

Dossier:
Behandeling van zwaar lijvigheid 1
Zwaarlijvigheid een hindernissenparkeers 2
Een gerichte aanpak van obesitas: de ervaring van het Centre Mieux-Être..... 7



Behandeling van zwaar lijvigheid

Een derde van de Belgische bevolking zou volgens recente gegevens kampen met overgewicht. De aanpak van overgewicht moet dan ook een prioriteit zijn voor Volkgezondheid. De comorbiditeit van obesitas betekent immers een enorme belasting van het systeem. We vertrekken in dit dossier met enkele reflecties bij de recente publicatie van een getuigenis van een obese patiënt die het gevecht aanbond tegen haar aandoening. We legden ons oor ook te luisteren bij het Centre Mieux-Être in Gosselies (Charleroi). Daar wordt de nadruk gelegd op een geïntegreerde aanpak van obesitas.

Zwaarlijvigheid een hindernissenparkoers

J. Sierakowski – Redactiecoördinatie: M. Deveux
Patiënt Care, februari 2009, volume 32, nummer 2 – pg. 40-44

Interview: dr. Jacek Sierakowski, afgenomen tijdens een persconferentie op 27 januari 2009 in Brussel.

In een onlangs verschenen boek brengt Marinette Wagener, een 43-jarige vrouw uit Luik, een hallucinante getuigenis over haar dagelijkse strijd tegen haar (over)gewicht, maar ook tegen het gewicht van de stigmatisering, de onwetendheid en de culpabilisering - evenzeer vanwege sommige artsen. Het boek is een absolute must om meer inzicht te krijgen in de problematiek van mensen met overgewicht. Steeds meer van hen raadplegen trouwens een arts.

De belangrijkste reden om getuigenis af te leggen was voor Marinette Wagener de stigmatisering waarmee ze te maken krijgt. Ze noemt die ook bewust de grootste vijand van zwaarlijvige (obese) personen. “Eerst had ik geen zin om dit boek te schrijven, omdat ik niet in mezelf geloofde en me daar niet toe in staat achtte. Ik was bang om belachelijk te worden gemaakt en te worden gestigmatiseerd, zoals de rest.”

“Ik ben aanvankelijk gestart met een blog. Ik nam ook deel aan diverse forums en kreeg gunstige commentaren. De mensen waardeerden wat ik schreef en vroegen me om nog meer in mijn pen te kruipen. Ze voelden zich daardoor gesteund, en dat was net wat ik beoogde. Ik wilde me nuttig maken, want in mijn dagelijkse leven slaag ik daar niet meer in - behalve dan voor mijn kinderen.”

“Later kreeg ik de raad om er een boek over te schrijven. Aanvankelijk stond ik daar sceptisch tegenover, maar ik voelde dat schrijven me goed deed. Op die manier kon ik mijn boodschap kwijt aan anderen, en tegelijk was het ook een goede vorm van zelfanalyse.”

“Gaandeweg ging ik beseffen dat mijn leven ondanks alles ook positieve kanten had en dat ik ondanks mijn zwaarlijvigheid nog altijd bepaalde dingen kon blijven doen. Ik moest wel mijn bloggen forumstijl wat aanpassen, en men verhaal in boekvorm gieten. En vervolgens uitgeverijen afschuimen. Vandaag ben ik echt trots op mijn boek.”

Marie-Henriette Wagener: “Ik hoop dat mijn boek de lezers ► weer zin geeft om het gevecht aan te gaan. Ze moeten voor een arts kiezen die met hen de zaken echt wil aanpakken, wat zeker tijd zal vergen.”



Een boodschap van hoop

Marinette Wagener wil in de eerste plaats een boodschap van hoop brengen. Stilaan komt ze in het reine met zichzelf, dag na dag, met de hulp van lotgenoten en van een professioneel team dat haar duidelijk heeft gemaakt dat ze een chronische aandoening heeft die als zodanig behandeld moet worden.

