

*Bea Vermeyen
Annelies Colliers*



OVERGEWICHT EN OBESITAS Aanpak in de huisartsenpraktijk

Handleidingen voor Kwaliteitsbevordering

*Antwerpen
2009*
Herziene versie 2014

Domus Medica vzw

BELANGRIJK!

Het is niet de bedoeling dat dit programma schools wordt gevolgd. Het is wel de bedoeling dat de deelnemers een idee krijgen hoe ze aan kwaliteitsbevordering in hun praktijk kunnen doen. Peer-review onder collega's is hiertoe een ideale basis.

Veel succes!!

Dit document wordt beschreven als:

Vermeyen B. Colliers A. <Overgewicht en obesitas. Aanpak in de huisartsenpraktijk.> Antwerpen: Domus Medica, herziene versie 2014 (Handleidingen voor Kwaliteitsbevordering, 29).



Deze Handleiding voor LOK-groepen werd ontwikkeld met steun van de Vlaamse Gemeenschap, en in samenwerking met Eetexpert.be vzw, BERGESTRAAT 60 • 3220 HOLSBEK, info@eetexpert.be , <http://www.eetexpert.be> .

INHOUD

1. DOEL	4
2. TAKEN VAN MODERATOR en EXPERT	4
A. Voorbereiding van de LOK-vergadering.....	4
B. Het programma zelf	6
1. Voorbereiding voor de start van het programma	6
2. Tijdschema van het programma.....	6
3. Voorstelling van moderator en expert. Voorstelling van het programma.....	6
4. Casuïstiek	6
5. Take Home Messages	7
6. Evaluatie	7
3. CASUÏSTIEK	8
Casus 1	8
Casus 2	11
Casus 3	13
4. DIA'S	16
5. OVERZICHT VAN DE BIJLAGEN	16
6. LITERATUUR.....	16
 Bijlage 1	 17
Bijlage 2	18
Casus 1:	18
Casus 2:	19
Casus 3:	20
Bijlage 3a	21
Bijlage 3b	22

1. DOEL

- Dit LOK-programma gaat over de aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Er wordt niet dieper ingegaan op gewichtsproblemen bij kinderen/jongeren.
- Dit LOK-programma heeft tot doel de huisarts te ondersteunen bij de identificatie, diagnosestelling, risicostratificatie en behandeling van volwassenen met overgewicht en obesitas.
- Voor de aanpak van overgewicht en obesitas wordt voorzien in een **praktijkgericht stappenplan** uit het Draaiboek 'Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas' van Eetexpert.be vzw. Er wordt gebruik gemaakt van een aantal online tools verbonden aan dit draaiboek (<http://www.draaiboeken.eetexpert.be/huisartsendraaiboek>)
- De aanpak van overgewicht en obesitas richt zich **prioritair op leefstijlverandering** (niet op gewichtsreductie). Een ruime inschatting van de problematiek is noodzakelijk, waarbij ook de impact op het lichamelijk functioneren, functionele beperkingen, psychologische symptomen en de weerslag op het welzijn in rekening dienen te worden gebracht.
- Wat is de rol van de huisarts:
De huisarts is de spilfiguur bij de detectie, hij zorgt voor een goede screening en medische opvolging, hij heeft een coördinerende rol in de multidisciplinaire samenwerking.
- Er wordt tevens stilgestaan bij de recente aanpassingen aan de actieve voedingsdriehoek.

2. TAKEN VAN MODERATOR en EXPERT

A. Voorbereiding van de LOK-vergadering

- De MODERATOR:
 - Is een huisarts – lid van de LOK-groep.
 - Hij¹ leidt het programma. Hij bewaakt de timing en het verloop van de discussies.
- De EXPERT:
 - Is een huisarts – lid van de LOK-groep.
 - Hij dient niet noodzakelijk een bijzondere kennis over het onderwerp te bezitten.
 - Zijn taak bestaat erin om na de bespreking van elke individuele casus in plenum aan te geven welk advies het draaiboek van Eetexpert.be vzw voorop stelt. Dit advies wordt tevens binnen dit navormingspakket benadrukt.
- Voorbereiding van deze beide functies:
 - Moderator en expert dienen op voorhand het Draaiboek van Eetexpert.be vzw aandachtig door te nemen en het gebruik van de online tools te bekijken via "<http://www.draaiboeken.eetexpert.be/huisartsendraaiboek>".
 - Tevens dienen zij de nieuwe aangepaste versie van de **actieve voedingsdriehoek** aandachtig te bekijken. Meer informatie over de actieve voedingsdriehoek is te vinden in bijlage 6 van het Draaiboek van Eetexpert.be vzw, in deze handleiding (uitleg bij dia), alsook op de website van Vigez. <http://www.vigez.be/nieuws/actieve-voedingsdriehoek-bestaat-15-jaar-en-krijgt-make-over.html>.
 - Zowel moderator als expert nemen het programma en de casuïstiek vooraf door.

