

OVERGEWICHT EN OBESITAS BIJ VOLWASSENEN IN DE HUISARTSEN PRAKTIJK

Gevalideerd door CEBAM onder het nummer 2006/01

AUTEURS: PAUL VAN ROYEN, HILDE BASTIAENS, AN D'HONDT, CHRIS PROVOOST, WOUT VAN DER BORGH

Inbreng van de patiënt en afweging door de huisarts

Aanbevelingen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsende geneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom moet door een heldere communicatie de vraag van de patiënt voor de huisarts duidelijk zijn en moet de huisarts de patiënt voldoende informeren over alle aspecten van de verschillende beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat huisarts en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de aanbevelingen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

Inleiding

Overgewicht en obesitas zijn in onze westerse maatschappij één van de belangrijkste gezondheidsproblemen. In de leeftijdsgroep van 35 tot 59 jaar hebben ruim 28 % van de vrouwen en 49 % van de mannen overgewicht. Obesitas komt voor bij 13 % vrouwen en 14 % mannen¹. De prevalentie van ernstige obesitas bedraagt ongeveer 5-10 % van de totale bevolking. Overgewicht en obesitas komen meer voor met toenemende leeftijd².

Wat?

Obesitas is het resultaat van een langdurig onevenwichtige energiebalans, waarbij de dagelijkse energie-inname het energieverbruik overtreft. De energiebalans wordt gemoduleerd door tal van factoren, waaronder metabolisme, hongergevoel, voedingsgewoonten en fysieke activiteit³. Obesitas is geassocieerd met een belangrijk aantal complicaties en comorbiditeit⁴, zoals (niet-insulinedependente) diabetes mellitus type 2⁵, lipidenstoornissen⁶, metabool syndroom, cardiovasculaire aandoeningen (hypertensie,

- 1 In de Bel-stressstudie werden meer dan 15 000 mannen en meer dan 5 000 vrouwen van 35 tot 59 jaar onderzocht. Er werden gegevens verzameld over de prevalentie van zwaarlijvigheid en over vetdistributie. Obesitas met een abdominale vetverdeling ging ook gepaard met een hoger ziekteverzuim.
 - Moreau M, Valente F, Mak R, et al. Obesity, body fat distribution and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Bel-stress study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:574-82.
- 2 De BIRNH-studie heeft aangetoond dat er een duidelijke toename is van obesitas naargelang de leeftijd. Dit was vooral opvallend in de vrouwelijke populatie tussen 65 en 74 jaar, waarin 31 % obees was. Er was geen duidelijke toename van obesitas bij de mannelijke populatie.
 - Kornitzer M, Dramaix M. The Belgian Interuniversity Research on Nutrition and Health (BIRNH): general introduction, for the BIRNH study group. *Acta Cardiol* 1989;44:89-99.
- 3 Deze factoren worden beïnvloed door genetische kenmerken. Nochtans kan de toename van obesitas niet worden verklaard door wijzigingen in het menselijke genoom, maar eerder door omgevingsveranderingen die overdreven voedselinname en verminderde fysieke activiteit bevorderen.
 - Weinsier RL, Hunter GR, Heini AF, et al. The etiology of obesity: relative contribution of metabolic factors, diet, and physical activity. *Am J Med* 1998; 105:145-50.
 - French SA, Story M, Jeffery RW. Environmental influences on eating and physical activity. *Annu Rev Public Health* 2001;22:309-35.
- 4 Pi-Sunyer FX. Medical hazards of obesity. *Ann Intern Med* 1993;119:655-60.
- 5 Het verband tussen gewicht en de prevalentie van diabetes mellitus type 2 is voldoende aangetoond. Vooral de duur van de obesitas is een belangrijke determinant in het ontstaan van diabetes. Er is een drie- tot tienmaal verhoogd risico, naargelang de leeftijd, het type en de duur van de obesitas.
 - Hartz AJ, Rupley DC, Kalkhoff RD, et al. Relationship of obesity to diabetes: influences of obesity level and body fat distribution. *Prev Med* 1983;12:351-7.

Diabetes mellitus type 2 en hypercholesterolemie houden belangrijke risico's in voor het optreden van hart- en vaatziekten. In feite gaat het om afzonderlijke aandoeningen die niet de oorzaak zijn van gewichtstoename, maar er eerder het gevolg van zijn of ermee verband houden (comorbiditeit).
- 6 Bloedlipiden zijn vaak abnormaal bij obese volwassenen. Hypercholesterolemie komt anderhalve keer meer voor bij obese dan bij niet-obese personen. Bij elke patiënt met duidelijke obesitas, dient de huisarts aandacht te hebben voor het cholesterolgehalte. Maar ook een familiale belasting of voorgeschiedenis – xanthomen, xanthelasmata <40 jaar en hypertensie – moet de aandacht van de huisarts op het cholesterolgehalte richten.
 - Van Itallie TB. Health implications of overweight and obesity in the United States. *Ann Intern Med* 1985;103:983-8.

angina pectoris en coronaire ziekten ⁷, varices, thromboembolische aandoeningen, CVA), galstenen, levercirrose, cholecystitis, jicht, skeletafwijkingen (artrose, pes planus), intertrigo, lichamelijke bezwaren zoals gewichtslast, dyspneu, pyrosis, zweten, verhoogde kans op kanker (prostaat en darm bij mannen en borst, lever, galblaas, blaas, baarmoeder(hals) en ovaria bij vrouwen) ⁸ en slaapapneu ⁹.

Gevolgen van complicaties

Al deze complicaties verhogen de mortaliteit, het aantal ziekenhuisopnames en de totale kosten voor de gezondheidszorg ¹⁰. Aan de hand van het type obesitas, kan de arts de risico's vrij nauwkeurig inschatten (zie *Klinisch Onderzoek*, blz. 125). Een niet-abdominale obesitas (peervorm) geeft meestal aanleiding tot mechanische complicaties, zoals artrose, jicht, varices, intertrigo en veneuze insufficiëntie. Een abdominale obesitas (appelvorm) resulteert eerder in cardiovasculaire en metabole complicaties.

Effect van behandeling

Men kan de gunstige uitkomst van een obesitasbehandeling meten op verschillende niveaus: het percentage en/of de absolute hoeveelheid gewichtsvermindering, het ver-

mijden van complicaties en het biopsychosociale welbevinden (zie *Klinisch Onderzoek*, blz. 125).

Vermageren gaat wel degelijk gepaard met een verbetering van de risicofactoren. Reeds bij een gewichtsverlies van 10 % of ongeveer 10 kg kan men een daling van 10 mmHg in systolische en 20 mmHg in diastolische bloeddruk vaststellen, alsook 91 % reductie van symptomen van angina pectoris, 33 % stijging van de inspanningstolerantie, 30-50 % daling van de nuchtere glykemie en 15 % van HbA1c, 10 % daling van het totaal cholesterol, 15 % vermindering van LDL, 30 % daling van triglyceriden en ten slotte 8 % stijging van HDL ¹¹. Op basis hiervan kan men verwachten dat het mortaliteitsrisico zal dalen.

Of daling in lichaamsgewicht op zich een invloed heeft, blijft de vraag. Blijvend gewichtsverlies is in de praktijk overigens vaak moeilijk. De mortaliteit daalt wel bij een vermindering van het lichaamsgewicht, wanneer er sprake is van comorbiditeit zoals diabetes type 2 of ischemische hart- en vaatziekten.

Bij oudere patiënten met obesitas (ouder dan 80 jaar) moet het instellen van een behandeling worden afgewogen ten opzichte van de levenskwaliteit en het veronderstelde voordeel ¹².

7 De prevalentie van hypertensie is dubbel zo hoog bij volwassenen met 20 % overgewicht dan bij volwassenen met een normaal gewicht.

• Havlik RJ, Hubert HB, Fabsitz RR, et al. Weight and hypertension. *Ann Intern Med* 1983;98:855-9.

Obesitas kan onafhankelijk het risico op coronaire hartziekten doen stijgen. Daarnaast is er een onrechtstreekse invloed van obesitas via andere risicofactoren zoals hypertensie en hyperlipidemie, die eveneens het risico op coronaire hartziekten doen toenemen.

• Pi-Sunyer FX. Medical hazards of obesity. *Ann Intern Med* 1993;119:655-60.

• Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1990;322:882-9.

8 • Garfinkel L. Overweight and cancer. *Ann Intern Med* 1985;103:1034-6.

• Ballard-Barbash R, Swanson CA. Body weight: estimation of risk for breast and endometrial cancer. *Am J Clin Nutrition* 1996;63:437.

9 Als de obesitas toeneemt, dan komt slaapapneu met stijgende frequentie voor.

• Kopelman PG, Aps MC, Cope T, et al. Nocturnal hypoxia and sleep apnoea in asymptomatic obese men. *Int J Obes* 1986;10:211-7.

10 • Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, et al. Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care* 1998;36:8-27.

Thompson en Wolf voerden een systematisch literatuuronderzoek uit om meer te weten te komen over de medische kosten verbonden aan de zorg bij obesitas. Uit achttien studies komt naar voor dat obesitas 5,5 tot 7 % van het nationale gezondheidsbudget in de Verenigde Staten opsloopt en 2 à 3,5 % van het gezondheidsbudget in andere landen. In de Verenigde Staten, met weliswaar een hogere prevalentie van obesitas dan in Europa, noteert men een jaarlijkse uitgave van 68 miljard dollar voor medische kosten verbonden aan obesitas en de behandeling ervan, en 30 miljard dollar voor dieetvoeding, producten en programma's. Ook de indirecte kosten zijn aanzienlijk (arbeidsongeschiktheid en werkverzuim). Door de stijgende prevalentie verwacht men ook in West-Europa een dergelijke economische weerslag.

• Thompson D, Wolf AM. The medical-care cost burden of obesity. *Obes Rev* 2001;2:189-97.

• Wolf A, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obes Res* 1998;6:97-106.

11 • Goldstein D. Beneficial health effects of modest weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1992;16:397-415.

• Jung RT. Obesity as a disease. *Br Med Bull* 1997;53:307-21.

• Van Gaal L, Wauters M, De Leeuw I. The beneficial effects of modest weight loss on cardiovascular risk factors. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997;21:5-9.

12 De gradiënt van risicostijging vertoont een minder steile helling dan bij jongere personen. Een therapeutisch voorstel bij ouderen moet rekening houden met de cardiovasculaire risico's, de comorbiditeiten, de weerslag op de functionele autonomie en de motivatie van de patiënten.

• Heiat A, Vaccarino V, Krumholz H. An evidence-based assessment of federal guidelines for overweight and obesity as they apply to elderly patients. *Arch Int Med* 2001;161:1194-203.

• Belgian Association for the Study of Obesity. Consensus Obesitas, een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas 2002:57.

Rol van de huisarts

Obesitas is te beschouwen als een chronisch probleem. Retrospectief blijkt vaak dat mensen met overgewicht op latere leeftijd, reeds op jongvolwassen leeftijd een belangrijke gewichtstoename doormaakten. Dit onderstreept het belang van preventieve maatregelen en voorlichting.

De huisarts wordt nagenoeg dagelijks geconfronteerd met problemen van overgewicht en obesitas¹³. Per duizend consulten in een huisartsenpraktijk zijn er circa twintig direct gerelateerd aan het probleem overgewicht. Per jaar zijn er ongeveer vijftien nieuwe gevallen van obesitas per duizend mannen en 26 per duizend vrouwen. De hoogste incidentie ligt in de leeftijdsgroep 45-64 jaar en in de lage sociale klasse¹⁴.

De huisarts kan een centrale rol spelen bij de identificatie van overgewicht en obesitas, onder meer door het lichaamsgewicht van zijn patiënten regelmatig te meten¹⁵. Dit kan worden ingepast in routineschema's voor de controle van hypertensie, diabetes, artrose, hartaandoeningen, CARA, anticonceptie, sportkeuringen en dergelijke. Dankzij de registratie van het gewicht en de stijging of daling ervan ten opzichte van vorige meting, ontstaat een goed overzicht van het verloop in de tijd. Zo kan de arts de patiënt blijven motiveren en de preventieve taken hierbij opnemen. Vooral voor de leeftijdscategorie 20-30 jaar is zo'n actief beleid uiterst belangrijk. De juiste informatie over gezonde eet- en leefgewoonten kan vele problemen ten gevolge van overgewicht vermijden.

Het is van belang dat de huisarts obese patiënten ten gevolge van een eetstoornis – meer bepaald boulimia nervosa en een eetbuistoornis (binge eating disorder) – kan herkennen en adequaat verwijzen¹⁶.

Eens de diagnose van overgewicht of obesitas is gesteld, en op voorwaarde dat de patiënt voldoende gemotiveerd is, is het de taak van de huisarts om een gefaseerde behandeling op te starten en op te volgen. Hiertoe kan hij een samenwerking opbouwen met andere eerstelijns-hulpverleners, in de eerste plaats met diëtisten.

Bij obese patiënten die al verschillende onsuccesvolle pogingen hebben ondernomen (therapieresistentie), dient de huisarts vooral de mogelijke complicaties vroegtijdig op te sporen en adequaat te behandelen (tertiaire preventie).

Vraagstelling

Deze aanbeveling gaat over de diagnose, behandeling en opvolging van volwassen patiënten met obesitas in de huisartsenpraktijk. Vanuit de beschikbare wetenschappelijke literatuur wordt een antwoord geformuleerd op volgende klinische vragen:

- Hoe kan de huisarts een onderscheid maken tussen obesitas met en obesitas zonder eetstoornis?
- Hoe kan de huisarts bij een obesitaspatiënt het morbiditeits- en mortaliteitsrisico bepalen?
- Vanaf welke Body Mass Index of BMI (en andere geassocieerde parameters) dient een patiënt te worden behandeld?
- Met welke therapeutische middelen kan de huisarts bij een obesitaspatiënt op korte en lange termijn (minimum één jaar of langer) een gunstig effect bekomen?
- Heeft het zin dat de huisarts bij een patiënt zonder risicofactoren advies geeft voor een behandelingsaanpak?

