse aanbeveling is om 2 stukken of 250 g fruit te eten • In observationele studies is aangetoond dat het eten van fruit en groenten omgekeerd geassocieerd is met het risico op kankers en hart- en vaatziekten • Fruit is over het algemeen een goede bron van vitaminen en vezels • Fruit is rijk aan kalium; diëten rijk aan kalium kunnen hypertensie helpen behandelen • Fruit als geheel zijn te verkiezen boven sappen; sappen bevatten minder vezels en zijn een meer geconcentreerde bron aan calorieën
Melkproducten en calcium verrijkte sojaproducten Q# 6	Patiënt verbruikt minder dan twee porties per dag aan melkproducten of calcium verrijkte soja producten	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek de redenen voor de lage inname, inclusief lactose intolerantie • Als de patiënt niet in staat is om melkproducten te consumeren, stel dan lactose-arme of lactosevrije melkproducten voor, of 	<ul style="list-style-type: none"> • De Vlaamse aanbeveling is om 450 ml half volle melk en 1 snede magere kaas te eten • Melkproducten zijn binnen de Vlaamse eetcultuur een goede bron van calcium en vitamine D. Calcium verrijkte producten

		calciumrijk voedsel (versterkte sojamelk, versterkte rijstmelk)	<p>kunnen een waardig alternatief zijn. Men streeft naar 75 mg Ca/100 ml/g product.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequate calcium en vitamine D inname zijn belangrijk voor de preventieve en behandeling van osteoporose • Adequate calcium inname is een belangrijk onderdeel van de behandeling van hypertensie, zeker bij zoutgevoelige personen
Vlees, vis, eieren en vervangproducten Q# 7-8	<p>Patiënte consumeert grote hoeveelheid vlees</p> <p>Patiënt consumeert vetrijke vleeswaren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek redenen voor vetrijke keuzes en grote porties • Adviseer en verwijst gepast <ul style="list-style-type: none"> ○ Magerder vlees ○ Vis en gevogelte zonder vel in plaats van vlees ○ Meer vegetarische eiwitbronnen eten (peulvruchten, tofu, sojaproducten, etc.) ○ Beperk portiegroottes van vlees 	<ul style="list-style-type: none"> • De Vlaamse aanbeveling is om 100g vlees, vis, gevogelte te eten of 100 g tofu, tempé, quorn, seitan of 3 eetlepels peulvruchten • Diëten rijk aan verzadigde vetten hebben in observationele studies aangetoond geassocieerd te zijn met een hogere kans op sommige kankers, en veroorzaken hypercholesterolemie
Smeer- en bereidingsvet Q# 9	Patiënt eet grote hoeveelheid boter, olie of margarine	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek redenen voor de grote porties • Adviseer kleinere porties en gezondere alternatieven 	<ul style="list-style-type: none"> • De Vlaamse aanbeveling is om 5 g smeervet/snede brood en 1 eetlepel (max 15 g) bereidingsvet/persoon voor de warme maaltijd. In totaal 40 tot 75 g smeer- en bereidingsvetten • Vetten, ongeacht hun oorsprong, brengen 9 kcal/g. Smeer- en bereidingsvetten zijn bijgevolg een verborgen bron van energie.
Restgroep Gefrituurde producten Q# 10	Patiënt eet op regelmatige basis gefrituurde producten	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek de redenen van het frequente gebruik van gefrituurde producten • Adviseer maximaal 1 maal 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is geen specifieke aanbeveling, men raadt aan om dit te beperken • Gefrituurde en gepaneerde producten