¹ "Hij" kan overal vervangen worden door "zij".

Praktische aspecten

- Mail vooraf een uitnodiging aan alle deelnemers (u kan hiervoor de tekst in [bijlage 1](#) aanpassen en plakken in een mail).
- De duur van het programma is ongeveer 2 uren. Naarmate de groep groter wordt, duurt het programma langer.
- Kies een ruimte die voldoende groot is. Het programma voorziet immers dat er in kleinere groepjes van 2 tot 4 collegae wordt gewerkt.
- Zorg voor een beamer voor de powerpointpresentatie in bijlage.
- Een flip-over of een bord is handig voor het noteren van de resultaten.
- **Idealiter** is er een internetverbinding beschikbaar tijdens de presentatie.
- Wanneer u beschikt over internet kan u in de powerpoint rechtstreeks doorklikken naar de online tools van het digitale draaiboek. Wanneer dit niet mogelijk is werden er in de powerpoint voldoende screenshots voorzien om u een idee te geven hoe u hiermee in de praktijk mee aan de slag kan.
- Uit het Draaiboek van Eetexpert.be vzw dient u volgende zaken voor uw LOK-deelnemers **te kopiëren**:
 - De samenvatting van het draaiboek (pagina 57 t.e.m. 60).
 - Bijlage 1 (flowchart, pagina 61 en 62).
 - Bijlage 2 (leidraad voor de anamnese, pagina 63 t.e.m. 67).
- Uit deze handleiding voor LOK-groepen dient u volgende zaken voor uw LOK-deelnemers **te kopiëren**:
 - De casuïstiek ([bijlage 2](#) op het einde van dit document).
 - Het evaluatieformulier voor moderator en expert ([bijlage 3a](#)).
 - Het evaluatieformulier voor de LOK-deelnemers ([bijlage 3b](#)).
- Voorzie blanco papier zodat uw deelnemers een en ander kunnen noteren.
- Het Draaiboek van Eetexpert.be vzw is de perfecte “hand-out” om **na** de LOK-vergadering te mailen aan de LOK-deelnemers.
- Omdat wij dit programma goed willen afstemmen op de gebruikers, is het noodzakelijk dat zowel moderator als deelnemers het **evaluatieformulier** invullen. Moderator of expert dienen deze evaluatieformulieren na afloop van de LOK-vergadering naar Domus Medica op te sturen.

B. Het programma zelf

1. Voorbereiding voor de start van het programma

Installeren van beamer, projectiescherm, tafels schikken voor 3 groepjes.

2. Tijdschema van het programma

Hieronder vindt u een tijdschema van het ganse programma:

	Tijd	Verantwoordelijke	Forum	Inhoud
Inleiding	10'	Moderator en expert	plenum	Voorstelling van huisarts-moderator en huisarts-expert. Voorstelling van het programma.
Oplossen casuïstiek	15'		Groepjes	In elk groepje wordt één casus besproken en uitgeklaard
Bespreking casuïstiek in plenum	80'	groepjes met verslaggever	groepjes + plenum	Plenaire bespreking van de casuïstiek, waarbij de expert toelichting geeft.
Conclusies	5'	moderator	plenum	Algemene conclusies voor de praktijk
Evaluatie	5'	moderator	plenum	Expert wordt bedankt. Evaluatieformulieren ingevuld

3. Voorstelling van moderator en expert. Voorstelling van het programma

Moderator en expert lichten hun functie binnen deze vergadering toe.

De moderator start met het voorstellen van het programma, hij licht de doelen toe, en stelt de indeling van de vergadering voor (*dia 2*).

4. Casuïstiek

De moderator vraagt aan de deelnemers om zich in 3 groepen te verdelen (3 casussen). Per groepje maakt iemand een verslag.

Deel per groep één casus uit.

De groepen krijgen 15 minuten om de casus te bespreken en uit te klaren.

Daarna wordt elke casus uitgebreid in plenum besproken.

Bespreking in plenum:

Elke casus wordt afzonderlijk voorgesteld (*dia's 3 t.e.m. 34*);

Begin bij casus 1, stel deze voor (*dia 3*). Laat de verslaggever van het groepje, die deze casus heeft opgelost, vertellen over wat in zijn groepje besproken werd.

Vervolgens laat u de andere LOK-deelnemers (van andere groepjes) aan het woord:

“Wie heeft hier ervaring mee?”

“Vertel eens.” , ...

Interactieve discussie is zeker mogelijk; de **moderator** kan hierin wat helpen om de discussie in goede banen leiden.

Blijf als moderator steeds in een neutrale positie.

Geef de mogelijkheid aan de deelnemers om ervaringen, bedenkingen, ...te formuleren.

Nadat iedereen zijn mogelijke inbreng heeft gehad, kan de expert toelichten wat het draaiboek van Eetexpert.be vooropstelt. De expert volgt hiervoor de powerpointpresentatie die de belangrijkste items van het draaiboek voorstelt.