Deze aanbeveling handelt niet over de diagnose, behandeling en opvolging van obesitas bij kinderen, evenmin

13 • Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978. Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een vertiaal huisartspraktijken. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

Volgens de cijfers van Intego wordt bij 3,95 op duizend patiënten de diagnose van obesitas (BMI ≥ 30) gesteld. Uiteraard zijn heel wat meer klachten en problemen gerelateerd aan zwaarlijvigheid.

• Bartholomeeusen S, Buntinx F, De Cock L, et al. Het voorkomen van ziekten in de huisartspraktijk. Resultaten van de morbiditeitsregistratie van het Intego-netwerk. Leuven: Intego, 2001.

14 Kluthe R, Schubert A. Obesity in Europe. *Ann Intern Med* 1985;103:1037-42.

15 De huisarts is in een uitstekende positie om patiënten met overgewicht en obesitas te identificeren, te behandelen en/of door te verwijzen. Patiënten raadplegen hun huisarts gemiddeld drie à vier keer per jaar. Ongeveer 70 % van de bevolking bezoekt minstens éénmaal per jaar de huisarts. De huisarts kan een centrale rol spelen in de multidisciplinaire aanpak van obesitas.

• Jacobs K, Monsieurs D, Van Royen P. Obesitas: een stapsgewijze aanpak in de huisartspraktijk. *Huisarts Nu* 1990;19:268-71.

16 De incidentie van boulimia nervosa wordt geschat op twaalf per honderdduizend huisartsenpatiënten per jaar. Dit betekent dat een huisarts gemiddeld om de drie à vier jaar een nieuwe patiënt met boulimia nervosa ziet. De huisarts is een belangrijke persoon bij het signaleren van eetstoornissen.

• Hoek HW, Van Furth EF. Anorexia nervosa en boulimia nervosa. Diagnostiek en behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;33:1859-63.

De prevalentie van de eetbuistoornis wordt geschat op 2 % in de totale populatie tot 30 % in een patiëntenpopulatie en zelfs tot 47 % bij kandidaten voor obesitaschirurgie.

• Stunkard AJ, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int J Obes* 2003;27:1-12.

over de aanpak en behandeling van obesitas bij eetstoornissen. Ook andere oorzaken van gewichtstoename worden in deze aanbeveling niet besproken¹⁷.

Er is op dit ogenblik een gebrek aan gegevens over kwaliteitsindicatoren met betrekking tot de aanpak van obesitas, onder meer qua proces en uitkomst van een obesitas-behandeling. Deze aanbeveling vormt evenwel een goed referentiepunt en een aanzet om de kwaliteit van zorg aan obesitaspatiënten te verbeteren.

Definities

Obesitas kan worden gedefinieerd als een toestand van overtollige opstapeling van lichaamsvet, in vergelijking met de norm voor de leeftijd en het geslacht. Directe metingen van het totale lichaamsvet zijn in de praktijk moeilijk uit te voeren en niet altijd betrouwbaar. Daarom gebruikt men indirecte methodes, zoals de **Body Mass Index** (BMI of Quetelet-index)¹⁸:

$$\text{BMI} = \frac{\text{gewicht in kg}}{(\text{lengte in m})^2}$$

Overgewicht wordt gedefinieerd als een BMI van 25 tot 29,9¹⁹. We spreken van obesitas vanaf een BMI van 30. Daarboven is er sprake van een extra morbiditeits- en mortaliteitsrisico. Vanaf een BMI van 40 spreekt men van morbide obesitas.

Als risicofactor voor de gezondheid is niet alleen de mate van overgewicht belangrijk, maar vooral het *type obesitas*, met andere woorden de plaats in het lichaam waar het overtollige vet is gelokaliseerd. Dit speelt een essentiële rol in de prognose. Zo is met name de abdominale vetafzetting ('appelvorm') een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van onder andere diabetes en hart- en vaatziekten.

Abdominale obesitas brengt meer gezondheidsrisico's met zich mee dan wanneer het vet op de heup en dijen zit ('peer-vorm')²⁰.

De arts kan het type obesitas bij volwassenen bepalen door de middelomtrek te meten (ter hoogte van de navel). We spreken van abdominale obesitas bij een middelomtrek ≥ 88 cm bij vrouwen en ≥ 102 cm bij mannen.

Intake

Presentatie van het gewichtsprobleem

De patiënt met overgewicht of obesitas kan zich op verschillende manieren op de raadpleging presenteren:

- Vaak komt de patiënt op raadpleging met zijn 'gewichtsprobleem' als enige klacht. Vaak zijn het psychosociale omstandigheden die de drijfveer vormen om hulp te zoeken. Soms komt voor dat een obese patiënt door zijn omgeving naar de arts wordt gestuurd, zonder zelf gemotiveerd te zijn voor vermagering.
- De patiënt kan zichzelf te dik vinden, terwijl hij dat objectief niet of slechts in geringe mate is. Meestal zijn het vrouwen, en in zeldzame gevallen ook mannen, die hulp vragen om af te vallen, hetgeen past binnen het overdreven maatschappelijk-cultureel bepaalde slankheidsideaal.
- Er zijn ook patiënten die voor iets anders op raadpleging komen, maar bij wie de huisarts onmiddellijk kan zien dat er een probleem is van overgewicht of obesitas. Deze patiënten zoeken helemaal geen hulp of voelen zich geremd om de hulpvraag te formuleren.
- Bij het meten en wegen van zijn patiënten kan de huisarts een duidelijke gewichtstoename vaststellen. In dit geval, is het van belang dat hij hen hierop wijst.
- Zelden consulteert de obese patiënt zijn arts met klachten die rechtstreeks verband houden met zijn overgewicht

17 Gewichtstoename kan te wijten zijn aan:

- interne aandoeningen, voornamelijk hormonale stoornissen (hypofysaire insufficiëntie, hypothyreoïdie, Cushingsyndroom en hyperinsulinisme). Men dient dit in overweging te nemen wanneer de eetgewoonten vrij normaal zijn en er specifieke bijkomende symptomen aanwezig zijn.
- medicatie (corticosteroiden, antipsychotica, antimigrainemiddelen).

18 De BMI geeft een idee van het sterfterisico met toenemend gewicht. Het gewicht is een probleem wanneer er een te grote afwijking bestaat ten opzichte van het *ideale gewicht*, zoals vermeld in de *tabellen van de verzekeringsmaatschappijen* naar lengte en eventueel leeftijd. Deze tabellen zijn gebaseerd op het mortaliteitsrisico volgens de leeftijd. Daarop kan men dan het relatieve gewicht berekenen (dit wil zeggen het gemeten gewicht gedeeld door het ideale gewicht).

19 World Health Organization. Obesity: presenting and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 1997.

20 Vroeger werd gebruik gemaakt van de middelheupratio. Uit onderzoek is echter gebleken dat de middel- of buikomtrek een veel eenvoudigere meting is om de vetverdeling en dus het geassocieerde risico te bepalen. Het risico op metabole, hormonale en cardiovasculaire complicaties stijgt met een toegenomen middelomtrek. Obese personen met een sterk afwijkende middelomtrek (>88 cm voor vrouwen en >102 cm voor mannen) hebben een twee tot vierenvanhalf keer grotere kans op één of meerdere cardiovasculaire risico's dan personen met een normale middelomtrek.

- Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ* 1995;311:158-61.
- Han TS, van Leer EM, Seidell JC, et al. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. *BMJ* 1995;311:1401-5.

(vermoeidheid, lusteloosheid of ademnood). Het probleem van gewichtstoename wordt dikwijls op een verdoken manier aangebracht. Obese mensen hebben meestal al een hele geschiedenis van soms opvallende discriminatie en kwetsende opmerkingen van vreemden of van eerdere hulpverleners achter de rug. Het is dus helemaal niet verwonderlijk dat zij zich defensief opstellen ²¹.

Ook voor de arts kan de klacht 'dikker worden' of 'te dik zijn' heel verschillende betekenissen hebben. Eigen normen en waarden spelen met betrekking tot de aanpak van overgewicht een essentiële rol ²².

Motivatie van de patiënt

Het is in het begin van de consultatie van groot belang dat de huisarts achterhaalt in welke mate de patiënt gemotiveerd is om te veranderen. De aanpak van gewichtsproblemen vergt immers een grote inzet van de patiënt (dieet, leefstijlveranderingen, medicatie enzovoort). Enkele centrale vragen vanuit de klinische psychologie kunnen hierbij helpen ²³:

- Hoe belangrijk vindt u het om te vermageren? Wat moet er veranderen opdat u vermageren belangrijker zou vinden?
- Hoe belangrijk vindt u het om uw eetgewoonten/leefstijl te veranderen? (*vraag naar motivatie*)
- Als u zou beslissen om te vermageren, hoeveel vertrouwen hebt u dan in uzelf om hierin te slagen? Wat moet

er veranderen opdat u meer vertrouwen zou krijgen om succesvol te vermageren? (*vraag naar zelfvertrouwen*)

Deze vragen zijn verder ook zeer geschikt om de patiënt aan te sporen om de eigen gezondheidstoestand te evalueren en vooral om diens zelfmotiverende uitspraken te bekrachtigen ²⁴.

Gedragsverandering initiëren

Verschillende theorieën uit de gezondheidspsychologie brachten motivationele modellen aan (bijvoorbeeld het 'Health Belief Model' van Taylor, 1990) ²⁵. Een erg bekend en bijzonder bruikbaar model is dat van Prochaska & DiClemente (1986). Dit model beschrijft motivatie in aflijnbare stadia. Deze stadia bieden de arts een uitstekende hulp om de motivatiegraad van zijn patiënt in te schatten. Bovendien geeft het de arts aanwijzingen om de geschikte interventie te kiezen op maat van de individuele patiënt (*zie tabel 1*).

Om een persoon tot verandering te motiveren, is het van belang hem aan te spreken op een manier die aangepast is aan het motivationele stadium waarin hij zich bevindt. In dit model betekent motiveren dus niet de patiënt confronteren met de gevolgen van zijn gedrag ²⁶ of hem overtuigen om zijn gedrag te veranderen. Het komt erop neer de patiënt mee te helpen evolueren naar een meer actieve fase van gedragsverandering. Vooral patiënten in de eerste motivatiestadia (voorbekijkend en bekijkend)

21 Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination and obesity. *Obes Res* 2001;9:788-805.

22 Uit studies is reeds langer bekend dat de eigen normen en waarden van artsen hun aanpak van obesitaspatiënten bepalen. Obesitaspatiënten worden nogal eens beschouwd als niet gemotiveerd, dom en waardeloos ('anti-fat bias'). Dit hangt ook samen met persoonlijke kenmerken van de arts. Zo zullen artsen die zelf meer wegen, minder obesitaspatiënten registreren in hun praktijk. Anderzijds hebben diezelfde artsen wel een meer positieve houding tegenover obesitaspatiënten.

• Schwartz MB, Chambless HO, Brownell KD, et al. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res* 2003;11:1033-9.

23 Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behaviour Change*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.

24 Het motivationele interview (MI) werd gedefinieerd als een directieve, cliëntgerichte counselingstijl om de patiënt te helpen de eigen ambivalentie naar verandering te exploreren en op te lossen. Het is gebaseerd op vier principes: empathische houding, ontwikkeling van discrepantie bij de patiënt, het omzeilen van de weerstand naar verandering en ondersteuning van het zelfvertrouwen.

• Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2002.

Een meta-analyse van gecontroleerde klinische trials naar het effect van MI op de behandeling van probleemgedrag (alcohol, drugs, dieet en bewegingsgedrag) wees op een matig effect van de methode in vergelijking met placebo of wachtlijst.

• Burke B L, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:843-61.

25 Het 'Health Belief Model' stelt dat mensen gemotiveerd zullen zijn om gewicht te verliezen indien zij:

- geloven dat gewichtsverlies de kans om levensbedreigende ziekten te krijgen, doet verminderen;
- een interne 'locus of control' hebben en verwachten dat specifieke gedragingen zoals energierestrictie of lichaamsbeweging een belangrijke gewichtsdaling kunnen veroorzaken;
- er vertrouwen in hebben dat zij de noodzakelijke gedragingen inderdaad kunnen uitvoeren.

In de literatuur vinden we slechts beperkte evidentie over de effecten bij het toepassen van deze modellen in de huisartsenpraktijk.

26 Een meer confronterende stijl leidt niet altijd tot verandering, maar veeleer tot weerstand en afwijzing.

• Miller WR, Benefield G, Tonigan S. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:455-61.

Tabel 1: Fasen van gedragsverandering.