		<p>per week een gefrituurd product</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adviseer alternatieve technieken om dergelijke producten te bereiden bv Frieten in de oven. 	<p>absorberen het vet en worden daardoor energiedenser en gaan bijgevolg bijdragen tot een hogere energie inname.</p>
<p>Restgroep Snacks, snoepgoed en frisdrank Q# 11, 12, 13</p>	<p>Personen die vaak energierijke snacks, gesuikerd snoepgoed eten en/of grote hoeveelheden suiker/calorierijke dranken drinken</p>	<p>Adviseer gepast</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eet kleinere hoeveelheden snoepgoed • Eet suikerarme desserts, fruit, etc. • Kies light, zero-, frisdrank • Drink meer water in de plaats 	<ul style="list-style-type: none"> • Snacks, snoepgoed en gesuikerde dranken zijn een grote bron van calorieën en bevatten “lege calorieën”, die meer voedzaam voedsel vervangt • Cafeïne en fosfaten in frisdrank van het type cola kunnen de Ca²⁺ absorptie doen afnemen.

Vraag 14-16 heeft u een idee of de persoon in staat is om bepaalde basistaken uit te voeren en of de persoon omwille van een specifiek advies een bepaald voedingspatroon volgt.

Vraag 17 heeft u een idee wat de bereidwilligheid is van de persoon om zijn/haar voedingsgewoonten te veranderen.

Bijlage 8: REAP instrument

TOPIC	In an average week, how often do you:	Usually/ often	Some- times	Rarely/ never	Does not apply to me
MEALS	17. Skip breakfast? 18. Eat <u>4 or more</u> meals from sit-down or take out restaurants?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
GRAINS	19. Eat <u>less than 3 servings</u> of whole grain products a day? Serving = 1 slice of 100% whole grain bread; 1 cup whole grain cereal like Shredded Wheat, Wheaties, Grape Nuts, high fiber cereals, oatmeal, 3-4 whole grain crackers, ½ cup brown rice or whole wheat pasta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
FRUITS & VEGETABLES	20. Eat <u>less than 2-3 servings</u> of fruit a day? Serving = ½ cup or 1 med. fruit or 4 oz. 100% fruit juice 21. Eat <u>less than 3-4 servings</u> of vegetables/potatoes a day? Serving = ½ cup vegetables/potatoes, or 1 cup leafy raw vegetables	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
DAIRY	22. Eat or drink less than 2-3 servings of milk, yogurt, or cheese a day? Serving = 1 cup milk or yogurt, 1 ½ - 2 ounces cheese 23. Use <u>2% (reduced fat)</u> or <u>whole milk</u> instead of skim (non-fat) or 1% (low-fat) milk? 24. Use <u>regular cheese</u> (like American, cheddar, Swiss, Monterey jack) instead of low fat or part skim cheeses as a snack, on sandwiches, pizza, etc?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Rarely use milk <input type="radio"/> rarely eat cheese