De moderator kan daarna trachten om met de LOK-deelnemers tot een consensus over een bepaalde aanpak te komen, maar houdt er steeds rekening mee dat deze **consensus dient te stroken met de huidige geldende aanbevelingen van het draaiboek van Eetexpert.be.**

Voor de volgende casussen wordt op dezelfde manier gewerkt.

De moderator zorgt ervoor dat de casusbesprekingen binnen de toegelaten tijd blijven.

5. Take Home Messages

(*Dia 42*)

De moderator overloopt de take home messages vermeld op de dia.

Dia 43 geeft nuttig naslagwerk weer.

6. Evaluatie

Uw mening over deze handleiding is voor ons belangrijk: op die manier kunnen we ingaan op eventuele wensen of opmerkingen, om zo het pakket te optimaliseren.

Wij willen daarom aandringen op het **invullen van de evaluatieformulieren**, zowel door de moderator, door de expert als door de deelnemers, en deze naar het secretariaat van Domus Medica terug te sturen. Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen.

3. CASUÏSTIEK

C a s u s 1 (Dia 3):

M.b.t. aanmeldingsklacht of hulpvraag

Edwin, 42 jaar.

10 maanden geleden acute ruglast, begonnen op zijn werk als ambulancier. Een patiënt met rolstoel opgetild.

Woog toen 112 kg voor een lengte van 182 cm, BMI 33,8.

Ondanks doorgedreven rugrevalidatie en consulteren van zowel revalidatie-arts als neurochirurg geen verbetering van de klachten.

Elk advies gaat in dezelfde richting: facettaire overbelasting, waarvoor in de eerste plaats vermagering en terug mobiliseren noodzakelijk zijn.

Edwin kan dit niet aanvaarden. Niemand kan hem immers 100% garanderen of zijn ruglast zal verbeteren met vermagering.

Hij leeft graag op liters cola en ongezonde voeding in te grote hoeveelheden.

Zijn ongezonde levensstijl lijkt hem niet te deren, hij ligt er niet wakker van.

Vragen casus 1: (Dia 4-8)

Deze patiënt komt niet met een eigen hulpvraag rondom gewichtsbeheersing.

Maar de rugproblematiek is een mogelijke insteek om zijn obesitas ter sprake te brengen.

1. Welke klachten (zowel lichamelijke klachten als gedragsmatige of psychologische problemen) kunnen onrechtstreeks verwijzen naar een mogelijk eet- of gewichtsprobleem? (dia 4)
 - Link door naar de online tool en probeer deze in te vullen voor Edwin (dia 5-6)
2. Edwin heeft geen eigen hulpvraag m.b.t. zijn gewicht. Welke vragen kan je aan deze patiënt stellen om het onderwerp aan te kaarten? (dia 7)
3. In een latere consultatie: Hoe peil je naar de motivatie van deze patiënt?
Bespreek hoe je de motivatie kan verhogen voor:
 - a) een patiënt die onwrikbaar “neen” zegt tegen vermageren
 - b) een patiënt waarbij je enige ambivalentie bespeurt.
 - Ga opnieuw naar de online tool en klik op “resultaat” om te kijken welk advies er wordt gegeven (dia 8)

Toelichting aan moderator en expert:

Uiteraard laat de moderator eerst de LOK-deelnemers aan het woord. Daarna kan je putten uit de volgende dia's die het draaiboek toelichten:

M.b.t. vraag 1:

Dia 9 :

Klachten die verwijzen naar een mogelijk eet- of gewichtsprobleem

M.b.t. vraag 2:

Dia 10, 11 en 12:

Hoe het onderwerp aankaarten

M.b.t. vraag 3

Dia 13 : de motivatiecirkel (stadia van Prochaska en Di Clementi). Zie ook de tabel 8 in het draaiboek van Eetexpert.be vzw, pag. 41.

Dia's 14 en 15: Patiënt die onwrikbaar “neen” blijft zeggen = voorbeschouwende fase.

De kenmerken van dit stadium kunnen worden toegelicht, daarna worden een paar handvatten voor de huisarts aangereikt om de patiënt naar de volgende fase te laten evolueren.

Dia 16 en 17: Patiënt die ambivalentie vertoont = overwegingsfase.

De kenmerken van dit stadium kunnen worden toegelicht. De handvatten voor de huisarts werken motivatie-verhogend. De balansopdracht wordt in dia 14 toegelicht. Het motivational interview wordt in dia's 15 en 16 toegelicht.