Fase	Kenmerk	Actiebereidheid	Mogelijke interventie
Voorbeschouwende fase	Een persoon in dit stadium overweegt helemaal geen verandering en ziet zijn gedrag niet als een probleem (hij is te weinig geïnformeerd over de gevolgen of uitgeblust door de vele pogingen?)	De patiënt is niet van plan om actie te ondernemen in de nabije toekomst (zes maanden)	Verhoog het inzicht via gepersonaliseerde informatie
Beschouwende fase	De persoon erkent het probleem, maar staat nog erg ambivalent tegenover verandering. Hij is zich wel meer bewust van de voordelen van verandering, maar ziet ook veel nadelen	De patiënt denkt wel aan veranderen, maar dan in de nabije toekomst (zes weken)	Bespreek voor- en nadelen van verandering en verhoog het zelfvertrouwen van de patiënt om de nodige gedragsverandering te kunnen realiseren
Beslissingsfase	De patiënt maakt een plan op. Het is mogelijk dat hij al wat aan het experimenteren is met kleine veranderingen. Er bestaat nog steeds een zekere mate van ambivalentie	De patiënt maakt zich klaar voor verandering, meestal binnen de maand	Stel een concreet plan op met een realistisch doel en ondersteun kleine veranderingen bij de patiënt
Actiefase	De persoon in dit stadium verandert specifiek en openlijk zijn leefstijl. Dit gedrag is duidelijk observeerbaar	De patiënt is geëngageerd in een actieplan	Verwijs door voor voedingsadvies en gedragsverandering en bied zelfhulpmateriaal, medicatie en dergelijke aan
Onderhoudsfase	Het nieuwe gedrag krijgt een plaats in het leven van de persoon. Verandering van eetgedrag en gewichtsdaling zijn ontstaan. Het gewichtsbehoud wordt een nieuw doel	De patiënt is geëngageerd in een actieplan	Leer de patiënt probleemoplossend gedrag aan, zodat hij leert anticiperen op moeilijkheden
Hervalfase	Herval is altijd mogelijk en is eerder de regel dan de uitzondering	De patiënt gaat gemiddeld zes keer door de fasen van verandering, vooraleer een stabiele verandering tot stand is gekomen	Ondersteun het zelfvertrouwen van de patiënt en geef inzicht in de aanleidingen tot herval

zijn een grote uitdaging voor de huisarts. Het heeft weinig zin om aan een persoon in de voorbeschouwende fase een dieet of medicatie voor te schrijven²⁷. Bij patiënten in de beslissingsfase wordt het motiveren om een haalbaar (gewichts)doel te behalen voor de huisarts de belangrijkste, maar even moeilijke opdracht. Het op gang brengen van dit motivationele proces gebeurt het best in verschillende consultaties.

Voor sommige patiënten is de steun van de omgeving (partner en andere gezinsleden) van groot belang. De arts kan ook hen aansporen om een positieve, steunende houding aan te nemen tegenover de persoon die wil vermageren.

Diagnostische fase

Anamnese

Bij de patiënt in de beslissingsfase met een duidelijke vraag naar verandering, kan de huisarts het klassieke consultatiemodel toepassen: diagnostische fase met gericht informeren, klinisch onderzoek en therapeutische fase. Hij verzamelt eerst een aantal anamnestiche gegevens:

- Hoeveel nam het gewicht toe, in hoeveel tijd²⁸?
- Hoe is uw eetlust en hoe zijn uw eetgewoonten? Het is hier belangrijk na te gaan of er sprake is van emotioneel of extern eten. *Emotioneel eten* is een reactie op negatie-

27 Greene GW, Rossi SR, Rossi JS, et al. Dietary applications of the stages of change model. *J Am Diet Assoc* 1999;99:673-8.

28 Een snelle gewichtstoename op korte termijn (enkele dagen) kan vooral wijzen in de richting van vochtretentie.

ve emoties (teleurstelling, verveling en gespannenheid). *Extern eten* is vooral een reactie op externe prikkels, zoals geur, smaakvolle presentatie en gemakkelijke beschikbaarheid van het voedsel ²⁹.

- Eet u met opzet wat minder om niet dikker te worden? En hoe vaak slaat u aangeboden eten en drinken af omdat u aan uw gewicht wilt denken ³⁰? (*lijngericht gedrag*)
- Eet u soms abnormaal grote hoeveelheden voedsel in korte tijd. Zo ja, hebt u dan het gevoel het eten niet meer onder controle te hebben, met schuld- en onrustgevoelens achteraf ³¹?
- Hoe zijn uw leefgewoonten (rookt u, drinkt u alcohol, gebruikt u drugs, doet u aan sport en beweging) ³²?
- Gebruikt u bepaalde medicatie?
- Werd u reeds behandeld voor overgewicht? Wat waren de vorige behandelingen? Ondernam u zelf al enkele pogingen?
- Zijn er andere klachten zoals moeheid, lusteloosheid of kortademigheid?

We herhalen dat de juiste inschatting van de aard van het eetgedrag van groot belang is. De arts moet hierbij geducht zijn op het bestaan van een eetbuistoornis (*zie kader*) of boulimia nervosa.

Het is gebleken dat de eetbuistoornis sterk gerelateerd is aan de ernst van de obesitas en de aanwezigheid van grote gewichtschommelingen. Obese patiënten met een eetbuistoornis hebben, in vergelijking met obese patiënten zonder deze eetstoornis, ook psychische en psychiatrische problemen, vooral stemmingsstoornissen (depressie).

Wordt de diagnose van eetbuistoornis gesteld, dan verwijst de arts de patiënt bij voorkeur door naar een psychiater of psycholoog gespecialiseerd in de behandeling van eetstoornissen ³³.

Diagnostische criteria van de eetbuistoornis (binge eating)

I.

Herhaalde episodes van eten:

- 1 In een beperkte periode (bijvoorbeeld twee uur) een overmatige hoeveelheid voedsel eten.
- 2 Gevoel van controleverlies of gebrek aan controle over het eten (het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of kan controleren hoeveel men eet).

II.

De episodes van eten zijn verder geassocieerd met drie van volgende criteria:

- 1 Veel sneller eten dan normaal.
- 2 Eten tot men zich oncomfortabel vol voelt.
- 3 Grote hoeveelheden eten terwijl men zich fysiek niet hongerig voelt.
- 4 Alleen eten omdat men zich schaamt over de hoeveelheid.
- 5 Walgen van zichzelf, zich depressief of erg schuldig voelen na het overeten.

III.

Er is een duidelijk onaangename spanning aanwezig over deze eetbui.

IV.

De eetbui komt gemiddeld voor ten minste twee dagen per week gedurende zes maanden.

V.

De eetbui is niet geassocieerd met het regelmatig gebruik van onaangepast of ondoeltreffend compensatorisch gedrag (braken, purgeren, vasten, excessieve lichamelijke beweging) en komt niet exclusief voor tijdens het verloop van anorexia nervosa of boulimia nervosa ³⁴.

²⁹ Emotionele eters zijn meestal niet succesvol in diëten. Ze hebben een specifieke psychologische behandeling nodig. Externe eters hebben een meer structurele aanpak nodig. Ze hebben baat bij een strikt eetschema waarbij vooral de tijdstippen (*wanneer eet ik tussendoor?*) en de plaatsen (*waar eet ik?*) zo beperkt mogelijk worden gehouden.

• Van Strien T. Lijnen helpt wel. *Huisarts Wet* 2003;46:95-7.

³⁰ Bij een te strak lijngericht denken in combinatie met een matig overgewicht, is er een hogere kans op aanwezigheid van een eetstoornis: boulimia nervosa.

³¹ Deze vraag peilt specifiek naar het bestaan van een eetstoornis, zoals een eetbuistoornis (binge eating) of boulimia nervosa. Als het antwoord op deze vraag formeel negatief is, dan kan dergelijke stoornis worden uitgesloten.

³² Bepaalde leefgewoonten, zoals koffie- en alcoholgebruik, roken en slecht slapen (het zogenaamde CASS-gedrag: 'coffee, alcohol, smoking, sleeping') houden verband met gewichtstoename en obesitas.

• Baecke JAH, Burema JER, Frijters JER, et al. Obesity in young Dutch adults: II, daily life-style and body mass index. *Int J Obes* 1983;7:13-24.

³³ Voor de aanpak van eetstoornissen worden allerlei vormen van psychotherapie toegepast, zoals onder andere cognitieve gedragstherapie, groepstherapie of systeemtherapie. Een andere methode is werken via zelfhulpboeken. De psycholoog kan alles dan samen met de patiënt opvolgen. De aanwezigheid van de eetbuistoornis zal iedere behandeling gericht op gewichtsdaling ondermijnen. Het verdient daarom aanbeveling om eerst de eetbuistoornis te behandelen, alvorens met een dieet te beginnen.

³⁴ Als de eetbui wel systematisch gepaard gaat met compensatorisch gedrag, dan gaat het bij obese patiënten over een boulimia nervosa.

Klinisch onderzoek

Het is noodzakelijk eerst de gewichtstoename te objectiveren³⁵. De arts kan aan de hand van het klinisch onderzoek evalueren welke schade het overgewicht al heeft aangebracht aan de gezondheid van de patiënt.

De huisarts bepaalt hiertoe de mate van gewichtstoename. Hij meet het lichaamsgewicht (zonder schoenen) op een goede weegschaal en de lengte in cm. Aan de hand daarvan berekent hij een BMI-index. Dit kan met behulp van de eerder vermelde formule of een nomogram (zie figuur 1).

Om het morbiditeits- en mortaliteitsrisico te kennen, bepaalt de huisarts het type obesitas ('appelvorm' versus 'peervorm'). Hiervoor meet hij de middelomtrek (zie tabel 2). Andere diagnostische technieken zijn niet zinvol in de huisartsenpraktijk³⁶.

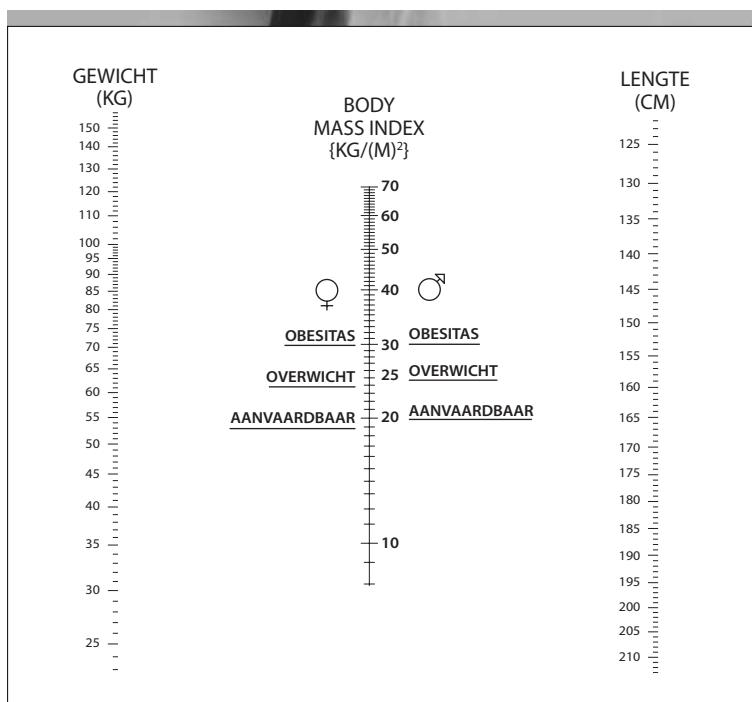
Een algemeen klinisch onderzoek gaat verder na wat de oorzaak is van het overgewicht en of er reeds een weerslag is op de lichamelijke conditie: bloeddrukmeting, algemene inspectie van de huid, hart- en longauscultatie en palpatie van de schildklier.

Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek heeft geen zin bij een BMI <30, tenzij er op basis van de persoonlijke of familiale anamnese en/of het klinisch onderzoek (middelomtrek) een verhoogd cardiovasculair risico bestaat.

Bij een verhoogd cardiovasculair risico en/of bij obesitas (BMI >30) is een laboratoriumonderzoek wel nuttig, met

Figuur 1: Nomogram voor de bepaling van de Body Mass Index.



Tabel 2: Classificatie op basis van de middelomtrek.

	Verhoogd risico	Sterk verhoogd risico
Mannen	≥94 cm	≥102 cm
Vrouwen	≥80 cm	≥88 cm

volgende bepalingen op een nuchter bloedstaal: glucose, cholesterol (totaal en HDL) en triglyceriden³⁷. Zijn er bijkomende risicofactoren en/of comorbiditeiten aanwezig, dan zal de aanpak van overgewicht of obesitas veel strikter moeten gebeuren (zie verder).

35 We gaan ervan uit dat het om een bewezen overgewicht of echte obesitas gaat. Uiteraard moet de huisarts bij gewichtstoename op korte termijn ook denken aan vochtretentie. Door middel van inspectie en palpatie van de onderste ledematen (pitting oedeem) en de buik (ascites), kan men snel controleren of er sprake is van vochtretentie. Ter uitsluiting van hormonale aandoeningen (hypothyreoïdie, Cushingsyndroom) kan een beperkt bloedonderzoek worden verricht.

36 Het heeft geen zin om het teveel aan vetmassa te bepalen aan de hand van gecompliceerde technieken zoals de huidplooidikte. In de praktijk blijken deze methoden meestal te omslachtig en onbetrouwbaar.

• Stuart RB, Mitchell C, Jensen A. Therapeutic options in the management of obesity. In: Prokop CK, Bradley LA. Medical psychology contributions to behavioural medicine. New York: Academic Press, 1981:321-53.

37 Een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed is één van de risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaatziekten (HVZ). Uit observationeel onderzoek blijkt de ratio van het totaal cholesterol en de HDL-cholesterol de meest geschikte maat te zijn om het risico op HVZ in te schatten bij personen die nog geen klinische manifestatie hebben van HVZ. Ook een verhoogd triglyceridengehalte gaat in observationeel onderzoek gepaard met een toename van HVZ. Afwijkingen in het totaal cholesterol, de HDL-cholesterol en triglyceriden zijn bijkomende factoren voor de diagnose van metabool syndroom bij abdominale obesitas. Een nuchtere meting van glucose wordt aanbevolen om te screenen op diabetes bij personen vanaf 45 jaar met kenmerken van metabool syndroom.