“Hopelijk zet mijn boek de mensen aan om te vechten, en geeft het hen de moed om een geschikte arts te kiezen die voldoende tijd voor hen neemt en alle nodige maatregelen neemt. Om psychologische hulp te bieden, iets waar ik nog het meest behoefte aan had. En om hun patiënten ervan te overtuigen dat ze wel degelijk iets kunnen bereiken in het leven. Ook al moeten ze er wel iets voor over hebben, temeer omdat ze niet altijd veel ondersteuning krijgen.”

Van stigmatisering tot erkenning

Jean-Paul Allonsius, voorzitter en stichter van de Belgische Vereniging voor Obese Patiënten (zie kadertekst: BOLD), staat volledig achter de verklaringen van Marinette. “Zwaarlijvige mensen worden nog altijd vaak gestigmatiseerd en stuiten op onbegrip, soms ook op kwaadwilligheid, maar vooral op onwetendheid. Het is diezelfde onwetendheid waarmee ook allochtonen, mensen met een klompvoet, kleine mensen, ... af te rekenen krijgen. In onze huidige samenleving moet iedereen aan dezelfde schoonheidsidealen beantwoorden, en wie daar niet aan voldoet, valt uit de boot.”

Volgens Jean-Paul Allonsius is het de hoogste tijd om zonder taboes te kunnen praten over de problematiek van mensen met overgewicht en obesitas, want vandaag krijgt ongeveer de helft van de Belgische bevolking te maken met deze ziekte. “Die er eigenlijk geen is, want de minister heeft ze nog altijd niet erkend, ondanks aanbevelingen van de WGO en het Europees parlement”, vervolgt hij. Zo is Portugal het enige Europese land dat obesitas (zwaarlijvigheid) erkent als chronische aandoening.

Welke zin heeft het om obesitas als chronische ziekte te beschouwen? “Allereerst is het belangrijk om vast te stellen dat daarover geen twijfel meer bestaat. In het wetenschappelijk comité van BOLD zitten veel endocrinologen, chirurgen, huisartsen, psychologen en diëtisten, omdat de medische wereld vandaag goed weet dat het om een chronische aandoening gaat. Toch wil het beleid de knoop niet doorhakken, want een erkenning zou uiteraard veel geld kosten en zwaar wegen op de sociale zekerheid. Wel moeten we opmerken dat obesitas 70/0 van het socia-lezekerheidsbudget opsloort als gevolg van de comorbiditeit: diabetes, arteriële hypertensie, hypercholesterolemie, slaapapneu, gewrichtsstoornissen, enzovoort. Waarom niet de oorzaak van al die nevenaandoeningen aanpakken?”

In Europa heeft alleen de Portugese overheid obesitas officieel erkend als een chronische aandoening.

Tijd voor verandering

Van de Belgen kampt 32 % met overgewicht en is 12 % zelfs zwaarlijvig. Volgens IDEWE (externe dienst voor preventie en bescherming op het werk) stijgen die cijfers nog met 0,7 % per jaar. In Europa hebben 21 miljoen kinderen overgewicht en komen er jaarlijks 400.000 nieuwe gevallen bij. De politici kennen die alarmerende cijfers, en het probleem treft de hele bevolking. Zo heeft één op de drie Belgen overgewicht dat regelrecht dreigt te ontaarden in obesitas.

“De meeste van die personen worden net zwaarlijvig omdat ze te veel diëten”, aldus nog Jean-Paul Allonsius. “Ze volgen die diëten zonder enige begeleiding en voelen zich schuldig omdat ze geen goede resultaten bereiken. Gevolg: herval, het fameuze jojo-effect en uiteindelijk obesitas.”

“Het is tijd om duidelijk te maken dat, wie bang is voor de blik van de anderen, eigenlijk meedoet met de overheersende schoonheidscultus.” Zwaarlijvigheid is echter niet alleen een esthetisch probleem, maar in de eerste plaats een gezondheids- en zelfs volksgezondheidsprobleem. Eén op de drie Belgen: dat is allang geen pure kwestie meer van individuele verantwoordelijkheid. “Helaas

is niets eenvoudig in België: de Gewesten en Gemeenschappen zijn bevoegd voor preventie, de federale regering voor behandeling. We moeten dus overleggen met heel wat ministers.”