Dia 18: Balansopdracht: laat de patiënt in een vierveldentabel invullen (kan bijvoorbeeld worden meegegeven als huiswerk):

- de voordelen van “gedrag behouden” (voorbeeld van gedrag: Beweging. Dus in deze vierveldentabel: “voordelen van niet bewegen”. Het item kan gekozen worden al naargelang de interesse van de patiënt. De patiënt kan bijvoorbeeld aangeven dat hij graag fietst; toepassing op de vierveldentabel geeft dan “voordelen van niet fietsen”)
- de nadelen van “gedrag behouden” (vb. nadelen van niet bewegen)
- de voordelen van “gedrag veranderen” (vb. voordelen van meer bewegen)
- de nadelen van “gedrag veranderen” (vb. nadelen van meer bewegen)

Dia 19 en 20: de meetlattechniek (ook gekend als “Motivational Interview”):

Verandering kan maar optreden als aan 2 belangrijke voorwaarden wordt voldaan:

- De verandering van levensstijl moet **belangrijk genoeg** zijn voor de patiënt, moet voorrang krijgen in de ogen van de patiënt.
- De patiënt moet **voldoende zelfvertrouwen** in zijn slaagkansen op een verandering van levensstijl hebben, i.c. gezonder eten, bewegen,

Concreet stelt u volgende vragen aan de patiënt:

1. “Op een schaal van 0 (= niet belangrijk) tot 10 (= zeer belangrijk), **hoe belangrijk** vindt u het om uw leefstijl te veranderen, welk getal zou je jezelf nu geven?” (teken ook een lijn,

zet de getallen er op van nul tot tien, laat de patiënt op deze meetlat zelf aanduiden waar hij zichzelf positioneert vb. hoe belangrijk vindt u het om meer te bewegen?).

2. "Waarom x en niet nul?"

Deze vraag haalt reeds belangrijke positieve aspecten naar boven.

3. "Wat moet er gebeuren om u naar x+1 te brengen?"

Deze vraag is belangrijk om de patiënt zijn oplossingen zelf naar boven te laten halen, in plaats dat de oplossingen door de arts worden aangebracht (dit laatste werkt niet goed...).

4. "Hoe kan ik u helpen om u op x+1 te brengen?"

Dit legt de oplossingen niet in het kamp van de arts, maar geeft u wel informatie over welke zaken kunnen helpen.

5. "Op een schaal van 0 (= geen zelfvertrouwen) tot 10 (= veel zelfvertrouwen), **hoeveel vertrouwen** heeft u er in dat als u uw huidige leefstijl zou willen veranderen, u dat zal lukken?"

6. Pas vragen 2 t.e.m. 4 ook op dit item "zelfvertrouwen" toe.

Dia 21:

De "zelfdeterminatietheorie" kijkt eerder naar de **kwaliteit** van motivatie dan naar kwantiteit (Prochaska & Diclementi meet eerder kwantiteit, "hoe groot" is uw motivatie).

Motivatie die voortvloeit uit verplichting en druk (extern gereguleerde motivatie) zal de patiënt slechts kortstondig aanmoedigen om het gezonde gedrag te stellen: slechts zolang de druk aanwezig blijft. Het is duidelijk dat intrinsieke motivatie een duurzaam effect heeft.

Dia 22:

De zelfdeterminatietheorie geeft belangrijke handvatten hoe we als huisarts motivatieversterkend kunnen tussenkomen. Inspelen op de nood aan autonomie van de patiënt, zijn nood aan verbondenheid en zijn gevoel van competentie, zal de kwaliteit van de eigen autonome motivatie van de patiënten vergroten.

C a s u s 2 (Dia 23):

M.b.t. anamnese en klinisch onderzoek

Marieke, 38 jaar en na haar zwangerschappen gestadig verzwaard (nu zo'n 10 jaar geleden).

Gewicht 92 kg

Lengte 170 cm

BMI: 31,8

Bloeddruk: soms 130/85, soms 120/80.

Ze menstrueert sinds de menarche onregelmatig. Soms heeft ze lagerugklachten. Ze klaagt verder enkel dat ze moe is. Ze snoept veel, ontbijt nooit en heeft weinig lichaamsbeweging. Ze heeft een paar vermageringspogingen achter de rug met miniem succes en kon het nooit lang volhouden.

Marieke neemt geen chronische medicatie.

Haar vraag: "Dokter, ik word te dik en heb van alles geprobeerd. Ik ben er beschaamd over en kom bijna niet meer buiten. Ik zou willen vermageren. Kan je me hierbij helpen?"

Vragen casus 2: (Dia 24)

1. Welke aanvullende vragen stel je nog in het kader van haar obesitas?
2. Hoe werk je de diagnostiek verder uit? Stel een plan op. Wat moet je zeker nagaan?
3. Hoe meet je op een correcte manier de buikomtrek?

Toelichting aan moderator en expert:

Laat de LOK-deelnemers eerst aan het woord. Exploreer hun antwoorden a.d.h.v. pagina 6.