• Thomas T, van der Weijden BB, van Drenth AFM, et al. NHG-Standaard Cholesterol. *Huisarts Wet* 1991;34:551-7.

• International Diabetes Federation (IDF). http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf

• Wens J, Sunaert P, Nobels F, Feyen L, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: diabetes mellitus type 2. Gent/Berchem: VDV-WVVH, 2005.

Behandeling van obesitas

Gefaseerde behandeling

De aanpak van obesitas is in de praktijk erg moeilijk en wordt slechts door een beperkt aantal artsen opgenomen³⁸. Het is dan ook niet verwonderlijk dat vele patiënten verschillende mogelijkheden uitproberen: vermageringsadviezen van huisarts of diëtist(e), afslankcursussen via commerciële organisaties zoals Weight Watchers, excentrieke afslankdiëten zoals de sherrykuur, koolsoepkuur enzovoort. Er is daarnaast een groeiende markt van allerlei specifieke producten, zoals substitutieproducten voor energierijke voedingsmiddelen en maaltijdvervangers³⁹.

De aanpak van obesitas in de huisartsenpraktijk is individueel gericht en verloopt stapsgewijs⁴⁰. De drie pijlers van de behandeling zijn: dieet, gedrags- en bewegingsadviezen⁴¹. Er kan ook nog farmacotherapie of een chirurgische behandeling worden overwogen (zie tabel 3).

Uit onderzoek is gebleken dat door herhaalde en niet-gehouden dieetkuren de patiënt dikwijls eindigt met een

gewichtstoename die soms groter is dan het voorbijgaande gewichtsverlies. Men noemt dit het 'jojo-effect'. Dit effect is gedeeltelijk te wijten aan de gevolgen van een onevenwichtig dieet, waarbij een daling ontstaat van de energiebehoefte (basaal metabolisme) ten gevolge van verlies van vetvrije massa. Deze aanpassingen gebeuren bij opeenvolgende dieetkuren sneller, waardoor energie telkens gemakkelijker wordt opgeslagen dan verbrand, wat de behandeling steeds moeilijker maakt.

Men start een behandeling enkel op voor obesitas bij een BMI ≥ 30 of bij overgewicht met een BMI tussen 25-29,9 als er comorbiditeit aanwezig is. In alle andere gevallen geeft de huisarts geen advies over een behandelingsaanpak, maar kan hij op vraag van de patiënt wel voedingsadvies geven of hiervoor doorverwijzen.

Het gaat om een langdurig proces, dat over meerdere patiëntencontacten loopt. De therapeutische aanpak zal bovendien voor elke patiënt anders zijn, en zal ook soepel worden aangepast in het verloop van een langdurige begeleiding.

Tabel 3: Selectie van behandelingsstrategieën volgens BMI-categorie, in functie van andere comorbiditeiten of risicofactoren⁴².

Behandeling	BMI-categorie (kg/m ²)				
	25,0-26,9	27,0-29,9	30,0-34,9	35,0-39,9	$\geq 40,0$
Dieet, gedrags- en bewegingsadviezen	Met comorbiditeiten	Met comorbiditeiten	+	+	+
Farmacotherapie		Met comorbiditeiten	+	+	+
Heelkunde				Met comorbiditeiten	+

De + geeft aan dat een bepaalde strategie geïndiceerd is, ook zonder de aanwezigheid van andere comorbiditeiten of risicofactoren.

38 Dit heeft meerdere redenen:

- Alle gangbare therapieën geven op korte termijn, dit wil zeggen na zes maanden, meer of minder succes, maar het resultaat op langere termijn, dit wil zeggen langer dan een jaar, is zeer teleurstellend. Daarom vinden vele artsen de behandeling van obesitas een nutteloze taak.
- Stunkard AJ, Craighead LW, O'Brien R. Controlled trial of behaviour therapy, pharmacotherapy and their combination in the treatment of obesity. *Lancet* 1980;ii:1045-7.
- Bij (huis)artsen ontbreken vaak de nodige vaardigheden om patiënten te helpen bij het vermageren.
- Het is moeilijk om andere hulpverleners (diëtisten, psychologen) bij de behandeling te betrekken.

Artsen ervaren weinig efficiëntie in hun aanpak van obesitas. Slechts bij vier op tien obese patiënten rapporteren artsen het probleem en starten eventueel een begeleiding op.

- Cade J, O'Connell S. Management of weight problems and obesity: knowledge, attitudes and current practice of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1991;41:147-50.
- Galuska D, Will J, Serdula M, Ford E. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? *JAMA* 1999;282:1576-8.

39 Monsieurs D, Jacobs K, Van Royen P. Bestaan er wondermiddelen voor obesitas? *Huisarts Nu* 1990;19:272-4.

40 Jacobs K, Monsieurs D, Van Royen P. Obesitas: een stapsgewijze aanpak. *Huisarts Nu* 1990;19:268-71.

41 Op lange termijn geeft zo'n gecombineerde aanpak vrij goede resultaten: ongeveer 90% bereikt een duidelijk gewichtsverlies van gemiddeld 10 kg na één jaar. Als men de gewijzigde eet- en leefgewoonten, vooral ook de lichaamsbeweging, kan volhouden, dan is succes op nog langere termijn gegarandeerd, alhoewel men altijd rekening moet houden met het feit dat gemiddeld 30% van het gewichtsverlies er opnieuw bijkomt.

- Saris WHM, Pannemans DLE, Muris JWM. Een gecombineerde aanpak van overgewicht door huisarts en diëtist. *Huisarts Wet* 1992;35:137-41.

42 Overgenomen uit de consensus van de BASO.

- Belgian Association for the Study of Obesity. Consensus Obesitas, een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas 2002.

Een haalbaar doel is een gewichts­daling van 5 à 10 % ten opzichte van het huidige lichaams­gewicht, over een pe­riode van zes tot twaalf maanden. Een matig gewichts­verlies van 10 % geeft al aanleiding tot een belangrijke daling van de gezondheidsrisico's⁴³. Daarna probeert men het ge­wicht stabiel te houden.

Psychologische gevolgen van gewichtsverlies

Voor vele obese personen zijn de redenen om een dieet te starten psychologisch van aard: ze voelen zich beter (in hun vel), hun levenskwaliteit verbetert en zo meer. In de kliniek zien we dan ook dat mensen (terecht) tevreden en fier zijn wanneer zij zijn vermagerd⁴⁴. Bovendien zal de omgeving van de patiënt hierop met veel lof reageren. Nochtans kan een dieet bij personen zonder gewichtsproblemen, maar die enkel om emotionele redenen een dieet volgen, wel leiden tot psychologische klachten⁴⁵.

Gewichtsverlies resulteert in een significante verbetering op de globale levenskwaliteit⁴⁶. Met de combinatie van een dieet en gedragstherapie (leefstijlaanpassingen) zien we, in vergelijking met een dieet alleen, een significant grotere verbetering op vlak van stemming (depressie, angst) en psychisch functioneren.

Er is een verband tussen gewichts­daling en een verbetering van het lichaams­beeld, maar dit is niet lineair. Met andere woorden: een groter gewichts­verlies is niet gecorreleerd met een grotere verbetering van het lichaams­beeld. Anderzijds kan een kleine gewichtstoename al een belangrijke terugval betekenen.

Dieet

De begeleiding bij een dieet omvat volgende aandachtspunten:

- vertrekken van een gezonde gevarieerde voeding aan de hand van de actieve voedingsdriehoek;
- vertrekken van het voedingspatroon van de patiënt aan de hand van een dagboek (zelfmonitoring)⁴⁷;
- begeleiding door een diëtist(e).

ACTIEVE VOEDINGSDRIEHOEK

Uitgangspunt van een energiebeperkt dieet is een gezonde gevarieerde voeding. De actieve voedingsdriehoek (zie figuur 2 op volgende blz.) is een goed instrument om de patiënt te wijzen op de juiste keuzes en verhoudingen⁴⁸. Er worden tevens hoeveelheden aangeduid die richtinggevend kunnen zijn om te vergelijken.

Men mag ervan uitgaan dat een patiënt met overgewicht een onevenwichtig voedingspatroon heeft. Dit kan te maken hebben met het weglaten van de hoofdmaaltijden (bijvoorbeeld het ontbijt), waardoor heel de dag snacks worden gebruikt. Veelal worden verkeerde keuzes gemaakt: veel frieten, snoep, koeken, verkeerde bereidingswijzen, fastfood, alcoholische dranken en frisdranken enzovoort. De huisarts kan enkele nuttige adviezen geven:

- Een evenwichtig energiebeperkt dieet omvat drie hoofdmaaltijden (met drie kleine tussenmaaltijden, verdeeld over de dag). Het weglaten van een maaltijd (zoals het ontbijt) is een slechte gewoonte, omdat men dan in de loop van de dag geneigd is om zijn honger te stillen met

43 Bij een gewichtsreductie van 10 % is er een daling van de symptomen, een verbetering van het psychosociale functioneren en een daling van de bloed­druk- en lipidenwaarden (zie inleiding). Patiënten verwachten echter vaak een groter gewichts­verlies en stellen onrealistische doelen voorop met een gewichts­verlies van meer dan 20 %. Het is weliswaar niet bewezen dat dit de uiteindelijke uitkomst negatief beïnvloedt.

• Jeffery RW, Wing RR, Mayer RR. Are smaller weight losses or more achievable weight loss goals better in the long term for obese patients? *J Consult Clin Psychol* 1998;66:641-5.
• Linde JA, Jeffery RW, Finch EA, et al. Are unrealistic weight loss goals associated with outcomes for overweight women? *Obes Res* 2004;12:569-76.

44 In de eerste onderzoeken beschreef men vooral negatieve emotionele reacties op het volgen van een dieet: prikkelbaarheid, nervositeit, angst en depressie. Deze studies deden echter een beroep op obese psychiatrische subjecten en/of maakten enkel gebruik van dieetmaatregelen als behandelings­methode.

• Stunkard AJ, Rush J. Dieting and depression re-examined: a critical review of reports of untoward responses during weight reduction for obesity. *Ann Int Med* 1974;81:526-33.

45 Rose JC, Tacy B, Howell D. Life stress, psychological symptoms and weight reducing behavior in adolescent girls: a prospective analysis. *Int J Eat Disord* 1990;9:17-26.

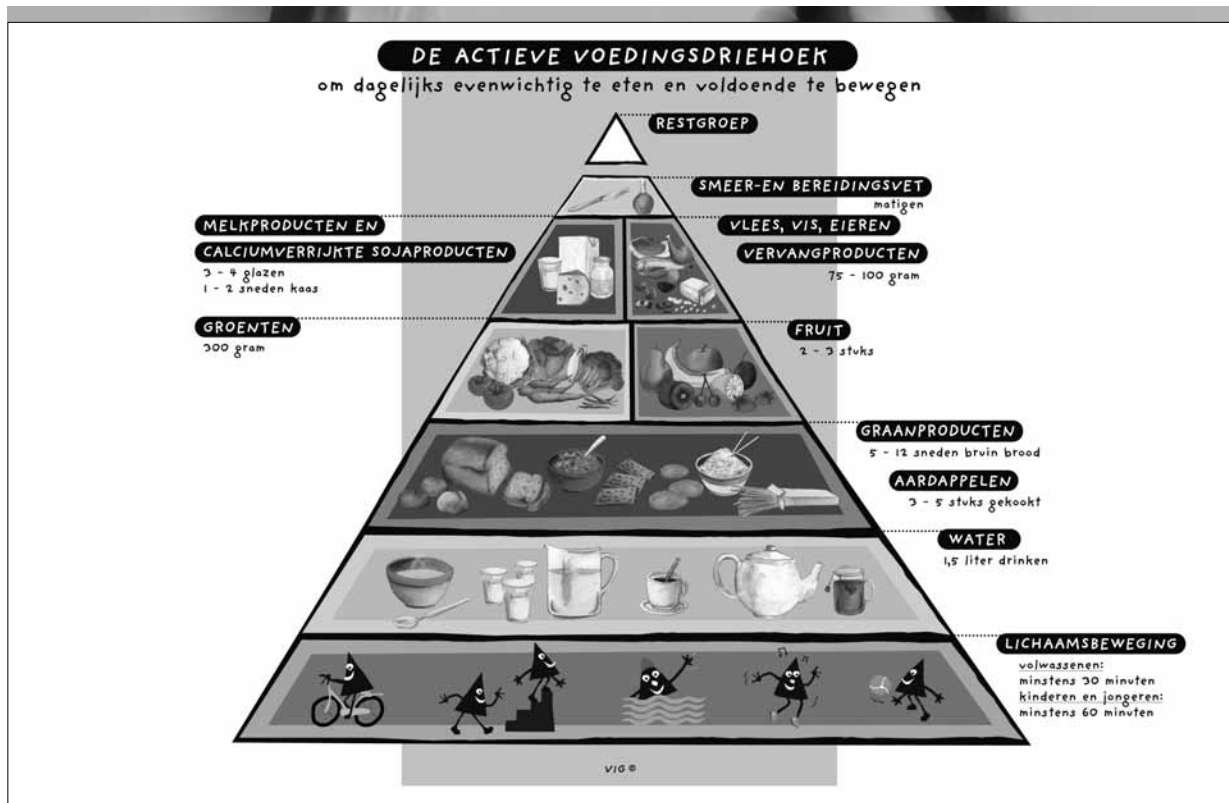
46 Een gewichts­verlies van 6 tot 30 kg resulteert in een significante verbetering op de globale levenskwaliteit. Onderzoek hierover handelt voornamelijk over chirurgische oplossingen voor obesitas en rapporteert bijgevolg weinig gegevens over het effect bij de meer typische gewichts­daling van 10 % die men na een hypocalorisch dieet kan bereiken.