Bij veruit de meeste patiënten is de obesitas nog verergerd door pogingen om te vermageren.

“Mensen met overgewicht en obesitas zijn ziek. In plaats van hen met de vinger te wijzen, moeten we hen net de hand reiken.” In die zin is het verhaal van Marinette Wagener een soort coming-out die hopelijk twee dingen in beweging zal brengen. Enerzijds kan het mensen met overgewicht aanzetten om hun probleem onder ogen te zien en hen doen begrijpen dat het kan worden behandeld en dat er dus reden is tot hoop. Anderzijds is het boek ook een oproep om te mobiliseren, niet tégen iets, maar vóór iets. Niet tegen obesitas en tegen de mensen, maar voor verandering.

“Het is helemaal geen schande om zwaarlijvig te zijn, net zoals het geen schande is om griep, astma of een depressie te hebben”, besluit de voorzitter van BOLD.

Eetstoornissen

Anne Marrez, psychologe in het Centre d'orthonutrition (Centre Hospitalier de Wallonie Picarde in Doornik), licht een aantal eetstoornissen toe die meestal gepaard gaan met obesitas.

“Normaal eten, betekent: regelmatige maaltijden nemen, zonder overdreven te vasten en zonder toe te geven aan een onweerstaanbare eetdrang. Wie dat niet meer kan, lijdt aan een eetstoornis. Met nadruk op ‘lijdt’, want het gaat wel degelijk om een ziekte, niet om gebrek aan wilskracht. Zulke mensen hebben het enorm moeilijk om een normale relatie te hebben met voeding.”

Bekende eetstoornissen zijn anorexie en boulimie. Hyperfagie (binge eating disorder of eetbuistoornis) daarentegen is minder bekend. Het gaat om een vorm van boulimie zonder braken en zonder inname van diuretica of laxemiddelen, waarbij de patiënt evenmin overmatig sport. Obese patiënten hebben vaak hyperfagie: ze werken in heel korte tijd veel voedsel naar binnen en hebben hun eetgedrag niet meer onder controle. Na zo'n aanval voelen ze zich schuldig en beschaamd. Hyperfagie blijft meestal verborgen.

Enkele andere eetgedragstoornissen zijn:

- ♦ **voortdurend knabbelen**, iets wat zeer vaak voorkomt bij jongeren en beroepsactieve vrouwen (op het werk); ze eten de hele dag door producten uit het vuistje, die ze niet hoeven te bereiden;
- ♦ **suikerverslaving**, waarbij voortdurend naar zoetigheden gegrepen wordt;
- ♦ **het nachtelijk eetsyndroom**, dat vrij veel voorkomt en waarbij de patiënt 's nachts opstaat omdat hij per se wil eten om weer te kunnen inslapen, vaak onbewust.

“Niet alle personen met overgewicht hebben automatisch een eetstoornis”, preciseert Anne Marrez. “Het kan ook gaan om ongezonde eetgewoonten die met de paplepel zijn meegegeven. We spreken van een eetstoornis als de patiënt zichzelf van alles ontzegt en ervan overtuigd is dat hij absoluut moet diëten om te vermageren. Daarbij mag hij het ene wel en het andere niet eten, maar houdt hij dat nooit lang vol, met gewichtstoename tot gevolg (jojo-effect).”

Wie een eetstoornis heeft, moet absoluut een professional raadplegen. De stoornis moet behandeld worden, en pas dan wordt gedacht aan afslanken. De psycholoog speelt daarbij een rol zowel voor, tijdens als na het gewichtsverlies. “Het is belangrijk dat de patiënt zijn verhaal kan doen en dat er naar hem geluisterd wordt. Dat vereist een langetermijnaanpak, want het is heel moeilijk om je eetgewoonten te veranderen.”

De psycholoog moet de motivatie van de patiënt evalueren, een terugval vermijden en eventuele psychopathologische nevenaandoeningen opsporen, zoals depressie, angststoornis enzovoort.