Dia 25-33:

Ongeacht de aard van de aanmelding hoort bij vaststelling van obesitas een brede exploratie. Er kan op relatief korte tijd heel wat gerichte informatie worden verzameld. Vele van deze gegevens zijn reeds aanwezig in het Globaal Medisch Dossier van de patiënt.

De exploratie steunt op volgende vijf pijlers:

- Bepaal het medisch risico.
- Inventariseer de voorgeschiedenis, het gewichtsverloop en de familiale belasting.
 - Probeer voor deze patiënt met behulp van de online tool het medisch risico en de voorgeschiedenis te bepalen. (dia 26)
 - Gegevens die ontbreken in de casus, kan je zelf invullen om deze tool uit te proberen.
 - Wanneer er geen internetverbinding mogelijk is kan u gebruik maken van de screenshots. (dia 27-33)
- Breng de mogelijke oorzaken en gevolgen van het overgewicht in kaart. Bevraag de leefstijl. Overloop de medicatie: welke kunnen leiden tot gewichtstoename? (dia 35)

Lichamelijke gevolgen: voer een klinisch onderzoek uit om na te gaan wat de oorzaak is van het overgewicht en om na te gaan of er al weerslag is op de lichamelijke conditie. (Dia 36).

- Je kan op dia 37 naar de volledige lijst op de online tool.
- U kan **bijlage 1 (flowchart) en 2 “Leidraad voor de anamnese”** nu uitdelen. Deze is eveneens te downloaden vanuit de online tools.
- Spoor eetstoornissen op (Dia 38).
 - Dit is een link naar de online tools van het draaiboek rond het opsporen van eetstoornissen. Probeer dit samen in te vullen voor een willekeurige patiënt. Klik telkens op ‘volgende’. Bekijk samen het ‘resultaat’ van jullie patiënt.
 - Wanneer er geen internetverbinding mogelijk is kan u gebruik maken van de screenshots. (dia 39-42)
 - De ESP-vragenlijst (Eating Disorder Screen for Primary Care).
M.b.t. deze vragenlijsten:
Redelijk hoge sensitiviteit; specificiteit iets minder.
Geschikt om eetstoornis uit te sluiten.
Voor zowel SCOFF als ESP geldt dat de kans op een eetstoornis tussen de 25 en 40% is als het antwoord op minstens 2 vragen “ja” is.
Een verdere exploratie is dan aangewezen.
- Wat is de impact van het overgewicht op de levenskwaliteit (Dia 43). beoordeel het welzijn en het welbevinden van de patiënt.

U kan **bijlage 1 (flowchart) en 2 “Leidraad voor de anamnese”** nu uitdelen. Deze is eveneens te downloaden vanuit de online tools.

Dia 44 en 45:

Multidisciplinaire inventarisatie.

Het beeld kan vervolledigd worden door bijdragen van diëtist en psycholoog. Dit is efficiënt aangezien de huisarts slecht beperkte tijd heeft in een consultatie, waardoor niet alle thema's even uitgebreid aan bod kunnen komen.

Belangrijk is dat de huisarts in de inventarisatie van deze bijkomende anamnese een coördinerende rol opneemt.

Het draaiboek biedt een handige verwijstool: <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/huisart-sendraaiboek/verwijstool>

Men kan een hulpverlener opzoeken op basis van leeftijd patiënt, doelgroep (voedingsproblemen, eetstoornissen,...), behandelvorm (individueel, ambulant, chirurgie,..) en regio.

Dia 46 en 47:

Buikomtrek.

C a s u s 3 (Dia 48):

M.b.t. diagnose en indicatiestelling

Lea is 45 jaar. Ze consulteert met haar gewichtsprobleem. “Kan daar niets aan gebeuren?”

Voorgeschiedenis:

- Medisch: episodes van orthopedische problematiek (knie en rug) alsook psychosociale problemen.
- Familiaal: hypertensie en overgewicht moeder.
- Psychosociaal: gezin uit lage sociale klasse. Heeft weinig kansen gehad qua opleiding. Gehuwd met Jan (vrachtwagenchauffeur) en heeft 1 kind. Woont in een sociale woning, moeder woont in hetzelfde woonblok en is vaak de hele dag bij haar. Werkt als schoonmaakster. Enkele jaren geleden relatieproblemen gehad, regelmatig familiale problemen, vooral met oudste zus. Patiënte is een “emo-eter”.

Klinisch onderzoek:

- Bloeddruk: 130/80
- Lengte: 167 cm
- Gewicht: 94 kg

Ze neemt geen medicatie.

Ze rookt niet en gebruikt geen alcohol.

Buikomtrek	102 cm
Diabetes mellitus	Geen risicofactoren
Cholesterol	LDL 104 mg/dL HDL 56 mg/dL Triglyceriden 174 mg/dL Ratio 3,36
Comorbiditeit	Geen diabetes (nuchtere glycemie 85) Geen hart- en vaatziekten Geen slaapapnoe. Wel af en toe rug- en knieklachten. Laag zelfbeeld.