• Foster GD, Wadden TA, Kendall PC, et al. Psychological effects of weight loss and regain: a perspective evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:752-7.

47 Rössner S. Treatment: Diet. In: Björntorp P. (ed.) International textbook of obesity. Chichester: John Wiley & Sons, 2001:141-9.

48 Vlaams Instituut voor Gezondheids­promotie (VIG). Schildknechtstraat 9, 1020 Brussel. www.vig.be

Figuur 2: De actieve voedingsdriehoek.



allerlei snacks, die doorgaans energierijk zijn en een hogere energie-inname per dag tot gevolg hebben.

- **Beperking van vetopname en enkelvoudige suikers.** De basis van elke maaltijd wordt gevormd door een vezelrijke bron van complexe koolhydraten (aardappelen, volkorenbrood, volle rijst of pasta).
- Dikwijls volstaat het om de tussendoortjes (snoep, chips, noten, koekjes, frisdranken, alcoholische dranken) weg te laten. Het kan een verschil maken van ongeveer 200 kcal (2 glazen limonade of bier, 1 zakje chips van 30 g, 2 pralines) tot 500 kcal (1 zakje frieten van 150 g zonder mayonaise) per dag.
- De beste dorstlesser is water. Frisdranken bevatten veel koolhydraten die snel in het bloed worden opgenomen. Fruitsap bevat procentueel evenveel energie als frisdranken. Eventueel kunnen gewone frisdranken worden vervangen door lightfrisdranken. Maar zelfs deze blijven wennen aan 'zoet'.
- Zogenaamde dieetmargarine bevat evenveel energie als boter, maar heeft een betere vetzuren samenstelling. Minarine heeft slechts de helft van de energiewaarde van margarine.

• Groenten en fruit nemen in een gezonde voeding een belangrijke plaats in. Ze hebben een lage energiewaarde en zijn rijk aan (oplosbare) voedingsvezels, vitaminen, mineralen en bioactieve stoffen.

- Een gastronomisch lekkere voeding hoeft niet per se veel vet te bevatten.

ZELFMONITORING

Het is belangrijk om te vertrekken van het *voedingspatroon van de patiënt*. De huisarts kan de patiënt laten opschrijven wat hij allemaal eet en drinkt gedurende één week. In zo'n *dagboek* noteert de patiënt zorgvuldig niet alleen wat en hoeveel hij eet, maar ook de plaats, het tijdstip, de frequentie en omstandigheden van het eten. Dit dagboek kan hij meenemen naar een volgend bezoek bij de huisarts of rechtstreeks bij de diëtist(e). Op basis hiervan kan de patiënt worden aangemoedigd om bepaalde aspecten van zijn voedingspatroon te veranderen: minder tussendoortjes, meer groenten en fruit enzovoort. Het werken met een dagboek en zelfmonitoring vragen wel veel tijd, hetgeen meestal niet haalbaar is in de gemiddelde huisartsenpraktijk. Daarom is verwijzing naar een diëtist(e) vaak nodig⁴⁹.

49 Summerbell CD. Dietary treatment of obesity. In: Kopelman PG, Stock MJ. (eds.) Clinical obesity. Blackwell Science, 1998:378-82.

BEGELEIDING DOOR EEN DIËTIST(E)

Voedingsanamnese

Een min of meer grondige ondervraging van wat de patiënt gewoonlijk eet en wanneer, geeft een idee van zijn voedingsgewoonten en de omstandigheden (werksituatie, gezinssituatie, kennis van voeding enzovoort) die het eetpatroon beïnvloeden. Zo'n grondige voedingsanamnese neemt ongeveer één uur in beslag. De bevraging en berekening van de voedingsstoffen vergen een grote kennis van de voedingsmiddelentechnologie en bereidingstechnieken, en een correcte inschatting van de hoeveelheden. Diëtisten genoten hiervoor een opleiding en het is dus zinvol naar hen te verwijzen.

Voorwaarden

Een voorgeschreven 'dieet' moet voldoen aan een aantal eisen:

- evenwichtig, gezond en gevarieerd,
- geïndividualiseerd, dit wil zeggen aangepast aan de leefomstandigheden van de patiënt,
- eenvoudig en verstaanbaar,
- haalbaar en aanvaardbaar,
- veilig, zonder risico's,
- met goede resultaten op korte en lange termijn.

Een evenwichtig dieet brengt voldoende voedingsstoffen (eiwitten, vetten, koolhydraten, vitaminen, mineralen, voedingsvezels en vocht) aan. Preventief wordt ook gelet op de juiste keuze van de vetten.

De 'strengheid' van het dieet wordt bepaald door de ernst van de obesitas en de doelstelling. Met een energiebeperkt dieet (energiedeficit van 500 kcal per dag) kan een gewichtsverlies van een halve kilo per week worden nagestreefd⁵⁰.

Met een zorgvuldig bijgehouden dagboek kan men heel wat fouten opsporen en individueel aangepaste correcties voorstellen.

Een vooropgesteld dagschema met voorbeelden van dagmenu's voor een bepaalde energiewaarde, bijvoorbeeld 1 600 kcal, houdt geen rekening met individuele behoeften en kan tot fouten leiden⁵¹.

Bij obesitas (BMI >30) en voor een kortetermijnbehandeling kan men opteren voor een 'Very Low Calorie Diet' (VLCD) met laagenergetische maaltijdvervangers (ca. 800 kcal/dag), eiwitrijke voeding, aangevuld met vitaminen en mineralen⁵². De snelle gewichtsreductie motiveert de patiënt. Maar deze methode dient steeds te worden gecombineerd met een intensieve begeleiding en follow-up (onder meer controle van de vochtbalans). Deze specifieke diëten houden op lange termijn geen voordelen in ten opzichte van een klassieke diëttherapie.

Met een streng hypocalorisch dieet ('Low Calorie Diet' of LCD van minder dan 1 200 kcal) op basis van gewone voedingsmiddelen is het praktisch onmogelijk om tegemoet te komen aan de aanbevolen hoeveelheid van alle vitaminen en mineralen. Een suppletie aan vitamine-mineralen-complex is dan ook noodzakelijk.

Educatie

Voedingseducatie van de patiënt door de diëtist(e) omvat inzicht bijbrengen in:

- energiewaarden van de voedingsmiddelen, met aandacht voor alcoholische dranken en frisdranken;
- nutritionele waarde van de voedingsmiddelen (eiwitten, vetten, koolhydraten, vezels, mineralen zoals calcium en ijzer, vitaminen) en de verschillende maaltijden. Vollegraanproducten, zoals volkorenbrood en volle rijst, peulvruchten, zijn rijk aan complexe koolhydraten en vezels. Alle groenten en de meeste fruitsoorten zijn energiearm, maar rijk aan vitaminen, mineralen en sporenelementen;
- keuze van laagenergetische voedingsmiddelen en lichtproducten;
- bereidingswijzen met weinig vet;
- portiegroottes: leren kleine porties te gebruiken;
- juist interpreteren van informatie op verpakkingen;
- voldoende vochtinname.

DIËTVOORSCHRIFT DOOR DE HUISARTS

Een dieetvoorschrift moet de volgende gegevens bevatten:

- identificatiegegevens;

50 • Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1998:218.

• Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. Maryland/Bethesda: NIH/NHLBI, 1998:73-7.

51 Summerbell CD. Dietary treatment of obesity. In: Kopelman PG, Stock MJ. (eds.) Clinical obesity. Blackwell Science, 1998.

52 Dit PSMF-dieet (Protein Sparing Modified Fast) (type Modifast®) wordt als alternatief gebruikt voor het totale vasten, dat meer complicaties veroorzaakt. Het verlies aan lichaamseiwit en dus vetvrije massa wordt gereduceerd, terwijl de mobilisatie van de vetreserve maximaal blijft.

• Saris WHM. Laag-calorische, eiwitrijke voedingspreparaten bij adipositas. *Huisarts Wet* 1983;26:11-5.

• Wauters M, Van de Sompel A, Grootaert C, et al. Ambulante behandeling van overgewicht: De optie VLCD in een samenwerking huisarts-diëtist(e). *Tijdschrift Geneeskde* 1999;55:175-82.

- gewicht, lengte, eventueel BMI, gewichtsevolutie;
- aard van de problematiek (type obesitas);
- geassocieerde pathologie (hypercholesterolemie, endocrinologische problemen);
- voorgeschiedenis;
- activiteiten/beroep (om energetische behoefte te kunnen berekenen);
- bij specifieke pathologie, bijvoorbeeld hypercholesterolemie: bloedwaarde bijvoegen, eventuele hypoglykemie, insulinemie, urecimie;
- medicatie: eetlustremmers, corticosteroiden;
- psychosociale problematiek;
- verwachting van de huisarts: concrete afspraken rond doelen, zoals van gewichtsverlies van X aantal kilo's;
- eventuele andere dieetmaatregelen: natriumbeperving, AVVZ-dieet (dieet arm aan verzadigde vetzuren) in geval van hyperlipidemie, beperking van alcohol;
- rapportering van:

Gedragadviezen

Om het eetgedrag van de patiënt geleidelijk te veranderen, kan de huisarts een aantal specifieke adviezen (opdrachten) geven⁵³:

- Mensen met overgewicht worden sterk beïnvloed door externe prikkels, zoals het zien en ruiken van voedsel. Voorbeelden van opdrachten die tot doel hebben *het aantal voedselprikkels te beperken* zijn: eten op vaste tijdstippen, op een vaste plaats eten en zonder tegelijk andere activiteiten uit te voeren. Het kan helpen om net genoeg op tafel te zetten. Na de maaltijd wordt het overgebleven voedsel onmiddellijk opgeborgen. Eigenlijk

begint deze stimuluscontrole al bij het aankopen van voedsel. De patiënt kan het best boodschappen doen met een gevulde maag en met een vooraf opgemaakte boodschappenlijst.

- Verder zijn er adviezen gericht *op het eetgedrag* zelf. De arts kan de patiënt voorstellen om het bestek neer te leggen tussen iedere hap, brood te eten met mes en vork of zelfs te eten met stokjes in plaats van bestek, enzovoort. Om emotioneel eetgedrag te voorkomen, kan het ook helpen om te zoeken naar een gedrag dat niet kan worden gecombineerd met eten (bijvoorbeeld telefoneren, douchen). De arts bouwt elk advies stapsgewijs in en evalueert die opnieuw bij een volgende consultatie. Hij prijst en beloont positieve veranderingen en zoekt nieuwe gedragsadviezen uit. Hij richt zich bij deze gedragstherapeutische maatregelen niet op het gewicht, maar op het eetgedrag. Dikwijls bereikt het gewichtsverlies na een zekere tijd een plateau fase. Dan ontwikkelen patiënten een denkpatroon dat hen steeds meer ontmoedigt en hen doet afhaken. De huisarts kan dit opvangen door deze typische gedachten (zwart-witredeneringen, generalisaties of catastrofedenken) te herkennen, ter sprake te brengen en in vraag te stellen.

Bewegingsadviezen

FYSIEKE ACTIVITEIT: BELANGRIJKE PIJLER VAN DE BEHANDELING

De combinatie van dieetadvies, gedragsadvies en beweging is effectiever in gewichtsreductie en behoud van dat gewicht dan elk van deze therapieën apart. Gewichtsverlies wordt vooral veroorzaakt door het dieet. Volgehouden toename in fysieke activiteit is vooral belangrijk om de gewichtsvermindering te behouden⁵⁴.

53 Deze adviezen komen uit de (cognitieve) gedragstherapie.

- Wilson GT, Brownell KD. Behavioral treatment for obesity. In: Fairburn CG, Brownell KD. (eds.) *Eating disorders and obesity*. New York: Guilford Press, 2002:524.
 - Daansen PJ. Cognitieve gedragstherapie voor gewichtsreductie bij primaire obesitas. *Huisarts Wet* 2003;46:262-6.
- Deze technieken zijn gebaseerd op de klassieke en operante conditioneringsparadigma's. De interventies brengen een gewichts daling met zich mee, maar hebben een grotere impact als ze gecombineerd worden met voedings- en bewegingsadviezen.
- Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, et al. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; Issue 2:CD003818.
 - Norris SL, Zhang X, Avenell A, et al. Long-term non-pharmacological weight loss interventions for adults with prediabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; Issue 2:CD005270.
 - Wadden TA, Foster GD. Behavioral treatment of obesity. *Med Clin North Am* 2000;84:441-61.

54 Verhoogde fysieke activiteit (drie à zeven keer per week matige aerobe inspanning gedurende 30-60 minuten) zorgt voor een additioneel gewichtsverlies van enkele kilo's bij dieettherapie. Longitudinale studies met lange follow-up (twee tot tien jaar) hebben aangetoond dat volgehouden fysieke activiteit leidt tot lagere toename van het gewicht na vermagering. Verschillende interventiestudies hebben tevens aangetoond dat fysieke activiteit als onderdeel van de behandeling een voorspeller is van het succes van het gewichtsverlies.

- National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults-the evidence report. *Obes Res* 1998;6:51S-209S.
- Finnish Medical Society Duodecim. Physical activity in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd, 2002.
- What are the effects of lifestyle interventions to achieve sustained weight loss? *Clin Evid* 2003;9:87-8.