Diëten: een vicieuze cirkel

Veel patiënten hebben al alle mogelijke diëten uitgeprobeerd. Op een bepaald moment willen ze gewicht verliezen, waarna ze beslissen om 'te diëten', zoals zoveel magazines dat aanprijzen, met alle geboden en verboden van dien. Gevolg: ze raken vrij snel gefrustreerd, vallen in een zwart gat, hebben nergens nog zin in en verliezen hun moed. "De patiënt stopt met zijn dieet en denkt dat hij de enige is die het niet heeft kunnen volhouden. Hij voelt zich dan ook een dikke nul en kampt met schuld- en depressiegevoelens. Als compensatiegedrag eet hij steeds meer. Vervolgens wil hij opnieuw afslanken en herbegint alles van voren af aan, maar nog extremer."

Op die manier ontstaat er cognitieve restrictie: het is 'alles of niets'. Sommige producten zijn absoluut verboden, andere zijn dan weer verplicht. Typisch voor cognitieve restrictie is dat periodes van controle, waarbij de persoon in kwestie niet toegeeft aan zijn impulsen, afwisselen met controleverlies, waarbij hij in het andere uiterste vervalt: eetbuien, dwangmatig eetgedrag en aanvallen van boulimie. De frequentie en de duur hangen af van persoon tot persoon en kunnen variëren van één dag tot verschillende jaren.

Als er een eetstoornis aanwezig is, moet deze behandeld worden voordat men het overgewicht aanpakt.

Vermageren is een vorm van zelfzorg

"Een psycholoog heeft als taak de patiënt te helpen om alles met mate te eten in plaats van zichzelf alles te ontzeggen", aldus Anne Marrez. "Vermageren is niet alleen gewicht verliezen, maar ook en vooral je eetgewoonten veranderen." De psycholoog geeft de patiënt een beter inzicht in zijn eetgedrag. Daarbij analyseert hij hoe dat eetgedrag is ontstaan en helpt hij hem om het beter onder controle te krijgen en om alternatieve strategieën te ontwikkelen. Het komt erop aan om na te gaan welke situaties hem aanzetten tot eten en wat eten precies met hem doet, en om alternatieven te zoeken. "Eetstoornissen wortelen in verstoorde emoties, een negatief zelfbeeld, ontevredenheid over het eigen lichaam, een chaotische levensstijl, stress en angst."

"De psycholoog moet ook de zogenaamde alexithymie behandelen, met andere woorden: moeite om de eigen emoties te voelen en te verwoorden. De patiënt moet weer een positieve houding ontwikkelen tegenover voeding, opnieuw van alles een beetje leren eten en zijn levensproblemen op een andere manier oplossen dan door te eten. Verder moet hij de vaste denkpatronen die samenhangen met zijn cognitieve restrictie doorbreken en zijn bijgaande psychopathologische stoornissen zoals angst en depressie aanpakken."

"Eigenlijk is afslanken een vorm van zelfzorg. Om voor jezelf te kunnen zorgen, moet je jezelf graag zien en je anders-zijn aanvaarden", besluit Anne Marrez. Haar levensverhaal op papier willen zetten en doorgeven aan anderen, betekende voor Marinette Wagener het begin van haar genezingsproces. "Ik zal blijven knokken en nooit meer de armen laten zakken. Ik zal ook heel mijn verdere leven moeten opletten, gezond eten, sporten en mijn moreel hooghouden", wil ze tot slot nog kwijt. "Maar ondertussen ben ik gelukkig uit die helse spiraal geraakt, ook al heb ik nog een hele weg af te leggen."



BOLD

De Belgische Vereniging voor Obese Patiënten (BOLD) werd opgericht in juni 2005. De vereniging heeft als doel duurzaam gewichtsverlies te promoten via een multidisciplinaire aanpak, de enige methode die erkend is door de grote wetenschappelijke organisaties. De vereniging ijvert ook om obesitas te doen erkennen als chronische aandoening, en volgt daarbij de aanbevelingen van de WGO. Sinds 2008 beschikt BOLD over een multidisciplinair wetenschappelijk comité. U vindt meer informatie op de website <http://www.boldnet.be/nl/> en op de blog <http://blog.boldnet.be/nl/>.