Vragen casus 3: (Dia 49)

Je kan het medisch risico van deze patiënte aan de hand van de online tool inschatten.

Welke behandelingsmogelijkheden komen voor deze patiënte in aanmerking?

Toelichting aan moderator en expert:

U noteert de antwoorden van de LOK-deelnemers op het bord.

Dia 50:

Inschatting medisch risico. Naarmate er meer risicofactoren aanwezig zijn, is het gewichtsprobleem ernstiger.

Dia 51:

Een ruime inschatting van het gezondheidsrisico en de meest aangewezen behandeling kan gebeuren a.d.h.v. de EOSS stadiëring (Edmonton Obesity Staging System). De EOSS stadiëring zou, onafhankelijk en beter dan de BMI alleen, mortaliteit voorspellen en is dus een belangrijk klinisch hulpmiddel.

Naargelang de stadiëring zal de behandeling intensiever zijn en zal de huisarts samenwerken met andere disciplines.

Verwijs naar **pagina 2 van de flowchart (bijlage 2) van het draaiboek** dat reeds werd uitgedeeld).

Dia 52:

Welke rol voor medicatie?

Dia 53:

Bariatrische chirurgie

Dia 54:

Conclusie behandelplan.

Behoed u voor een overmatige focus op gewicht. Bespreek met de patiënte het volledige risicoprofiel, eerder dan enkel het gewicht. Een focus op gezonde eet- en beweeggewoonten en een gezond lichaamsbeeld levert meer gezondheidsvoordelen op, zelfs zonder gewichtsverlies.

M.a.w.:

- Bij stabiel overgewicht zonder bijkomende comorbiditeit: belangrijk om verdere gewichtstoename te voorkomen (en buikomvang te verkleinen).
- Bij overgewicht met geassocieerde comorbiditeit: eerste mogelijke doel is gewicht stabiliseren. Gewichtsverlies en/of het verminderen van de buikomvang is aangewezen, maar behoud gewichtsverlies is essentieel. Aandacht voor verbetering welbevinden, zelfbeeld, sociale integratie.
- Vraag naar de eigen verwachtingen t.a.v. het gewicht. 5-10% van het lichaamsgewicht na een jaar is een realistisch streefdoel.
- Cave: gewicht is geen gedrag. Peil eerder naar motivatie om aanpassingen in de levensstijl te maken en maak dit concreet (vb minder frisdrank drinken).

Dia 55:

Wat komt in het behandelplan?

Na de casuïstiek:

Dia 56:

Vragen die de moderator in plenum kan stellen:

- Voert de huisarts zelf een grondige voedingsanamnese uit (en gebruikt hij hiervoor bijvoorbeeld de voedingsdriehoek)?
- Geef je zelf voedings- of dieetadvies? Of verwijst je door naar een diëtist?
- De actieve voedingsdriehoek: de basis van de driehoek is actieve beweging!

De actieve voedingsdriehoek

Zie ook bijlage van het draaiboek.

Naar aanleiding van de meest recente aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad werd de actieve voedingsdriehoek in 2011 grondig onder de loep genomen. Sinds 2012 is er een herziene versie.

Zoek de 5 verschillen (*Dia 57*):

1. De aanbeveling voor natrium werd verlaagd van 2400 mg naar 2000 mg per dag. Er werd beslist om in de groepen water, groenten en vlees/vis/eieren/vervangproducten het natriumgehalte als een volwaardig criterium te gaan hanteren. Het kommetje met bouillon in de watergroep is hiermee verdwenen.
2. Meer water, minder gesuikerde dranken: Het belang van het drinken van water wordt geaccentueerd door 7 glazen af te beelden i.p.v. 3 glazen.
3. Het kopje koffie in de watergroep wordt zonder lepel afgebeeld: op die manier wil de voedingsdriehoek de aandacht op het toevoegen van suiker wegnemen.
4. In de beweeglaag (onderste laag van de voedingsdriehoek): Wandelen met kinderen werd als extra figuur opgenomen. De actieve voedingsdriehoek wil hiermee aantonen dat bewegen heel laagdrempelig kan zijn. Sporten is zeker niet de enige manier te bewegen.
5. In de groep smeer- en bereidingsvet: De fles met olie kreeg een lichtere kleur. De oorspronkelijke donkere kleur gaf de indruk dat enkel olijfolie gebruikt kon worden, terwijl ook andere bereidingsoliën even goed zijn.

Niet alle verschillen zijn zichtbaar:

- Bij de groep vlees, vis, eieren en hun vervangproducten wordt het natriumgehalte een tweede criterium naast het vetgehalte.
- In de groep groenten en fruit: Soep die bereid wordt met minstens 400 g groenten en maximaal 1 bouillonblokje per liter wordt beschouwd als een volwaardige bijdrage aan de dagelijkse inname van groenten. Daarentegen kunnen fruitsappen en smoothies vers fruit NIET vervangen.

