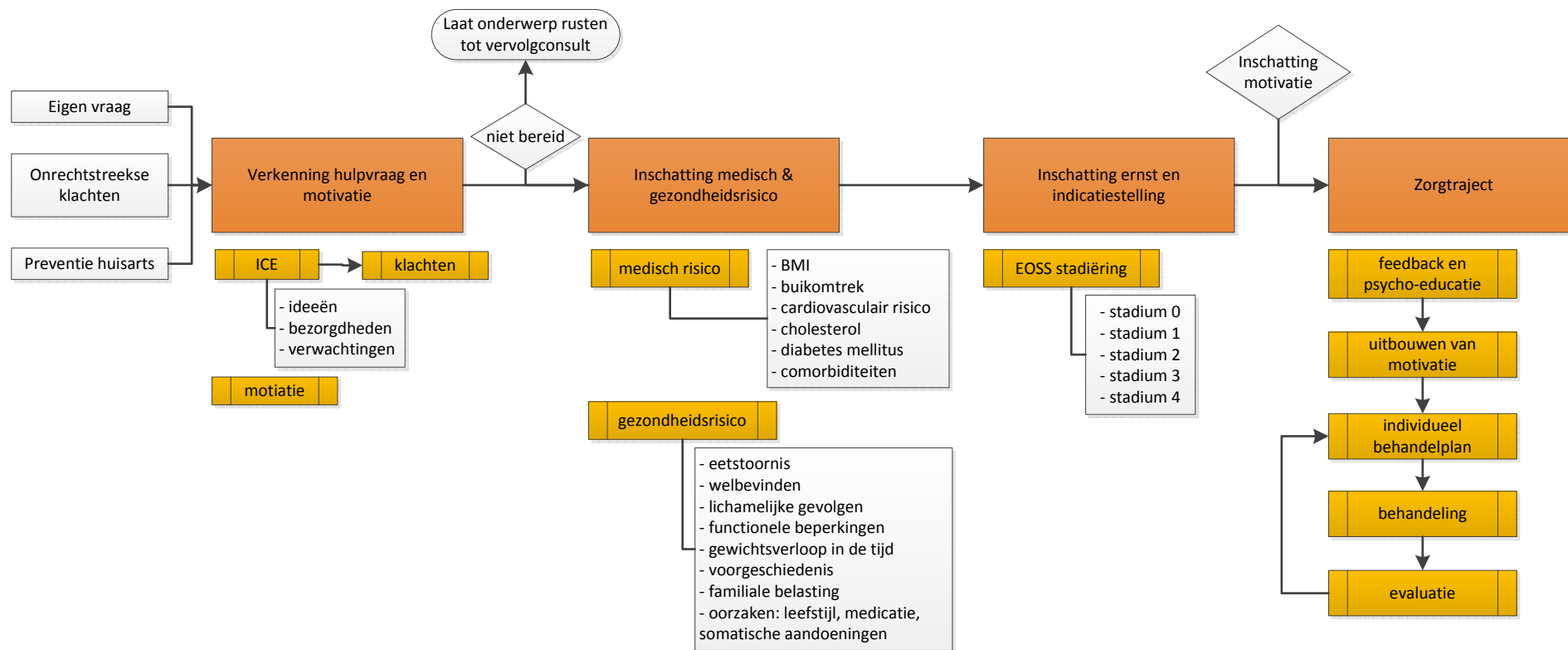
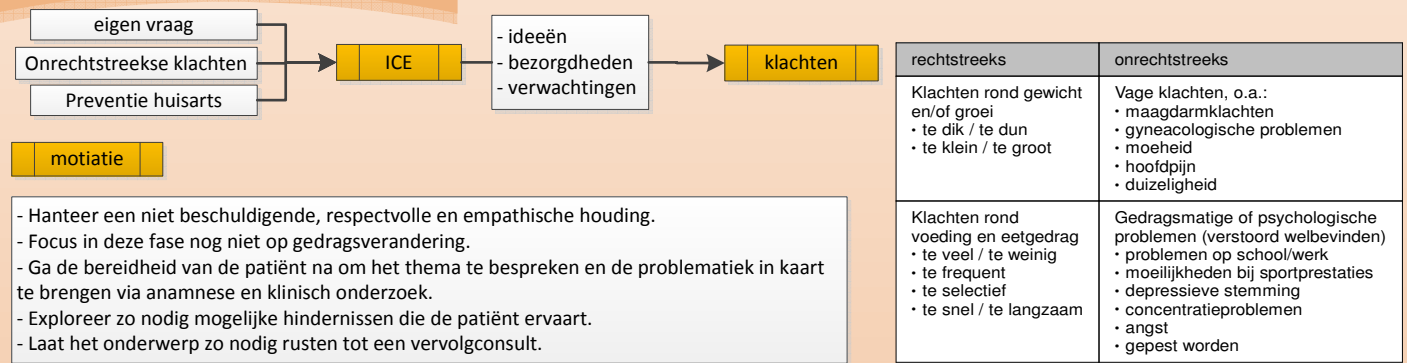
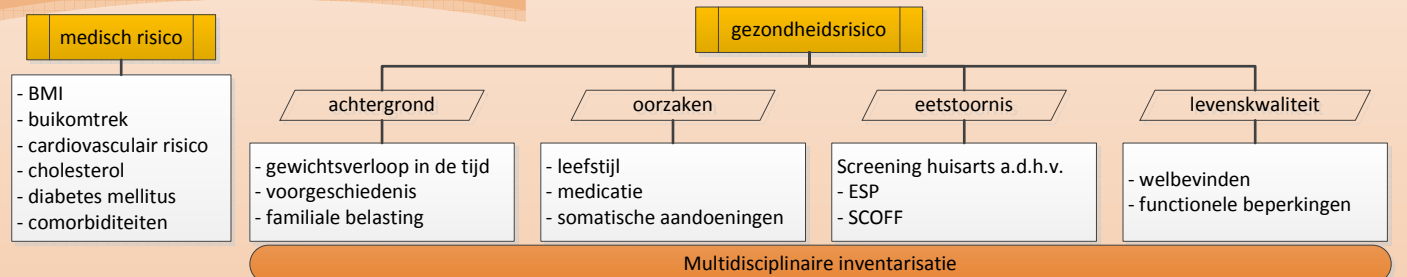