Het boek "Toi, toi mon poids" verscheen bij Les Éditions de l'Arbre en is sinds 20 januari 2009 te koop in alle boekhandels en warenhuizen. 224 pagina's. ISBN: 978-2-87462-017-1 . Richtprijs: € 17,90.

Een gerichte aanpak van obesitas: de ervaring van het Centre Mieux-Être

J. Sierakowski - Redactionele coordinatie: M. Deveux
Patiënt Care, februari 2009, volume 32, nummer 2 – pg. 45-48

Dr. Jacek Sierakowski is medisch journalist.

Net zoals bij veel andere aandoeningen is overgewicht het topje van de ijsberg: heel wat andere problemen hangen samen met de zwaarlijvigheid. De behandeling vraagt dan ook de inbreng van verschillende disciplines, samengebracht in een holistische visie. Alle aspecten van het lijden van de patiënt moeten aan bod komen.

Het Centre Mieux-Être van de Clinique Notre-Dame de Grace in Gosselies biedt sinds twee en een half jaar een geïntegreerde aanpak aan. Het activiteitendomein van dit centrum is trouwens ruimer dan alleen de aanpak obesitas. Hetzelfde centrum houdt zich ook bezig met de behandeling van fibromyalgie en stress, tabaksontwenning, begeleiding tijdens en na een kankerbehandeling, en seksuele problemen. We hadden een gesprek met dr. Dominique Fiévet, coördinatievearts van het Centrum, die in Frankrijk een opleiding volgde voor voedingspecialist.

Werkingsprincipe

Het Centre Mieux-Être omschrijft zichzelf als een multidisciplinair centrum voor integratieve en holistische geneeskunde. Met andere woorden: het wil de diverse benaderingen van artsen en paramedici samenbrengen. De behandeling staat centraal, met diverse benaderingen die elkaar aanvullen. De patiënt wordt een totale aanpak aangeboden waarbij alle aspecten van zijn lichamelijk en psychisch lijden aan bod komen. Het team bestaat uit artsen, psychologen, diëtisten, kinesitherapeuten, schoonheidsspecialisten en sofrologen.

Dr. Dominique Fiévet: “De behandeling van overgewicht en obesitas vind ik boeiend werk dat altijd verrijkend is. Maar het is vaak ook ondankbaar, want in veel gevallen mislukt de behandeling. En dat is niet makkelijk te verwerken als je alleen opereert.”



De werking van het centrum omvat drie fasen.

- ⇒ **Multidisciplinaire oriëntatie.** Er wordt gepeild naar de (lichamelijke en geestelijke) gezondheidstoestand van de patiënt en naar zijn verwachtingen. Daarop volgt overleg met alle betrokkenen, over de best mogelijke behandeling.
- ⇒ **Multidisciplinaire aanpak.** Het therapeutische traject hangt af van het probleem, de beschikbaarheid van de patiënt en de frequentie die vereist zal zijn om vooruitgang te boeken.
- ⇒ **Tussentijdse balans.** Na zes weken behandeling wordt de toestand geëvalueerd. De patiënt komt opnieuw op consult bij de coördinatievearts, die samen met hem de evolutie bespreekt en nagaat welke vooruitgang is gemaakt. De behandeling kan dan eventueel worden bijgestuurd.

Bij de meeste patiënten is het mogelijk om met psychologische begeleiding hun diverse problemen en eetstoornissen aan te pakken.

Behandeling

“Overgewicht vraagt altijd een multidisciplinaire aanpak”, aldus Dominique Fiévet. “Patiënten met overgewicht die de eerste keer op consult komen, moeten altijd achtereenvolgens - en in de loop van een voormiddag - langsgaan bij een psycholoog, een diëtist(e), een fysiotherapeut en bij mezelf. Vervolgens proberen we de situatie van de patiënt in te schatten, ieder vanuit zijn specifieke invalshoek. De week daarop zie ik de patiënt terug en formuleer ik een concreet behandelingsvoorstel.”