- In de restgroep:
Sedentair gedrag, zoals beeldschermactiviteiten en langdurig zitten, krijgt een plaats in de restgroep, omdat het beperken van sedentair gedrag internationaal wordt aan-geraden.
De maximale dagnorm in de restgroep wordt geconcretiseerd: 200 kcal voor een vol-wassen vrouw en 250 kcal voor een volwassen man. Deze restgroep gaat evengoed over koekeken, zoet broodbeleg als gesuikerde dranken.

Dia 58: take home messages

Dia 59 en 60: interessante literatuur en aanbod eetexpert

4. DIA'S

Zie begeleidende powerpoint-presentatie.

5. OVERZICHT VAN DE BIJLAGEN

- Bijlage 1: Uitnodiging voor uw LOK-vergadering
- Bijlage 2: de uit te printen casussen, aantal naargelang het aantal groepjes
- Bijlage 3a en 3b: evaluatieformulieren voor LOK-moderator en LOK-deelnemers
- Uit het Draaiboek van Eetexpert.be vzw:
 - de samenvatting (pagina 57 t.e.m. 60)
 - Bijlage 1 (pagina 61 en 62)
 - Bijlage 2 (pagina 63 t.e.m. 67)

6. LITERATUUR

- Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas. Draaiboek voor huisartsen. Eetex-pert.be vzw, 2013. <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/huisartsendraaiboek>
- De actieve voedingsdriehoek: http://www.vigez.be/nieuws/actieve_voedingsdriehoek_bestaat_15_jaar_en_krijgt_make_over.html .
- Aanbeveling “[Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk](#)”
- Aanbeveling “[Obesitas bij kinderen](#)”
- [Zorg voor kinderen met eet- en gewichtsproblemen](#). Draaiboek voor huisartsen. Eetex-pert.be vzw, 2008.
- Het Domus Medica webdossier: [Advies gezonde voeding, beweging en sedentariteit](#)

Uitnodiging LOK-vergadering

Beste LOK-collega's,

Hierbij wil ik u uitnodigen op *<datum>*, voor onze volgende LOK-vergadering over:

OVERGEWICHT EN OBESITAS Aanpak in de huisartsenpraktijk

Het doel van deze vergadering is leren hoe het draaiboek voor huisartsen "Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas" van Eetexpert.be ons helpt om overgewicht en obesitas beter aan te pakken.

Het wordt een erg praktijkgericht en interactief gebeuren. Hierbij zullen we worden bijgestaan door *<namen expert(en)>*.

U bent van harte welkom.

Afspraak te *<plaats vergadering>*.

Start: *<uur>*.

Tot dan,

<naam LOK-verantwoordelijke en/of moderator>

C a s u s 1 :

Edwin, 42 jaar.

10 maanden geleden acute ruglast, begonnen op zijn werk als ambulancier. Een patiënt met rolstoel opgetild.

Woog toen 112 kg voor een lengte van 182 cm, BMI 33,8.

Ondanks doorgedreven rugrevalidatie en consulteren van zowel revalidatie-arts als neurochirurg geen verbetering van de klachten.

Elk advies gaat in dezelfde richting: facettaire overbelasting, waarvoor in de eerste plaats vermagering en terug mobiliseren noodzakelijk zijn.

Edwin kan dit niet aanvaarden. Niemand kan hem immers 100% garanderen of zijn ruglast zal verbeteren met vermagering.

Hij leeft graag op liters cola en ongezonde voeding in te grote hoeveelheden.

Zijn ongezonde levensstijl lijkt hem niet te deren, hij ligt er niet wakker van.

Vragen casus 1:

Deze patiënt komt niet met een eigen hulpvraag rondom gewichtsbeheersing.

Maar de rugproblematiek is een mogelijke insteek om zijn obesitas ter sprake te brengen.

1. Welke klachten (zowel lichamelijke klachten als gedragsmatige of psychologische problemen) kunnen onrechtstreeks verwijzen naar een mogelijk eet- of gewichtsprobleem?
2. Edwin heeft geen eigen hulpvraag m.b.t. zijn gewicht. Welke vragen kan je aan deze patiënt stellen om het onderwerp aan te kaarten?
3. In een latere consultatie: Hoe peil je naar de motivatie van deze patiënt?
Bespreek hoe je de motivatie kan verhogen voor:
 - a. een patiënt die onwrikbaar “neen” zegt tegen vermageren
 - b. een patiënt waarbij je enige ambivalentie bespeurt.

C a s u s 2 :

Marieke, 38 jaar en na haar zwangerschappen gestadig verzwaard (nu zo'n 10 jaar geleden).

Gewicht 92 kg

Lengte 170 cm

BMI: 31,8

Bloeddruk: soms 130/85, soms 120/80.