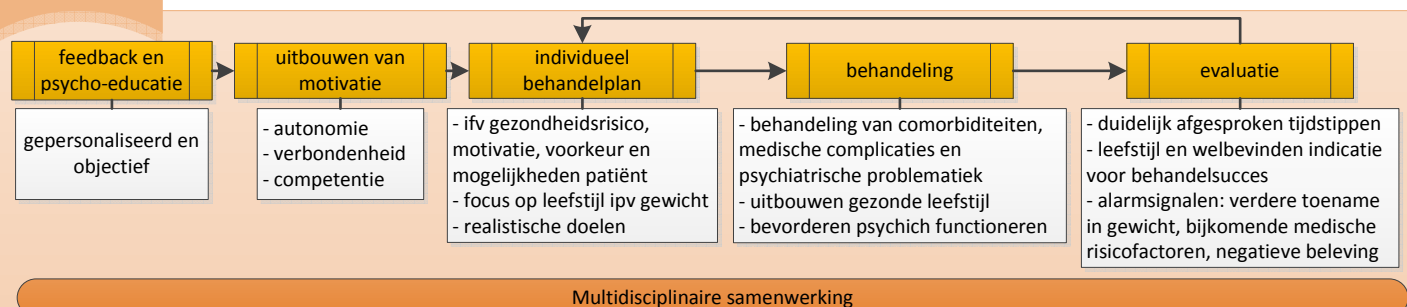
Inschatting medisch & gezondheidsrisico



Inschatting ernst en indicatiestelling



Zorgtraject



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 levensstijl 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 levensstijl, met inbegrip van competent eten, plezierige fysieke activiteiten 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 diëtis, kinesist/bewegingstherapeut 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.

© Eetexpert

Eetexpert (2013). Draaiboek voor huisartsen, herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen.

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 brengt de diversiteit aan aanbevelingen samen en geeft aan wat gezonde voeding en beweging is voor elke leeftijdscategorie. We geven een kort overzicht van de aanbevelingen.

Wat is overgewicht/obesitas en wat zijn eetproblemen ?

We beschrijven wat (over)gewichtsproblemen 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 vervolgconsult.

© Eetexpert

Eetexpert (2013). Draaiboek voor huisartsen, herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen.