“We starten met een periode van zes weken. Na de eerste oriëntatieconsulten engageert de patiënt zich voor een periode van minstens zes weken. Die startperiode is vooral bedoeld om het veranderingsproces op gang te brengen en wordt nadien in principe verlengd - met zes weken of zelfs drie maanden. De inhoud wordt daarbij telkenmale afgestemd op de behoeften van de patiënt. We hebben ook een programma ontwikkeld voor overgewichtproblemen bij kinderen en adolescenten. Daarbij werken we meteen in blokken van zes maanden; deze behandeling vindt in groep plaats.”

In het Centre du Mieux-Être omvat de behandeling altijd tegelijk drie dimensies: het psychologische aspect, de fysieke revalidatie en het voedingsaspect. Deze drie pijlers hangen onlosmakelijk samen.

Psychologische benadering

Bij de meeste patiënten is het mogelijk om via psychologische begeleiding te peilen naar de psychische problemen en om de diverse eetstoornissen aan te pakken. “We werken aan het herwinnen van het zelfrespect en pakken de obstakels aan die samenhangen met het eetgedrag. We doen niet aan echte psychotherapie, maar we bekijken de ziekte in een breder kader en pakken de malaise van de patiënt aan”, preciseert Dominique Fiévet. “Als een psychotherapeutische aanpak aangewezen lijkt, stellen we die aan de patiënt voor binnen een ander kader.” De psycholoog kan de patiënt ook doen beseffen dat hij echt iets moet doen aan zijn probleem en actief moet meewerken aan de behandeling, ongeacht het type en inclusief chirurgie. Vervolgens kan hij hem ondersteunen bij die aanpak.

“Ook al stellen we geen specifieke psychologische problemen vast, toch stellen we de patiënt altijd voor om nog eens op consult te komen bij de psycholoog, om de pijnpunten op tafel te leggen. Een man op leeftijd die weinig beweging neemt en door al zijn zakenlunchen flink is aangekomen, heeft meestal weinig psychologische problemen. Bij de meeste van onze patiënten liggen de dingen evenwel niet zo eenvoudig, en zelfs dergelijke zakenlui komen er thuis niet altijd makkelijk toe om opnieuw gezonder te leven.”

Weer in beweging krijgen

Het Centrum probeert de patiënten weer in beweging te krijgen binnen de revalidatiedienst, om zeker te zijn dat ze er werk van maken. Het is daarbij niet de bedoeling dat ze drie keer per week komen oefenen in het Centrum, wel om hen te stimuleren om meer te bewegen in het dagelijkse leven. “In de beginfase bieden we hen ook een ‘beschermde’ omgeving waarin ze geen last hebben van nieuwsgierige blikken, onder meer in het zwembad.”

Voedingsaspect

Wat de voeding betreft, vermijdt het Centrum om patiënten drastische diëten opleggen. Er wordt daarentegen gestreefd naar een evenwichtige voeding. Dat gebeurt in een aangepast tempo en met een geschikte maaltijdstructuur. Veel patiënten komen naar het Centrum nadat ze al tal van diëten hebben uitprobeerd. Ze weten ondertussen totaal niet meer wat en hoe ze moeten eten. “We proberen samen met hen na te gaan hoe ze weer een normalere houding kunnen ontwikkelen tegenover voeding. Daarmee starten we. Bij sommigen volstaat die bewustmaking al om wat gewicht te verliezen.”

“Vervolgens verminderen we de totale calorie-inname zonder een al te streng dieet op te leggen. We bouwen daarbij geleidelijk af en doen in feite aan voedingseducatie. De patiënt mag zeker niet het gevoel hebben dat hij moet ‘diëten’. Hij moet op langere termijn gezondere eet- en leefgewoonten aankweken.”

Medicamenteuze en chirurgische behandeling

Bij de behandeling van zwaarlijvigheid laat het Centrum zich in de regel leiden door de aanbevelingen van de consensus van de BASO (Belgian Association for the Study of Obesity). Die publiceerde een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht, die kan worden gedownload op hun website.