Ze menstrueert sinds de menarche onregelmatig. Soms heeft ze lagerugklachten. Ze klaagt verder enkel dat ze moe is. Ze snoept veel, ontbijt nooit en heeft weinig lichaamsbeweging. Ze heeft een paar vermageringspogingen achter de rug met miniem succes en kon het nooit lang volhouden.

Marieke neemt geen chronische medicatie.

Haar vraag: : "Dokter, ik word te dik en heb van alles geprobeerd. Ik ben er beschaamd over en kom bijna niet meer buiten. Ik zou willen vermageren. Kan je me hierbij helpen?"

Vragen casus 2:

1. Welke aanvullende vragen stel je nog in het kader van haar obesitas?
2. Hoe werkt je de diagnostiek verder uit? Stel een plan op. Wat moet je zeker nagaan?
3. Hoe meet je op een correcte manier de buikomtrek?

C a s u s 3 :

voor deze casus is het handig dat u beschikt over een PC met internetverbinding (kan eventueel ook zonder)

Lea is 45 jaar. Ze consulteert met haar gewichtsprobleem. “Kan daar niets aan gebeuren?”

Voorgeschiedenis:

- Medisch: episodes van orthopedische problematiek (knie en rug) alsook psychosociale problemen.
- Familiaal: hypertensie en overgewicht moeder, geen ischemische events
- Psychosociaal: gezin uit lage sociale klasse. Heeft weinig kansen gehad qua opleiding. Gehuwd met Jan (vrachtwagenchauffeur) en heeft 1 kind. Woont in een sociale woning, moeder woont in hetzelfde woonblok en is vaak de hele dag bij haar. Werkt als schoonmaakster. Enkele jaren geleden relatieproblemen gehad, regelmatig familiale problemen, vooral met oudste zus. Patiënte is een “emo-eter”.

Klinisch onderzoek:

- Bloeddruk: 130/80
- Lengte: 167 cm
- Gewicht: 94 kg

Ze neemt geen medicatie.

Ze rookt niet en gebruikt geen alcohol.

Buikomtrek	102 cm
Cardiovasculair risico	Laag (10 j. risico sterfte 0 – 4 %)
Diabetes mellitus	Geen risicofactoren
Cholesterol	LDL 104 mg/dL HDL 56 mg/dL Triglyceriden 174 mg/dL Ratio 3,36
Comorbiditeit	Geen diabetes (nuchtere glycemie 85) Geen hart- en vaatziekten Geen slaapapnoe. Wel af en toe rug- en knieklachten. Laag zelfbeeld.

Vragen casus 3:

Je kan het medisch risico van deze patiënte inschatten met behulp van een online tool.

<http://www.draaiboeken.eetexpert.be/huisartsendraaiboek> (rechtstreekse link welbepaalde tool nog toe te voegen)

Welke behandelingsmogelijkheden komen voor deze patiënte in aanmerking?

Handleidingen voor LOK-groepen Obesitas. Aanpak in de huisartsenpraktijk.

Evaluatieformulier voor de **MODERATOR** en voor de **EXPERT**

Het programma werd gevolgd door:

☐ LOK (naam en/of nummer, en gemeente):

☐ andere groep:

Score op een schaal van 1 tot 4

1 = helemaal niet akkoord

3 = akkoord

2 = niet akkoord

4 = helemaal akkoord

Het onderwerp van deze handleiding is een goed onderwerp voor een LOK-groep.

1

2

3

4

De inhoud van de LOK-vergadering is toepasbaar voor de praktijk.

1

2

3

4

Deze handleiding stelt mij als LOK-moderator of LOK-expert in staat om kennis, inzicht en vaardigheden m.b.t. gedragsverandering over te brengen aan de LOK-deelnemers (zonder de aanwezigheid van een externe expert).

1

2

3

4

De handleiding stelt mij als LOK-moderator/LOK-expert in staat om de LOK-leden in de vergadering zelf tot actie te motiveren.

1

2

3

4

Er was goede interactie tussen de moderator, expert en de deelnemers.

1

2

3

4

Heeft u tips, suggesties, kritieken m.b.t. de handleiding?

.....

.....

Welke programma-onderdelen kwamen aan bod?

.....

.....

Handleidingen voor LOK-groepen
Obesitas. Aanpak in de huisartsenpraktijk.

Evaluatieformulier voor de **DEELNEMERS**

Score op een schaal van 1 tot 4

1 = helemaal niet akkoord

2 = niet akkoord

3 = akkoord

4 = helemaal akkoord

Het onderwerp van deze LOK-vergadering is een goed onderwerp voor een LOK-groep.

1 2 3 4

Het onderwerp van deze LOK-vergadering is belangrijk voor mijn praktijk

1 2 3 4

De voorgestelde aanpak is toepasbaar in mijn eigen praktijksituatie

1 2 3 4

Na deze LOK-vergadering heb ik intentie om de opgedane ervaring te implementeren in mijn eigen praktijk

1 2 3 4