MEATS/CHICKEN/TURKEY	<p>25. Eat beef, pork, or dark meat chicken <u>more than 2 times a week</u>?</p> <p>26. Eat <u>more than 6 ounces</u> (see sizes below) of meat, chicken, turkey or fish <u>per day</u>? Note: 3 ounces of meat or chicken is the size of a deck of cards or ONE of the following: 1 regular hamburger, 1 chicken breast or leg (thigh & drumstick), or 1 pork chop.</p> <p>27. Choose <u>higher fat red meats</u> like prime rib, T-bone steak, hamburger, ribs etc. instead of lean red meats.</p> <p>28. Eat the <u>skin</u> on chicken and turkey or the <u>fat</u> on meat?</p> <p>29. Use <u>regular processed meats</u> (like bologna, salami, corned beef, hotdogs, sausage or bacon) instead of low fat processed meats (like roast beef, turkey, lean ham; low-fat cold cuts/hotdogs)?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><input type="radio"/> rarely eat meat, chicken, turkey or fish</p> <p><input type="radio"/> rarely eat meat</p> <p><input type="radio"/> never eat meat or poultry</p> <p><input type="radio"/> rarely eat processed meats</p>
FRIED FOODS	30. Eat <u>fried foods</u> such as fried chicken, fried fish or French fries?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SNACKS	31. Eat <u>regular potato chips, nacho chips, corn chips, crackers, regular popcorn, nuts</u> instead of pretzels, low-fat chips or low-fat crackers, air-popped popcorn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> rarely eat these snack foods
FATS AND OILS	<p>32. Use <u>regular salad dressing & mayonnaise</u> instead of low-fat or fat-free salad dressing and mayonnaise?</p> <p>33. <u>Add butter, margarine or oil</u> to bread, potatoes, rice or vegetables at the table?</p> <p>34. <u>Cook with oil, butter or margarine</u> instead of using non-stick sprays like Pam or cooking without fat?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><input type="radio"/> rarely use dressing/ mayo</p> <p><input type="radio"/> rarely cook</p>
SWEETS	<p>35. Eat <u>regular sweets</u> like cake, cookies, pastries, donuts, muffins, and chocolate instead of <u>low fat or fat-free</u> sweets?</p> <p>36. Eat <u>regular ice cream</u> instead of sherbet, sorbet, low fat or fat-free ice cream, frozen yogurt, etc.?</p> <p>37. Eat <u>sweets</u> like cake, cookies, pastries, donuts, muffins, chocolate and candies more than 2 times per day.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><input type="radio"/> rarely eat sweets</p> <p><input type="radio"/> rarely eat frozen desserts</p> <p><input type="radio"/> rarely eat sweets</p>
SOFT DRINKS	38. <u>Drink 16 ounces or more</u> of non-diet soda, fruit drink/punch or Kool-Aid a day? Note: 1 can of soda = 12 ounces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

SODIUM	39. Eat high sodium <u>processed foods</u> like canned soup or pasta, frozen/packaged meals (TV dinners, etc.), chips?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	40. <u>Add salt</u> to foods during cooking or at the table?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ALCOHOL	41. Drink <u>more than</u> 1-2 alcoholic drinks a day? (one drink = 12 oz. beer, 5 oz. Wine, one shot of hard liquor or mixed drink with 1 shot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ACTIVITY	42. Do <u>less than</u> 30 total minutes of physical activity 3 days a week or more? (Examples: walking briskly, gardening, golf, jogging, swimming, biking, dancing, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	43. Watch <u>more than</u> 2 hours of television or videos a day?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Do you ...			Yes		No
44. Usually shop and prepare your own food?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
45. Ever have trouble being able to shop or cook?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
46. Follow a special diet, eat or limit certain foods for health or other reasons?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>47. How willing are you to make changes in what, how or how much you eat in order to eat healthier? (Circle the number that best describes how you feel)</p> <p>Very willing 4 3 2 Not at all willing</p> <p style="text-align: center;">5 1</p>					

Hieronder vindt u de huisartsensleutel van de REAP vragenlijst.

Question(s)	Patients at risk	Further evaluation and treatment	Counseling points / Further info
Meal pattern Q# 1	Patient skipping breakfast	<ul style="list-style-type: none"> • Consider risk for undernutrition • Explore etiology including medical and psychiatric conditions, socioeconomic issues, shopping and cooking capabilities, degree of life stress • Further w/u, treatment, referral as appropriate 	<ul style="list-style-type: none"> • If skipped meals are due to poverty or lack of facilities, refer pt to community resources, i.e. congregate meal programs, Meals on Wheels, food bank and pantries • Skipping breakfast is correlated with obesity as well as a higher fat overall diet • Normalizing meal pattern may help with weight management
Dining out Q# 2	Patients eating out often	<ul style="list-style-type: none"> • Query reasons for frequent restaurant meals • If lack of shopping/cooking knowledge and skills, or time are a barrier, patient may benefit from referral to a dietitian 	<ul style="list-style-type: none"> • Restaurant portions are often larger than necessary contributing to obesity • Restaurant meals are often high in saturated fat, sodium, and calories contributing to hypercholesterolemia, hypertension and obesity
Grains Q# 3	Patient eating < 3 servings whole grains a day	<ul style="list-style-type: none"> • Inquire into reasons for low intake or avoidance of whole grains • Counsel appropriately (suggest easy ways to incorporate whole grains such as high fiber breakfast cereal, sprinkling wheat germ on yogurt, eating cereal as a snack) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortified or whole grain products are a good source of folate and other vitamins and minerals. • Adequate folate intake may decrease the risk for CHD and colon cancer and decreases the risk for fetal neural tube defects. • Whole grain products are also a good source of fiber and vitamin E. • Adequate fiber intake may decrease the risk of hypercholesterolemia and certain cancers • Higher vitamin E intakes may prevent the development of CHD, and higher intakes of vitamin E from foods are associated with lower CHD mortality.