Wat houdt de geneesmiddelenbehandeling in? Dr. Fiévet: “In principe schrijven we geen geneesmiddelen voor. Het beschikbare arsenaal is trouwens heel beperkt. Momenteel zijn er nog altijd maar twee geneesmiddelen erkend en geregistreerd als behandeling van obesitas: sibutramine en orlistat. Ze hebben echter een aantal contra-indicaties, en niet alle patiënten reageren er gunstig op. In principe worden ze alleen voorgeschreven als tweedelijnsmiddel en bij patiënten met een BMI $>30 \text{ kg/m}^2$ - of $>27 \text{ kg/m}^2$ als er sprake is van risicofactoren, of comorbiditeit die rechtstreeks samenhangt met het overgewicht. Hoe dan ook, we willen niet in de plaats treden van de behandelend arts. Vandaar dat ik ook altijd een verslag opmaak voor de huisarts.”

Ten slotte moet ook de plaats van chirurgie worden belicht. Dr. Fiévet geeft weliswaar toe dat deze optie absoluut thuishoort bij de behandeling van obesitas, maar benadrukt wel dat ze maar weinig spontane aanvragen binnenkrijgt voor een operatie. “Ik denk dat dit te maken heeft met de multidisciplinaire en langetermijnaanpak van ons centrum.”

Chirurgie is dan ook voorbehouden voor goed geïnformeerde en gemotiveerde patiënten met zware en hardnekkige obesitas. Ze moeten een BMI hebben $>40 \text{ kg/m}^2$ of $>35 \text{ kg/m}^2$ met ernstige comorbiditeit. “Chirurgie valt te overwegen bij patiënten met type 2-diabetes, bij wie gewichtsreductie bijzonder moeilijk is. In dat geval hebben studies een gunstig effect aangetoond op de diabetes. Het betreft vooral gastric bypasses, die zorgen voor evenwichtigere glucosespiegels nog vóór er sprake is van enige vermagering.”

Dr. Fiévet benadrukt ook dat patiënten die zich laten opereren, advies moeten krijgen om hun levensstijl te veranderen en hun hele leven lang gevolgd moeten worden, vooral om eventuele complicaties te vermijden.

Dominique Fiévet benadrukt daarbij dat kandidaten voor een operatie goed moeten beseffen wat hen te wachten staat, en dat het zeker niet om een mirakeloplossing gaat. Vaak wordt dat, al is het impliciet, toch wel verwacht. “Heel wat patiënten komen bij ons terecht na een vroegere operatie. Meestal gaat het daarbij om maagringen in plaats van bypasses. Op lange termijn blijkt de ingreep

geen oplossing te bieden. Ze komen dan bij ons aankloppen in de hoop dat we een alternatief voor hen hebben.”

Resultaten en beperkende factoren Het Centre du Mieux-Être bestaat vandaag drie jaar. Welke resultaten heeft het al bereikt? “Sinds onze start hebben we ongeveer 1.000 patiënten gezien, van wie meer dan 500 voor een gewichtsprobleem. We zouden dat graag in statistieken gieten, maar dat is een enorm werk. De resultaten zijn er, maar momenteel kan ik daar nog geen percentages op plakken. U moet weten dat een gewichtsverlies van 5 à 10% op 2 jaar beschouwd wordt als een goed resultaat: een dergelijke reductie houdt een enorme gezondheidswinst in.”



“We zouden ook graag een enquête organiseren bij onze patiënten, om de beperkende factoren te analyseren.” Eén van die factoren zijn ongetwijfeld de kosten van de behandeling, zo geeft dr. Fiévet zelf toe. Het centrum werkt met forfaitaire tarieven: één forfait voor de multidisciplinaire oriëntatie en één forfait per zes behandelingsweken. De optionele behandelingen worden aangerekend per prestatie. Patiënten die in aanmerking komen voor verhoogde terugbetaling van gezondheidszorg, genieten een lager tarief.

Kandidaten voor een operatie moeten goed beseffen wat hen te wachten staat en dat het zeker niet om een mirakeloplossing gaat.