Toename van fysieke activiteit heeft ook een positieve invloed op ^{55,56}:

- de lichaamsamenstelling: 'vetvrije' lichaamsmassa neemt toe (spieren) en vetmassa neemt af;
- de vetverdeling: abdominaal vet vermindert;
- de cardiorespiratoire fitheid (VO₂ max) verbetert;
- het risico op diabetes en cardiovasculaire aandoeningen daalt;
- het algemeen welbevinden van de patiënt stijgt.

Bij obese patiënten wordt de toename in fysieke activiteit het best gradueel opgebouwd. De arts controleert of er cardiovasculaire risicofactoren, pulmonale aandoeningen, metabole aandoeningen en/of osteoarticulaire of musculaire aandoeningen aanwezig zijn ⁵⁷. Potentiële neveneffecten van het verhogen van de fysieke activiteit zijn spieren/of gewrichtsblessures en cardiovasculaire events ⁵⁸.

Beweging beperkt zich niet alleen tot sporten. Het is ook belangrijk dat de obese patiënt zoveel mogelijk beweegt in zijn dagelijks leven (trap nemen in plaats van lift, te voet of met de fiets naar de winkel in plaats van met de auto) en 'zittende activiteiten' (tv-kijken) beperkt ⁵⁹.

Drie keer per week gedurende een halfuur wandelen is een realistisch vertrekpunt. Nadien kan de intensiteit (sneller stappen, 'brisk walking') en frequentie (bijna alle dagen van de week) worden opgedreven ⁶⁰. De doelstelling op lange termijn is dat de patiënt bijna elke dag van de week gedurende 30 minuten een matige fysieke inspanning doet, zoals stappen, zwemmen, fietsen (zie tabel 4) ⁶¹.

Tabel 4: Energieverbruik, inclusief basaal metabolisme, van iemand van 100 kg bij thuis- en sportactiviteiten ⁶².

Activiteit		Energieverbruik in kcal/uur
Inactief	Rusten (in de zetel)	105
	Licht	
	Winkelen (warenhuis)	210
	Afwassen, strijken	240
	Rustig wandelen (3 km/u)	260
	Opruimen, stof afnemen, stofzuigen	260
	Hometrainer (50 Watt)	315
	Stevig wandelen (5 km/u)	420
	Rustig fietsen (16 km/u)	420
	Tuinieren	450
	Trappen op- en afdalen	470
	Verven, behangen	470
Matig	Spitten	525
	Hometrainer (100 Watt)	580
	Stevig fietsen (20 km/u)	630
	Inkopen de trap opdragen	630
	Zwemmen	630
	Tennis	630
Intens	Joggen (8 km/u)	840
	Langlaufen	840

55 • Finnish Medical Society Duodecim. Physical activity in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd, 2002.

- National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults-the evidence report. *Obes Res* 1998;6:51S-209S.
- McInnes KJ, Franklin BA, Rippe JM. Counseling for physical activity in overweight and obese patients. *Am Fam Phys* 2003;67:1249-56.

56 Uitgezonderd vetverdeling (die meer beïnvloed wordt wanneer fysieke activiteit en dieet gecombineerd worden) is dit positieve effect op de gezondheid van de patiënt ook aanwezig zelfs als er geen gewichtsverlies is.

- National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults-the evidence report. *Obes Res* 1998;6:51S-209S.
- Finnish Medical Society Duodecim. Physical activity in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd, 2002.

57 McInnes KJ, Franklin BA, Rippe JM. Counseling for physical activity in overweight and obese patients. *Am Fam Phys* 2003;67:1249-56.

58 The writing group for the Activity Counseling Trial Research Group. Effects of physical activity counseling in primary care. The Activity Counseling Trial: A randomised controlled Trial. *JAMA* 2001;286:677-87.

59 American College of Sports Medicine. Position stand on the appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33:2145-56.

60 Wanneer een patiënt minstens vijf dagen per week gedurende 45 minuten een matige fysieke inspanning doet, 'wint' hij ongeveer 100-200 kcal per dag.

- National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults-the evidence report. *Obes Res* 1998;6:51S-209S.

61 Matig fysieke inspanning is een inspanning met maximale polsslag tussen 55 à 70 % van de leeftijdsgebonden maximale hartfrequentie (220 min leeftijd).

62 Belgian Association for the Study of Obesity. Consensus Obesitas, een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas 2002:53.

BEWEGINGSADVIES DOOR DE HUISARTS

Op basis van de beschikbare literatuur kunnen we niet besluiten of counseling door de huisarts om de fysieke activiteit te verhogen, zinvol is. Wellicht is dat wel zo, maar dit is nog niet bewezen ⁶³.

Kort advies van de huisarts (3-5 minuten) tijdens de consultatie heeft een wisselend en meestal beperkt effect. De fysieke activiteit kan wel toenemen, maar slechts voor een korte periode (maximum drie maanden) ⁶⁴.

Training van huisartsen in advies geven over verhoging van de fysieke activiteit, in langere interventies waarbij rekening wordt gehouden met het stadium van gedragsverandering van de persoon, in het werken met individuele doelen, in het meegeven van geschreven advies of informatie en in de follow-up, zouden op langere termijn effect kunnen hebben ⁶⁵.

In verband met counseling rond het opstarten en behoud van fysieke activiteit worden in de literatuur vier principes naar voor geschoven ⁶⁶:

- Interventies om de fysieke activiteit te verhogen hoeven voor de arts niet tijdrovend te zijn. Ook andere zorgverstrekkers in de praktijk kunnen dit opnemen.
- De patiënt moet actief worden betrokken in dat gesprek (onder andere doelen stellen).

- Persoonlijke feedback en steun (follow-up) zijn essentieel.
- Om blijvend voldoende fysiek actief te zijn, is deelname aan 'community'-activiteiten zinvol (lid worden van lokale organisaties, wandelclubs).

Commerciële programma's

Een recente Randomised Controlled Trial (RCT) evalueerde een commercieel programma in vergelijking met counseling en zelfhulp ⁶⁷. Hieruit blijkt dat een goed opgezet commercieel vermageringsprogramma ('Weight Watchers') meer effect heeft dan een beperkt programma via zelfhulp. Het 'Weight Watchers'-programma volgde de deelnemers regelmatig op en bevatte de drie pijlers waarop de aanpak van obesitas steunt, namelijk een uitgebalanceerd dieet, gedragsaanpassing en meer lichaamsbeweging. In de zelfhulpgroep kregen de deelnemers tweemaal een dieetconsultatie van 20 minuten en ter ondersteuning van dieet en oefeningen, folders en ander materiaal. De gemotiveerde deelnemers aan zo'n commercieel programma bereikten een gewichtsreductie van gemiddeld 5 % en konden dit ook behouden na twee jaar. Er gebeurde evenwel geen vergelijking van dit programma met een actieve behandeling en follow-up in de huisartsenpraktijk ⁶⁸.

63 Bestaande studies zijn meestal van geringe kwaliteit en hebben korte minimale interventies bestudeerd in de huisartsenpraktijk.

- Which interventions increase physical activity in sedentary people? *Clin Evid* 2003;9:82-4.
- Eden KB, Orelans CT, Mulrow CD, et al. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137:208-15.
- US Preventive Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote physical activity: recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 137:205-7.
- Lawler DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *J Publ Health Med* 2001; 23:219-26.

64 Elly C, Kerse N, Arroll B, et al. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:793.

65 • Which interventions increase physical activity in sedentary people? *Clin Evid* 2003;9:82-4.

- Eden KB, Orelans CT, Mulrow CD, et al. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137:208-15.
- US Preventive Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote physical activity: recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 137:205-7.
- Steptoe A, Kerry S, Rink E, et al. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *Am J Publ Health* 2001;91:265-9.

66 Estabrooks P, Glasgow R, Dzawaltowski D. Physical activity promotion through primary care. *JAMA* 2003;289:2913-6.

67 Heshka S, Anderson JW, Atkinson RL, et al. Weight loss with self-help compared with a structured commercial program. A randomised trial. *JAMA* 2003;289:1792-8.

68 Deze studie rapporteert over een commercieel programma ('Weight Watchers') dat de drie pijlers omvat van een goede aanpak van obesitasbehandeling. We kunnen de resultaten dus onmogelijk extrapoleren naar alle commerciële programma's, die vaak ook andere interventies gebruiken, zoals niet-uitgebalanceerde diëten en voedingsadvies.

- Van Royen P. 'Weight Watchers' versus zelfhulp. *Minerva* 2004;3:104-6.

Commerciële programma's die werken binnen bestaande hulpverlenersituaties, die de drie pijlers van goede obesitasbehandeling omvatten en die haalbare gewichtsdoelen voorstellen, zouden kunnen worden beschouwd als aanvaardbare programma's.

Medicatie

Medicatie wordt liefst zo weinig mogelijk gebruikt. Het voorschrijven van medicatie is vaak alleen een verlenging van het arts-patiëntcontact, iets wat sommige patiënten nodig hebben om ernstig te worden genomen of wanneer het moeilijk gaat. Nochtans is er gevaar voor somatische fixatie.

Van vezelhoudende bulkpreparaten, planten of kruiden en homeopathische middelen is de werkzaamheid niet gekend, noch bewezen.

Alle bestudeerde producten hebben maar een beperkt effect op het uiteindelijke gewichtsverlies⁶⁹. Naast het reboundeffect na de stopzetting, heeft medicatie ook een aantal nevenwerkingen.

In de behandeling van obesitas zijn omwille van de belangrijke nevenwerkingen volgende producten formeel uitgesloten: amfetamines en afgeleiden, laxativa, diuretica, hormonen en thyroïdderivaten, bijnier- en pancreasextracten⁷⁰. Er zijn slechts twee geneesmiddelen waarvan de doeltreffendheid op lange termijn wetenschappelijk

werd bestudeerd en die bovendien relatief veilig zijn voor de behandeling van obesitas, namelijk *sibutramine* en *orlistat*⁷¹.

Voor deze producten werden enkel de gewichtsreductie en het behoud ervan op korte en middenlange termijn onderzocht bij patiënten met een BMI hoger dan 30 of comorbide patiënten met een BMI tussen 27 en 29,9. Het is niet bewezen dat ze een rechtstreekse gezondheidswinst geven, met andere woorden of ze een daling van de mortaliteit of morbiditeit (diabetes, cardiovasculair) tot gevolg hebben⁷².

Sibutramine werkt anorexigeeen⁷³ en is dus aangewezen bij patiënten met een groot hongergevoel. Nevenwerkingen zijn bloeddrukverhoging en versnelling van het hartritme. *Sibutramine* wordt opgestart met een dagelijkse dosis van 10 mg in één gift. Na vier weken kan, in geval van gewichtstagnatie, de dosis verhoogd worden tot 15 mg per dag.

Orlistat inhibeert de vetabsorptie⁷⁴. Het kan worden toegediend bij patiënten met multipole cardiovasculaire risi-

69 Het maximale gewichtsverlies van de bestudeerde producten ten opzichte van placebo bedroeg maximaal 4 kg.

• Haddock CK, Poston WS, Dill PL, et al. Pharmacotherapy for obesity: a quantitative analysis of four decades of published randomized clinical trials. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:262-73.

70 De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België en de Orde der Geneesheren verbieden het gebruik van amfetamines en afgeleiden, laxativa, diuretica, hormonen en thyroïdderivaten, bijnier- en pancreasextracten in de obesitasbehandeling, vooral in vaste associaties (de zogenaamde cocktails).

• Orde der Geneesheren. Voorschrijven van afslankpillen. *Mededelingen* 1991;4:12-4.

Bepaalde eetlustremmers (fenfluramine en dexfenfluramine) werden eveneens van de markt gehaald, omwille van hun belangrijke nevenwerkingen, zoals pulmonale hypertensie. Het KB van 12 september 2001 (Belgisch Staatsblad 17 oktober 2001) verbiedt de aflevering van volgende anorexigene producten: amfepramone, clobenzorex, febuzazaat, fendimetrazine, fenmetrazine, fenproporex, fenylpropanolamine (norefedrine), mazindol, mefenorex en propylhexidrine. Dit geldt zowel voor de (nog bestaande) farmaceutische specialiteiten als voor de magistrale bereidingen. Al deze producten houden het gevaar in van psychologische afhankelijkheid. Zij hebben bovendien cardiovasculaire en centrale bijwerkingen met onder meer slaapproblemen tot gevolg. Pseudo-efedrine blijft nog wel toegelaten, maar het gebruik als eetlustremmer wordt afgeraden, gezien de geringe doeltreffendheid en de kans op bijwerkingen (verhoogde arteriële bloeddruk en verhoogd hartritme). In een meta-analyse werd duidelijk aangetoond dat verschillende van deze producten meer nevenwerkingen hebben dan orlistat en sibutramine, 6 à 15 per duizend patiënten.

• Li Z, Maglione M, Tu W, et al. Meta-analysis: pharmacologic treatment of obesity. *Ann Intern Med* 2005;142:532-46.

71 Een Cochrane review ging in een klinisch onderzoek met een duur van ten minste één jaar het effect en de veiligheid na van medicatie tegen obesitas. Uiteindelijk werden zestien onderzoeken geïncludeerd, waarvan elf met orlistat en vijf met sibutramine. De elf orlistatonderzoeken omvatten 6 021 deelnemers (71 % vrouwen) met een gemiddelde BMI van 35,7 en een lichaamsgewicht van 100 kg. Vergeleken met placebo, verloren de patiënten na één jaar met orlistat 2,7 kg (95 % BI 2,3-3,1) of 2,9 % (95 % BI 2,3-3,4) meer gewicht. De vijf sibutramineonderzoeken omvatten 1 556 deelnemers (80 % vrouwen) met een gemiddelde BMI van 34,8. Vergeleken met placebo, verloren de patiënten na één jaar met sibutramine 4,3 kg (95 % BI 3,6-4,9) of 4,6 % (95 % BI 3,8-5,4) meer gewicht. Het aantal patiënten dat 10 % of meer gewichtsverlies bereikte na één jaar lag 12 % hoger met orlistat (NNT 8,3) en 15 % hoger met sibutramine (NNT 6,7).