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 en beweging, (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 probleemverkenkende, 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 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 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

- | | |
|---|--|
| ☐ maagdarmklachten | ☐ problemen op het werk |
| ☐ cardiovasculaire problemen | ☐ moeilijkheden bij sportprestaties |
| ☐ gynaecologische problemen | ☐ depressieve stemming |
| ☐ moeheid | ☐ concentratieproblemen |
| ☐ hoofdpijn | ☐ angst |
| ☐ duizeligheid | ☐ stress |
| ☐ lusteloosheid | ☐ frustratie |
| ☐ kortademigheid | ☐ negatief zelfbeeld |
| ☐ verminderde mobiliteit | ☐ 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. Gezondheidsrisico

- BMI ☐ normaal (BMI 18.5-25)
☐ overgewicht (BMI 25-30)
☐ obesitas (BMI ≥ 30)
- Buikomtrek ☐ normaal (M: ≤ 94 cm, V: ≤ 80 cm)
☐ vergroot (M: 94-102 cm, V: 80-88 cm)
☐ sterk vergroot (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 $\geq 10\%$)
- Diabetes mellitus ☐ geen risicofactoren
☐ gestoorde nuchtere glycemie
☐ diabetes mellitus
- Cholesterol ☐ LDL ≥ 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

© Eetexpert

Eetexpert (2013). Draaiboek voor huisartsen, herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen.

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:

- | | |
|---|---|
| ☐ corticosteroïden | ☐ antidepressiva |
| ☐ antipsychotica | ☐ bètablokkers |
| ☐ anti-migraine middelen | ☐ anticonvulsiva |
| ☐ insuline | ☐ sex steroïden |
| ☐ orale antidiabetica | ☐ protease inhibitoren |

Somatische aandoeningen:

- | | |
|--|---|
| ☐ hypofysaire insufficiëntie | ☐ Alström syndroom |
| ☐ hypothyreoïdie | ☐ Albright hereditaire osteodystrofie |
| ☐ Cushingsyndroom | ☐ Carpenter syndroom |
| ☐ hyperinsulinisme | ☐ MOMO syndroom |
| ☐ syndroom van Down | ☐ Rubinstein-Taybi syndroom |
| ☐ Prader-Willi syndroom | ☐ polycysteus ovariumsyndroom |
| ☐ Bardet-Beidl syndroom | ☐ chronische ziekte met bewegingsbeperking |
| ☐ neurologische afwijkingen of verminderde visus of gezichtsveldbeperking | |
| ☐ leptinedeficiëntie / leptine receptor mutatie | |

© Eetexpert

Eetexpert (2013). Draaiboek voor huisartsen, herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen.

5. Impact

Psychosociaal

- ☐ verstoorde lichaamsbeleving
- ☐ verstoord welbevinden
- ☐ depressieve klachten

Cardiovasculair

- ☐ hypertensie
- ☐ hart- en vaatziekten
- ☐ congestief hartfalen
- ☐ cor pulmonale
- ☐ veneuze insufficiëntie en veneuze trombose
- ☐ spataderen
- ☐ longembolie
- ☐ leukemie, multipel myeloom, lymfoom

Metabool

- ☐ insulineweerstandigheid
- ☐ 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
- ☐ niet-alcoholische steatose hepatitis (NASH)
- ☐ levercirrose
- ☐ gastro-oesofagale reflux (GERD)
- ☐ pyrosis
- ☐ cholecystitis
- ☐ galstenen
- ☐ hernia
- ☐ slokdarm, dunne darm-, colon-, rectum-, lever-, galblaas- of pancreaskanker

Neurologisch

- ☐ beroerte
- ☐ idiopathische intracraniele 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)
- ☐ ♀: endometrium-, baarmoederhals-, eierstok-, of borstkanker
- ☐ ♂: prostaatkanker

Huid

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

Renaal

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

Varia

- ☐ paradontale aandoeningen
- ☐ complicaties van anesthesie
- ☐ zweten

Eetbuien / braken / laxeren

- | | |
|---|--|
| ☐ tandglazuur aangetast | ☐ beschadiging van de longen |
| ☐ keelpijn, chronische heesheid | ☐ ribfracturen |
| ☐ zwelling van de speekselklieren | ☐ flauwvallen, duizeligheid |
| ☐ uitdroging | ☐ tekort aan kalium |
| ☐ oedeem | ☐ nierbeschadiging |
| ☐ acute pancreasontsteking | ☐ obstipatie |
| ☐ ontstekingen, zweren, bloedingen of scheurtjes in slokdarm, maag, dunne darm | ☐ spierkrampen, krachtverlies |
| ☐ aambeien, bloedverlies | ☐ hartritmestoornissen, hartstilstand |
| | ☐ epileptische aanvallen, coma |

9. 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

10. Besluit + bijkomende belangrijke informatie

.....

.....

.....