“Soms zouden we meer willen bieden tegen een lagere prijs”, verzekert dr. Fiévet. “We zijn echter zelf bedruipend en krijgen geen externe subsidies. Het ziekenfonds betaalt een deel van de medische consulten terug. In mijn geval is dat tegen huisartstarief, want een voedingsconsult wordt bij ons niet erkend. Lichaamsoefening wordt bij sommige patiënten met zware aandoeningen beschouwd als kinesitherapie, maar gym en aquagym worden niet terugbetaald. Patiënten met een aanvullende verzekering krijgen een klein deel terug voor de tussentijdse balans, de psycholoog, de diëtist en de langetermijnfollow-up.”

De huisarts is het best geplaatst om de patiënt van een probleem als obesitas bewust te maken. Hij moet daarbij open en eerlijk zijn. Maar uiteraard moet hij de patiënt niet met schuldgevoelens opzadelen.

De rol van de huisarts

De huisarts kan een essentiële rol vervullen bij de behandeling van zwaarlijvigheid, omdat hij een nauwe band heeft met zijn patiënten. “Rond obesitas hangen nog altijd veel taboes”, zegt Dominique Fiévet. “Vanochtend zag ik bijvoorbeeld een patiënte met een BMI van 50. Ze kwam niet voor haar obesitas, maar voor een ander probleem. Haar gewichtsprobleem blijkt momenteel moeilijk bespreekbaar.”

“Om overgewicht bespreekbaar te maken, moet je vaak eerst een vertrouwensband opbouwen. De huisarts heeft op dat vlak een sleutelpositie en is ongetwijfeld dé persoon die bij de patiënt het

besef kan doen groeien dat er effectief sprake is van een probleem. Hij moet daarbij eerlijk zijn en open kaart spelen. Maar tegelijk moet hij de patiënt respectvol benaderen en vermijden om hem op te zadelen met schuldgevoelens.”

Toch geeft dr. Fiévet ook toe dat niet alle huisartsen de tijd hebben om problemen van overgewicht op te volgen, en er ook niet altijd het nodige geduld voor hebben. De huisarts zit in een moeilijke positie: de patiënt verwacht van hem dat hij alle problemen kan oplossen, maar dat is helaas niet mogelijk. Iedereen heeft nu eenmaal zijn eigen expertises en voorkeuren. “Sommige huisartsen pakken zoiets graag zelf aan en doen dat prima, andere behandelen liever geen problemen als overgewicht en zwaarlijvigheid. Wanneer je voelt dat je de problematiek in je eigen praktijk niet goed kunt aanpakken, is het volgens mij nuttig om de patiënt door te verwijzen.”

“In het Centre du Mieux-Être hebben we het enorme voordeel dat we over een team beschikken waarin verschillende expertises aanwezig zijn. Daardoor kun je de krachten bundelen en elkaar ondersteunen. De behandeling van overgewicht en obesitas vind ik boeiend werk, dat altijd verrijkend is. Maar het is vaak ook ondankbaar, want in veel gevallen mislukt de behandeling. En dat is niet makkelijk te verwerken als je alleen opereert.”

Onderhoudt het Centrum goede relaties met de huisartsen in de streek? Dominique Fiévet vindt in ieder geval van wel. Niet dat alles daarom altijd even vlot verloopt. “Zo kreeg ik op de avond van mijn eerste werkdag hier een convocatie van de Orde van Geneesheren, wegens zogezegde concurrentievervalsing. Ik heb mezelf verdedigd en zit hier nog altijd, zoals u ziet. Sindsdien heb ik geen problemen meer gehad. Met sommige huisartsen is de communicatie uitstekend, met andere loopt het wat minder vlot. Na elk oriëntatieconsult en elke balans stuur ik een verslag naar de huisarts. Als ik ergens een probleem mee heb, bel ik hem of haar op. Meestal verloopt het contact dan prima. Sommige patiënten worden naar ons doorverwezen door hun huisarts; dat gebeurt zelfs meer en meer. Telkens als ik de patiënt terugzie, maak ik nadien een verslag op.”

http://www.pr-ide.be/pressroom/uploads/5555_Baso%20guidelines%20NL.pdf