<p>Fruits and vegetables Q# 4,5</p>	<p>Patient eating < 3 portions of vegetables and/or < 2 portions of fruits a day</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inquire into reasons for low intake (dislike of vegetables and fruits, difficulty with preparation, etc.) • Counsel appropriately <ul style="list-style-type: none"> ○ Easy ways to add F & V: have a F or V at each meal and as snack; have fruit and/or tiny carrots for snacks, utilize salad bars, eat larger portions. ○ Importance of eating a variety of vegetables including green leafy, yellow/orange, and cruciferous vegetables 	<ul style="list-style-type: none"> • Fruits and vegetables are generally good sources of vitamins and fiber. • In observational studies, fruit and vegetable intake has been shown to be inversely associated with risk for cancers and CVD. • Fruits and vegetables are high in potassium; diets high in potassium may help to treat hypertension. • Whole fruits and vegetables are preferable to juices; juices contain less fiber and are more concentrated calorie sources.
<p>Adequate calcium/dairy Q# 6</p>	<p>Patient consuming less than two servings/day dairy products (age 18-50) or three servings (age 14-18 or 51+)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inquire into reasons for low intake including lactose intolerance. • If patient unable to consume dairy, suggest lactose-reduced/free dairy products, non-dairy high calcium foods (fortified soy milk, fortified rice milk) or consider supplementation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dairy products are a good source of calcium and vitamin D. • Adequate calcium and vitamin D intakes are important in the prevention and treatment of osteoporosis. • High calcium intakes may help to prevent colon cancer. • Adequate calcium intakes are an important component of the treatment of hypertension, especially in salt-sensitive individuals.

<p>High fat, saturated fat choices/prep for dairy and meats Q# 7-14</p>	<p>Patients consuming higher fat/saturated fat diets including:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higher fat dairy products • Higher fat cuts of meat • Large amounts of meat • Fried foods 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquire into reasons for higher fat choices • Counsel and refer appropriately <ul style="list-style-type: none"> ○ Lower fat dairy products ○ Leaner cuts of meat ○ Fish and skinless poultry instead of meat ○ Increase intake of vegetarian protein sources (legumes, tofu, soy products, etc) ○ Limit meat portion sizes ○ Choose baked, broiled, etc. instead of fried foods 	<ul style="list-style-type: none"> • Fat contains 9 calories/gram, as opposed to 4 calories/gram in protein and carbohydrates; high fat diets contribute to obesity. • Diets high in saturated fats have been shown in observational studies to be associated with higher rates of some cancers, and cause hypercholesterolemia
<p>High fat, saturated fat choices for sweets, snacks, spreads, food prep. Q# 15-20</p>	<p>Patients not making lower fat choices in desserts, snack foods, spreads, food preparation</p>	<p>Counsel appropriately</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choose lower fat sweets, frozen desserts and snacks • Choose lower fat spreads, dressings, condiments, etc. • Limit amount of spreads, dressings, fats used • Use non-stick sprays or cook foods without adding fat/oil 	<p>See above</p>
<p>High sugar/calorie sweets and beverages Q# 21,22</p>	<p>Individuals eating sugary sweets often and/or drinking large quantities of high sugar/calorie beverages</p>	<p>Counsel appropriately</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eat smaller quantities of sweets • Eat low sugar desserts, fruit, etc. • Choose diet, decaffeinated soft drinks • Drink more water instead 	<ul style="list-style-type: none"> • Sweets and sugary beverages are a major source of calories and contain « empty calories », which replace more nutritious foods. • Caffeine and phosphates in cola-type beverages can decrease Ca²⁺ absorption.