• Padwal R, Li SK, Lau DCW. Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2005. Chichester UK: John Wiley & Sons Ltd.

Het risico op serieuze neveneffecten bij gebruik van sibutramine of orlistat is beperkt (maximaal drie op tienduizend patiënten). Maar of er mogelijk meer zeldzame nevenwerkingen zijn op lange termijn, is niet gekend.

• Li Z, Maglione M, Tu W, et al. Meta-analysis: pharmacologic treatment of obesity. *Ann Intern Med* 2005;142:532-46.

72 Een recente studie heeft wel aangetoond dat orlistat tezamen met leefstijlveranderingen resulteerde in een grotere reductie van het ontstaan van diabetes type 2 (NNT van 36 bij obesitaspatiënten met verminderde glucozetolerantie).

• Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, et al. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care* 2004;27:155-61.

73 Sibutramine werkt centraal in op verschillende neurotransmitters in de hersenen. Het inhibeert selectief de heropname van noradrenaline en serotonine. De effecten op de voedselinname zijn vergelijkbaar met die van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) en noradrenaline.

74 Orlistat is een krachtige inhibitor van de gastro-intestinale lipasen die nodig zijn voor de hydrolyse van triglyceriden. Hierdoor belemmert orlistat de absorptie van triglyceriden uit de voeding.

cofactoren⁷⁵. Orlistat kent voornamelijk gastro-intestinale bijwerkingen. De aanbevolen dosis bedraagt 1 capsule van 120 mg kort vóór, tijdens of tot één uur na de drie hoofdmaaltijden.

Farmacotherapie met orlistat of sibutramine kan enkel ondersteunend werken bij patiënten met een BMI hoger dan of gelijk aan 30 kg/m² of bij comorbide patiënten met een BMI tussen 27 en 29,9 kg/m². Essentieel is dat dit steeds als adjuvans wordt toegepast in de multidisciplinaire aanpak van obesitas bestaande uit dieet, fysieke activiteit en gedragstherapie⁷⁶. Het te verwachten bijkomende effect op het gewicht is beperkt, met name lager dan 5% en dit bij langdurige therapie (zes tot 24 maanden). Effecten en ook neveneffecten op lange termijn zijn ongekend. Een bijkomende medicamenteuze behandeling voor obesitas moet daarom steeds kritisch worden geëvalueerd.

Chirurgie

Chirurgie kan enkel worden toegepast wanneer alle andere minder invasieve behandelingen hebben gefaald. Chirurgie is voorbehouden aan patiënten met morbide obesitas (BMI >40 kg/m²) en aan patiënten met een BMI hoger dan 35 kg/m² en met comorbiditeit (cardiovasculaire aan-

doeningen, diabetes mellitus). Voor de chirurgische ingreep moet steeds een preoperatieve evaluatie worden uitgevoerd om psychologische en organische contra-indicaties op te sporen (suiker- en/of alcoholafhankelijkheid, psychiatrische problematiek, ernstige depressie, hoog gastro-intestinale of cardiovasculaire pathologie).

De patiënt moet vóór de operatie worden gewaarschuwd voor het gewijzigde eetpatroon als gevolg van en de risico's van de ingreep⁷⁷. Deze risico's omvatten de algemene risico's van elke abdominale ingreep. Daarnaast kunnen er nog laattijdige verwickelingen optreden zoals reflux oesofagitis, braken, vitaminen- en mineralentekorten, dumpingsyndroom enzovoort.

In overleg met een multidisciplinair team selecteert de huisarts de patiënten die in aanmerking komen voor bariatrische chirurgie. Hierbij worden de risico's van de ingreep afgewogen tegen de gekende risico's van een persisterende morbide obesitas. De huisarts kiest een centrum met voldoende ervaring in bariatrische chirurgie.

Het gewichtsverlies is maximaal gedurende de eerste zes maanden en vertraagt daarna. Gemiddeld bedraagt het gewichtsverlies 30 kg over twaalf maanden. Dit gewichtsverlies gaat gepaard met een hoge graad van tevredenheid bij patiënten, een verbetering van de levenskwaliteit en een belangrijke correctie van de verschillende risicofactoren⁷⁸.

75 Er is een matige reductie in de totale en low-densitycholesterolwaarden. Orlistat verbetert de glykemiecontrole bij obese patiënten met diabetes type 2, en veroorzaakt ook een daling van de systolische en diastolische bloeddruk.

• Padwal R, Li SK, Lau DCW. Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester UK: John Wiley & Sons Ltd.

76 Dit advies komt overeen met de consensus van de BASO.

• Belgian Association for the Study of Obesity. Consensus Obesitas, een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas 2002:28.

77 In de studies die dit vermelden, is de perioperatieve mortaliteit lager dan 1% bij jonge personen zonder comorbiditeit, maar ze bedraagt 2 à 4% bij personen met een BMI van >60 kg/m² met comorbiditeiten. Heelkundige verwickelingen zoals het loslaten van de suturen, subfrenische abscessen, milttrauma, longembolie, wondinfecties en inflammatoire stenosen van de opening komen volgens de meeste studies voor bij 10 tot 20% van de patiënten. De SOS-cohortstudie vermeldt bij 13% van de opgevolgde patiënten complicaties tijdens de eerste ziekenhuisopname. Perioperatieve mortaliteit en heelkundige verwickelingen verschillen erg naargelang de ervaring van de chirurg. Het aantal laattijdige verwickelingen varieert erg naargelang de studie, de ervaring van de chirurg en de gebruikte procedure. Gemiddeld wordt één op vier patiënten toch geconfronteerd met één of andere laattijdige verwickeling, met mineure of majeure symptomen.

• Colquitt J, Clegg A, Loveman E, Royle P, Sidhu MK. Surgery for morbid obesity. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2005. Chichester UK: John Wiley & Sons Ltd.

• Maggard MA, Shugarman LR, Suttrop M, et al. Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med* 2005;142:547-59.

• Sjöström CD. Surgery as an intervention for obesity. Results from the Swedish obese subjects (SOS) study. *Growth Horm IGF Res* 2003;13(Suppl A):S22-6.

78 Er zijn weinig echte RCT's voor heelkundige ingrepen. Een Cochrane systematische review includeerde 26 onderzoeken. Twee gerandomiseerde studies (onder andere Andersen 1988) en drie cohortstudies (onder andere de SOS-studie) vergeleken de conventionele aanpak van obesitas met chirurgische ingrepen. Twintig RCT's vergeleken verschillende chirurgische procedures. De kwaliteit van de geïncludeerde studies is gering.

• Colquitt J, Clegg A, Loveman E, Royle P, Sidhu MK. Surgery for morbid obesity. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2005. Chichester UK: John Wiley & Sons Ltd.

Uit de RCT van Anderson blijkt dat de gewichtsreductie na twee jaar in de geopereerde groep (horizontale gastroplastie) belangrijker is dan in de groep met een dieet van laagenergetische maaltijdvervangers (32 kg met gastroplastie versus 9 kg met dieet; p<0,05). Na vijf jaar echter was er geen significant verschil meer voor het percentage patiënten met een gewichtsverlies van 10 kg of meer (30% met horizontale gastroplastie versus 17% met dieet). De meest recente evidentie komt uit een grote Zweedse cohortstudie (de SOS-studie). In deze studie werden 2 010 patiënten onderworpen aan bariatrische chirurgie en vergeleken met een controlegroep van 2 037 niet-geopereerde patiënten. Na twee jaar bleek de gewichtsreductie in de geopereerde groep belangrijk (-28 kg) tegenover geen reductie in de groep behandeld met dieet en begeleiding. Na acht en tien jaar was er nog steeds respectievelijk 20 en 17 kg gewichtsreduc-

Er zijn twee chirurgische standaardprocedures: ingrepen die de maag verkleinen en ingrepen die malabsorptie te weegbrengen ⁷⁹.

MAAGVERKLEINING

Het verkleinen van de maag is de meest aangewezen ingreep. Hierdoor wordt minder voedsel opgenomen. De drie meest courante maagverkleiningstechnieken zijn de verticale gastroplastie, plaatsing van een aanpasbare maagband en de Roux-en-Y-maagbypass. Alle technieken kunnen laparoscopisch worden uitgevoerd ⁸⁰. Het voordeel van de aanpasbare maagband is dat de ingreep omkeerbaar is: de maagband kan worden verwijderd. De Roux-en-Y-maagbypass heeft sneller en meer gewichtsverlies tot resultaat dan gastroplastie, maar is de zwaarste heelkundige ingreep van de drie ⁸¹.

MALABSORPTIE

Malabsorptie gebeurt aan de hand van derivatietechnieken (onder andere intestinale bypass en de bileopancreatische derivatie of Scopinaro-ingreep). Deze ingreep vermindert de absorptie van calorieën. Deze technieken wor-

den echter niet aanbevolen, omwille van het risico op ernstige verwikkelingen.

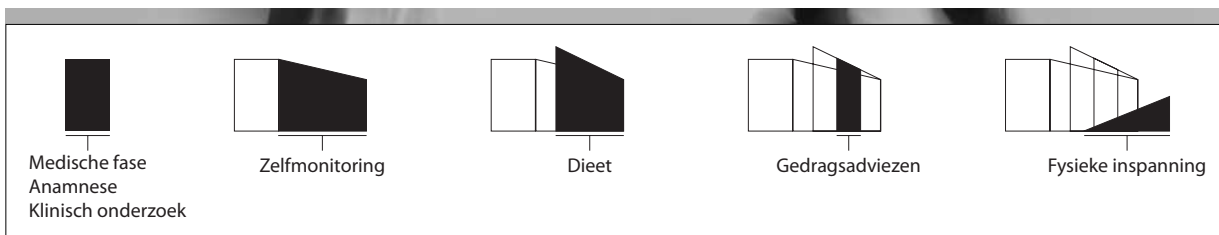
Na de ingreep is een multidisciplinaire begeleiding essentieel voor het welslagen van de gewichtsreductie en het opsporen van neveneffecten van de procedure, in het bijzonder de kwaliteit en kwantiteit van de voedingsinname ⁸².

Planning

Afspraken met de patiënt

De behandeling van obesitas verloopt stapsgewijs. Alle fasen van de behandeling zijn weergegeven in *figuur 3*. Er zijn veelvuldige contacten met de huisarts nodig om het beoogde gewichtsverlies te bekomen en te bestendigen. De huisarts legt de fasering duidelijk uit aan de patiënt en geeft telkens aan in welke fase deze zich bevindt. Bij elk consult spreekt de huisarts een haalbaar doel af tegen het volgende bezoek. De consulten volgen elkaar in het begin snel op, daarna daalt de frequentie. Concrete cijfers voor de aanbevolen frequentie kunnen we echter niet geven. Tijdens de consulten mag er niet alleen worden gesproken

Figuur 3: Beleidsplan voor aanpak van obesitas in de huisartsenpraktijk.



De verschillende stappen krijgen gradueel aandacht in het verloop van de verschillende consultaties.

(Vervolg voetnoot 78)

tie, terwijl in de conventionele groep al een lichte gewichtstoename was. Er was tevens een significant effect op de verbetering van diabetes. Een recente meta-analyse van Buchwald bevestigde dat bariatrische chirurgie significante effecten heeft op het percentage verbetering of genezing van diabetes (86%), van hyperlipidemie (70%), hypertensie (61,7%) en obstructieve slaapapneu (85,7%). Uiteraard hangt succes altijd af van de strikte indicatiestelling.

• Anderson T, Stokholm KH, Backer OG, et al. Long-term (5-year) results after either horizontal gastroplasty or very-low-calorie diet for morbid obesity. *Int J Obes* 1988;12:277-84.

• Sjöström CD. Surgery as an intervention for obesity. Results from the Swedish obese subjects (SOS) study. *Growth Horm IGF Res* 2003;13(Suppl A):S22-6.

• Buchwald H, Avidor Y, Braunwals E, et al. Bariatric surgery. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004;292:1724-8.

79 • Kolanowski J, et al. Approche médico-chirurgicale du traitement de l'obésité. *Louv Med* 1993;112:21-30.

• Hitchcock PN, Pugh JA. Management of overweight and obese adults. *BMJ* 2002;325:757-61.

80 In totaal wordt 63% van de obesitaschirurgie laparoscopisch gedaan. Studies die open chirurgie met laparoscopische chirurgie vergeleken, tonen een reductie van het aantal wondcomplicaties, majeure en mineure wondinfecties en incisiehernia's bij de laparoscopische techniek, maar wel een groter aantal heringrepen.

• Buchwald H, Williams SE. Bariatric surgery worldwide 2003. *Obes Surg* 2004;14:1157-64.

• Maggard MA, Shugarman LR, Suttrop M, et al. Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med* 2005;142:547-59.

81 Met de aanpasbare maagband is er meer gewichtsverlies en zijn er minder neveneffecten dan bij verticale gastroplastie. Maar als verticale gastroplastie laparoscopisch wordt uitgevoerd, dan is het resultaat beter en zijn er minder complicaties dan met een laparoscopisch uitgevoerde aanpasbare maagbanding. Bypassoperaties geven meer gewichtsverlies en een beter resultaat, maar er zijn meer neveneffecten.

• Colquitt J, Clegg A, Loveman E, et al. Surgery for morbid obesity. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2005. Chichester UK: John Wiley & Sons Ltd.

• Glennly AM, O'Meara S, Melville A, et al. The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *Int J Obes* 1997;21:715-37.

82 Belgian Association for the Study of Obesity. Obesitas consensus, een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas 2002:35.

over gewicht en gewichtsverlies; de patiënt moet steeds positief worden gestimuleerd. De huisarts dient in elk consult advies te geven over leefstijl en dieet en de patiënt te motiveren om te bewegen. Met de patiënt wordt bij voorkeur een haalbare frequentie van wegen afgesproken⁸³. Het verdient aanbeveling dat zelfs na de fase van de gewichts-daling het gewicht van de patiënt regelmatig wordt gecontroleerd. Dit maakt tijdig ingrijpen mogelijk wanneer het gewicht opnieuw toeneemt. Het verschil tussen succes of herval hangt bij veel patiënten af van één of andere vorm van groepsondersteuning. Er bestaan verschillende patiëntengroepen voor personen met obesitas.

Verwijzing

Een goede samenwerking met een diëtist(e)/voedingsdeskundige is noodzakelijk. Maar in bepaalde gevallen zijn een verwijzing en een meer specialistische oppuntstelling nodig, in elk geval bij morbide obesitas bij volwassenen (BMI >40), obesitas met geassocieerde pathologie en eetbuistoornissen.

Randvoorwaarden

- De huisarts moet over vaardigheden beschikken om een motivationeel interview te voeren, en kan dit deskundig integreren in één of meerdere consultaties. Hij moet ook bekwaam zijn om gedragsadviezen te geven.
- Om patiënten met eetbuistoornissen gericht te kunnen verwijzen, is het noodzakelijk dat de huisarts beschikt over een netwerk van hulpverleners en organisaties die deze problematiek deskundig kunnen aanpakken.
- De huisarts zou meer ervaring moeten hebben in samenwerken met diëtisten.
- De raadpleging bij een diëtist(e) zou gedeeltelijk moeten worden terugbetaald, zeker voor het eerste uitgebreide consult en het eerste opvolgconsult. Dit kan de drempel sterk verlagen. Deze terugbetaling dient gekoppeld te worden aan bepaalde voorwaarden: voldoende motivatie, het stellen van haalbare doelen zoals het bereiken van een gewichtsverlies van 5 à 10 % op zes à twaalf maanden en de bereidheid om de opvolging minstens gedurende één jaar vol te houden.

Researchagenda

- Wat is het langetermijneffect van gewichtsvermindering op mortaliteit?
- Wat is het effect van een motivationeel interview op het goed opstarten van een obesitasbehandeling?
- Wat is de effectiviteit van gedrags- en bewegingsadviezen aan obesitaspatiënten, gegeven door de huisarts?
- Medicamenteus zijn er weinig mogelijkheden in de behandeling van obesitas. Verder onderzoek is nodig naar nieuwe mogelijkheden.
- Hoe kan het herwinnen van een effectief gewichtsverlies worden voorkomen (preventie van 'weight cycling')?
- Wat zijn de elementen van een succesvolle begeleiding en opvolging van obesitaspatiënten?

Totstandkoming

De auteurs van deze aanbeveling zijn: Paul Van Royen (huisarts, professor huisartsgeneeskunde), Hilde Bastiaens (arts-onderzoeker), An D'hondt (huisarts), Chris Provoost (diëtiste) en Wout Van Der Borgh (psycholoog). Paul Van Royen schreef een ontwerp tekst over obesitas die als basis diende voor de verdere ontwikkeling van de aanbeveling. De auteursgroep omljnde het onderwerp van de aanbeveling, alsook de klinische vragen die moesten worden beantwoord.

Om relevante artikelen te verzamelen, verrichtten de auteurs een systematische zoekopdracht op Medline (1994-2004). Zij maakten gebruik van volgende MeSH-termen of een combinatie ervan: "Obesity", "Obesity/Morbid", "Body Mass Index". Voor medicamenteuze therapie zochten ze met de MeSH-termen "Obesity/drug therapy" of "Anti-obesity agents", voor gedragsadviezen met de termen "Behavior Modification" en "Behavior Therapy" en voor bariatrische chirurgie met de MeSH-termen "Bariatrics", "Weight Loss" en "Surgical Procedures". Daarnaast raadpleegden ze met dezelfde zoektermen de Cochrane Library. Ook Clinical Evidence en andere guidelines werden geraadpleegd om te vergelijken met de door de auteursgroep gevonden informatie. De behouden artikelen werden op een gestandaardiseerde manier vergeleken en getoetst op kwaliteit. Er ge-

83 Excessief wegen leidt tot preoccupatie met gewicht en doet het zelfvertrouwen van de patiënt dalen. Succesvolle diëters zouden zich, in vergelijking met personen die gewicht herwinnen na de behandeling, meer richten op haalbare doelen, een vetarme voeding en geplande controles van het gewicht.

• Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:955-62.

beurde een beoordeling van de studierelevantie in functie van de klinische vragen van de aanbeveling, van de studieopzet en van de interne validiteit aan de hand van scorelijsten van het 'Dutch Cochrane Centre'.

Iedere auteur werkte een stuk van de aanbeveling uit, op basis van de literatuur en aan de hand van de geformuleerde klinische vraag.

De ontwerptekst werd voor commentaar gestuurd naar volgende experts: dr. Folmer (huisarts, Nederlands Huisartsen-Genootschap, Nederland), prof. dr. J. Borms (Faculteit L.O. en Kine, Vrije Universiteit Brussel), prof. M. Vervaeke (Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie, Universiteit Gent), prof. C. Braet (Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheid- en Sociale Psychologie, Universiteit Gent), dr. G. Thijs (arts, voorzitter werkgroep Consultatievoeren en gedragsverandering, Domus Medica), dr. A. Franck (huisarts in Wilrijk), mevr. A. Van de Sompel (diëtiste, Universitair Ziekenhuis Antwerpen) en dr. L. Van Krunkelsven (chirurg, Obesitaskliniek, Regionaal Ziekenhuis Jan Ypermans, Ieper). Vermelding als expert betekent niet dat iedere expert de aanbeveling op elk detail onderschrijft.

Op de consensusvergadering van 23 september en 28 oktober 2004 werden hun opmerkingen besproken, waarna de tekst op sommige punten werd aangepast.

De auteurs en experts verklaarden geen enkele betrokkenheid te hebben met de farmaceutische industrie of met andere belangengroepen.

In vijf LOK-groepen (één in Cheratte, één in Brussel, twee in Wilrijk en één in Roeselare) werd vervolgens de ontwerp-aanbeveling op praktische haalbaarheid getoetst.

Op 13 januari 2005 hielden de auteurs een laatste consensusvergadering. De toetsingen in de LOK-groepen werden doorgenomen en besproken, waarna opnieuw enkele wijzigingen in de ontwerp-tekst werden aangebracht. De tekst werd vervolgens aangeboden aan de redactie van Huisarts Nu en ten slotte ter validering overgemaakt aan CEBAM.

De tekst zal jaarlijks worden bijgewerkt. Na vijf jaar wordt de aanbeveling volledig geactualiseerd. Bij de opvolging van deze aanbeveling wordt vooral gecontroleerd of de sleutelboodschappen nog steeds van toepassing zijn, en dit op basis van een systematische literatuurzoekopdracht in de literatuur van het afgelopen jaar. Hiervoor worden dezelfde zoektermen gebruikt als bij de totstandkoming van deze aanbeveling. Enkel meta-analyses, systematische reviews en gecontroleerd onderzoek komen hiervoor in aanmerking.

DEZE AANBEVELING KWAM TOT STAND ONDER DE COÖRDINATIE VAN DE STUURGROEP AANBEVELINGEN VAN DOMUS MEDICA VZW (PROF. DR. PAUL VAN ROYEN, DR. AN DE SUTTER, DR. JAN MICHELS, DR. SAMUEL COENEN, DR. LIEVE PEREMANS, DR. HILDE PHILIPS, DR. FRANS GOVAERTS, DR. NATHALIE VAN DE VYVER EN CIL LEYTENS) EN MET DE STEUN VAN VLAAMSE GEMEENSCHAP.

Kernboodschappen

Diagnose

- De huisarts moet regelmatig het lichaamsgewicht van zijn patiënten meten om tijdig overgewicht (BMI 25 tot 29,9) en obesitas (BMI van 30 of meer) te identificeren (*niveau 3 van bewijskracht*).
- Obesitas is geassocieerd met een belangrijk aantal complicaties en comorbiditeit. De huisarts meet daarom systematisch de buikomtrek bij obesitaspatiënten om het type obesitas en het geassocieerde gezondheidsrisico te kunnen bepalen (*niveau 1 van bewijskracht*).
- Het is belangrijk obese patiënten met een eetbuistoornis te identificeren en adequaat door te verwijzen naar een psychiater of psycholoog gespecialiseerd in de behandeling van eetbuistoornissen (*niveau 3 van bewijskracht*).
- Vooraleer een behandeling te starten, gaat de huisarts na in welke mate de patiënt gemotiveerd is om te veranderen (volgens het 'Stages of Change'-model van Prochaska & DiClemente). Om een patiënt te motiveren tot gedragsverandering is het 'motivationale interview' een goede manier (*niveau 3 van bewijskracht*).

Behandeling

- De behandeling van obesitas is individueel gericht en verloopt stapsgewijs. Een combinatie van dieet, gedrags- en bewegingsadvies is effectiever in gewichtsreductie en -behoud dan elk van deze behandelingen apart (*niveau 1 van bewijskracht*).
- Het is zinvol en haalbaar om in zes tot twaalf maanden een gewichtsdeling te bereiken van 5 à 10 % (*niveau 1 van bewijskracht*).
- Begeleiding van dieet vertrekt van het voedingspatroon van de patiënt en gebeurt het best door een diëtist(e) (*niveau 3 van bewijskracht*).
- Fysieke activiteit heeft een beperkte invloed op het gewichtsverlies (*niveau 1 van bewijskracht*), maar speelt wel een belangrijke rol in het behoud van de gewichtsvermindering (*niveau 2 van bewijskracht*).
- Het is belangrijk dat obese patiënten zoveel mogelijk beweging inbouwen in hun dagelijkse leven. Driemaal per week een halfuur wandelen is een realistisch vertrekpunt om de fysieke activiteit te verhogen (*niveau 3 van bewijskracht*).
- Farmacotherapie met orlistat of sibutramine kan enkel ondersteunend werken, als adjuvans bij een multidisciplinaire aanpak, bij patiënten met een BMI hoger dan of gelijk aan 30 of bij patiënten met comorbiditeit en met een BMI tussen 27 en 29,9. Het te verwachten bijkomende effect op het gewicht is beperkt, met name lager dan 5 % en dit bij langdurige therapie (zes tot 24 maanden) (*niveau 1 van bewijskracht*).
- Chirurgie wordt toegepast wanneer alle andere minder invasieve behandelingen hebben gefaald en is voorbehouden aan patiënten met morbide obesitas (BMI hoger dan 40) en patiënten met een BMI boven de 35 met comorbiditeit (*niveau 3 van bewijskracht*).
- Na de ingreep is een multidisciplinaire begeleiding essentieel voor het welslagen van de gewichtsreductie en het opsporen van neveneffecten van de procedure (*niveau 3 van bewijskracht*).

(Voor de betekenis van de verschillende niveaus van bewijskracht, verwijzen we naar het artikel van Van Royen P. Niveaus van bewijskracht. Levels of evidence. Huisarts Nu 2002;31:54-7).

Bijlage 1: Verwijsbrief huisarts-diëtist(e)

stempel van de arts

Aan

Datum:

Geachte,

Hierbij stuur ik u voor behandeling de heer/mevrouw

Geboortedatum:

Aard van het dieet:

Behandelingsdoel(en):

binnen een periode van

Familiale antecedenten:

Persoonlijke antecedenten ¹:

eerdere diëten:

andere eerdere therapieën:

(risico op) ethylisme:

enkele oude gegevens in verband met gewicht:

Persoonlijke risicofactoren:

Relevante laboresultaten (zie kopie ²):

Huidige medicatie ¹:

cholesterolverlagende middelen:

doseringschema insuline of orale antidiabetica:

antidepressiva:

andere:

Deze verwijzing kwam er op initiatief van:

patiënt zelf huisarts anderen:

Verslag van regelmatig uitvoeren van:

gewicht huidplooiemeting andere:

Aandacht voor actieve lichaamsbeweging?

Het volgende werd met de patiënt afgesproken:

Voor de optimale begeleiding van deze patiënt is het:

absoluut noodzakelijk wenselijk niet nodig dat u mij telefonisch contacteert

Hoogachtende groeten,

1 Enkel gegevens relevant voor het dieet vermelden

2 Indien mogelijk

Bijlage 2: Rapport diëtist(e)-huisarts

stempel van de diëtist(e)

Aan dr.

Datum:

Geachte,

Betreft: uw patiënt(e) **geboortedatum:**

adres:

Uw patiënt kwam bij mij op raadpleging op voor een dieet

Evolutie van de parameters:

Lengte: Startgewicht: Gewichtsevolutie:

Data					
Gewicht					
BMI					
Middelomtrek					

Resultaten van de voedingsanamnese:

Er werd een individueel aangepast schema opgesteld:

Extra aandachtspunten bij het voorgestelde dieet:

Het volgende werd met de patiënt afgesproken:

Zou u de patiënt in die zin willen stimuleren? Dank voor het gestelde vertrouwen.

Hoogachtende groeten,