Sodium Q# 23,24	Individuals with a family history of hypertension or patients with blood pressures above optimum range who often eat higher sodium foods	Counsel appropriately <ul style="list-style-type: none"> • Eat high sodium foods less often • Choose low sodium versions of processed foods • Use lemon and herbs instead of salt in cooking and at the table • Eat fruits, vegetables more often 	<ul style="list-style-type: none"> • A proportion of the population (esp. some ethnic groups) is salt sensitive and may develop high blood pressure if eat too much sodium. • Some patients with hypertension may benefit from reduced sodium intakes, esp. as part of an eating pattern high in potassium (from fruits and vegetables) and calcium (low-fat dairy products).
Alcohol Q# 25	Women consuming > 1 drink per day, Men consuming > 2 drinks/day	<ul style="list-style-type: none"> • Consider further evaluation for alcoholism (i.e. CAGE) • Consider evaluation for binge drinking (i.e. a lot only on weekends) • Recognize potential for underreporting 	<ul style="list-style-type: none"> • Note relationship between alcohol and hypertension • Alcohol is a high calorie food containing few other nutrients. High alcohol intakes may displace more nutrient-dense foods from the diet • Pregnant women or women attempting to become pregnant should not consume any alcohol
Physical activity Q# 26,27	Sedentary adults	<ul style="list-style-type: none"> • Counsel to increase physical activity to recommended levels (30 or more minutes of moderate physical activity per day 3 or more times a week). See patient survey for examples. • Activity may be incorporated into usual activities: i.e.: walking up and down stairs, walking briskly to and from work, etc. • Counsel to decrease TV/video watching, hours on computer, etc 	<ul style="list-style-type: none"> • Increasing physical activity has been shown to have numerous benefits including improving serum lipid profiles, decreasing blood pressure, contributing to weight loss and maintenance of weight loss, improving bone density, and improving mood. • Moderate physical activity may be as beneficial as more strenuous activity to health.

Bijlage 9: Aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen

De aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen valt buiten het bestek van dit draaiboek. Hieronder vindt u een overzicht van richtlijnen en materiaal voor de aanpak bij kinderen.

- BASO (2000). *De consensus van de BASO. Een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas*. Leuven: BASO.
- Braet, C. (2010). *Kinderen met overgewicht. Diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe.
- Braet, C., Joosens, L., Moens, E., Mels, S. & Tanghe, A. (2007). *Kinderen en jongeren met overgewicht*. (Handboek voor begeleiders, Werkboek voor ouders, Werkboek voor kinderen, Werkboek voor adolescenten). Antwerpen: Garant.
- Braet, C. & Van Winckel, M. (2001). *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- CBO richtlijn (2008): Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Conceptrichtlijn overgewicht jeugdgezondheidszorg: Preventie, signalering, interventie en verwijzing van kinderen van 0-19 jaar (2011)
- Eetexpert (2008). *Zorg voor kinderen met eet- en gewichtsproblemen: Vroegdetectie en begeleiding in de huisartspraktijk*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn.
- Eetexpert (2008). *Zorg voor kinderen met eet- en gewichtsproblemen: Draaiboek voor het CLB*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn.
- JGZ-richtlijn voeding en eetgedrag 0-23 jaar
- JGZ richtlijn eetstoornissen bij kinderen 0-10 jaar
- JGZ richtlijn eetstoornissen in de adolescentie
- NHG-standaard obesitas (2010)
- Overbruggingsplan
- Zorgstandaard obesitas (PON, 2010)