

De nieuwe editie van het congres van de *Belgian Association for the Study of Obesity* (BASO) vond onlangs plaats in een hybride formaat. Met het oog op een nog betere samenwerking tussen de verschillende lijnen presenteerde de BASO haar nieuwe flowchart en een Belgisch platform gewijd aan obesitas. Casestudies, zorgtrajecten en patiëntenverenigingen stonden ook op de agenda! **Caroline Vrancken**



## Graduele zorg bij obesitas

In 2020 produceerde de BASO een consensus voor de juiste zorg bij obesitas. Het is een actueel instrument, maar het telt meer dan 100 pagina's, wat een goed gebruik ervan kan belemmeren. De BASO heeft deze consensus nu samengevat in een praktische flowchart, die op bewijs gebaseerd advies samenbrengt om de beste zorg te bieden voor de patiënt die aan obesitas lijdt.

'In deze flowchart zien we een verandering in de aanpak van obesitas: waar vroeger werd gedacht dat obesitas vooral te wijten was aan een gebrek aan wilskracht en hoofdzakelijk een gewichtsprobleem was, zien we nu dat er een wetenschappelijke basis achter obesitas zit, en dat er een heel evenwicht is rondom het gewicht, dat niet altijd onze wilskracht volgt', legt prof. Van der Schueren uit.

Overgewicht en obesitas zijn een wereldwijd probleem. In België heeft één op de twee mensen last van overgewicht en bijna één op de vijf volwassenen lijdt aan obesitas. Het is een epidemie van chronische aandoeningen die een stapsgewijze aanpak vereisen. Het is immers onmogelijk om alle patiënten in gespecialiseerde centra te behandelen, dus eerstelijnsinterventie is van cruciaal belang. 'Het is belangrijk de eerste lijn te ondersteunen in de aanpak van obesitas, en te weten wanneer het nodig is de patiënt door te verwijzen naar de tweede of derde lijn, of naar obesitasklinieken en -specialisten.'

'Obesitas is geen homogene aandoening, en we moeten een idee hebben van de graad van obesitas om te weten wat het interventieniveau zal moeten zijn, en of het nodig is een farmacotherapie op te starten of eerder voedingsadvies te geven of zelfs een operatie uit te voeren.'

Tegenwoordig vinden we allerlei patiënten in centra voor obesitas, maar zij hebben niet allemaal gespecialiseerde zorg nodig. Bovendien wordt de huisarts er niet altijd bij betrokken en worden patiënten soms naar een ziekenhuis verwezen zonder te weten of zij gespecialiseerde hulp nodig hebben. 'Onze capaciteit om de patiënten te behandelen is totaal achterhaald... Er is echt behoefte aan een capaciteitsopbouw, zodat de patiënten correct kunnen worden behandeld. En dat is vandaag niet het geval.' Deze capaciteitsopbouw zou moeten gebeuren via stratificatie, waarbij alleen de patiënten die echt gespecialiseerde hulp nodig hebben naar een adequaat centrum komen. We moeten eerder handelen en comorbiditeiten sneller herkennen, met een vroegtijdige screening op eventuele comorbiditeiten. Zo kan de ernst van de ziekte worden gestratificeerd (EDMONTON OBESITY STAGING SYSTEM - EOSS) en kunnen de patiënten zorg op maat krijgen.

### De flowchart in de praktijk

In de flowchart is de eerste vraag of het verzoek rechtstreeks van de patiënt komt. Soms aarzelen patiënten om overgewicht of obesitas met hun huisarts te bespreken en vaak geven zij zichzelf de schuld van de ziekte. 'Als je overgewicht en obesitas wilt aanpakken, is het belangrijk de patiënt te vragen wat hij denkt, en welke verwachtingen hij heeft over hoe we hem zouden kunnen helpen.'

Wanneer de patiënt wil meewerken, moeten bepaalde aspecten worden gecontroleerd, zoals de door de patiënt genomen geneesmiddelen, omdat die heel vaak een factor

Tabel 1: GENEESMIDDELEN DIE OBESOGEEEN KUNNEN ZIJN

Categorie	Klasse	Naam	Alternatieve therapie
Antidiabetica	Insuline	Insuline	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Metformine</b></li> <li>• <b>GLP-1-analogen:</b> exenatide, liraglutide, dulaglutide, lixisenatide, semaglutide</li> <li>• <b>Acarbose</b></li> <li>• <b>Gliflozinen (SGLT-2 inhibitoren):</b> canagliflozine, dapagliflozine, empagliflozine, ertugliflozine</li> <li>• <b>Gliptinen (DPP4 –inhibitoren):</b> alogliptine, linagliptine, sitagliptine, saxagliptine, vildagliptine</li> <li>• <b>Combinatietherapie:</b> Pioglitazon + metformine, Glipizide + metformine, Glibenclamide + metformine</li> </ul>
	Glitazonen	Pioglitazon	
	Hypoglycemiërende sulfamiden	Glimepiride, Glipizide, Gliclazide, Glibenclamide	
	Gliniden	Repaglinide	
Antidepressiva	Tricyclische antidepressiva	Amitriptyline, Imipramine, Nortriptyline	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SNRI's:</b> Duloxetine, Venlafaxine (variabel effect op gewicht)</li> <li>• <b>Noradrenaline- en dopamine-heropnameremmers:</b> Bupropion</li> <li>• <b>Direct werkend op de neuroreceptoren:</b> Trazodon</li> <li>• <b>SSRI's:</b> Fluvoxamine (variabel effect op gewicht), fluoxetine, sertraline</li> </ul>
	Direct werkend op neuroreceptoren	Mirtazapine	
	MAO-inhibitoren	Fenelzine	
	SSRI's	Paroxetine, Citalopram, Escitalopram	
	Lithium	Lithium	
Antipsychotica		Haloperidol, Clozapine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Sertindol, Paliperidon, Chloorpromazine	Aripiprazol (variabel effect op gewicht)
Anti-epileptica		Valproïnezuur, Carbamazepine, Gabapentine, Pregabaline	Topiramaat, Zonisamide, Lamotrigine
Corticosteroiden	Orale, nasale, ... preparaten	Prednison, Prednisolon, Cortisone	NSAID's
Hormoonvervangende therapie	Progestogenen*		
Antihistaminica		Difenhydramine	Voorkeur voor weinig sederende H1-antihistaminica
Bèta-blokkers		Propranolol, Metoprolol, Atenolol	ACE inhibitoren, Angiotensine II receptor blokkers, Calcium kanaal blokkers (vochtretentie), Timolol, Acebutolol
Antihypertensiva	Centraal werkend	Clonidine	ACE inhibitoren, Angiotensine II receptor blokkers, Diuretica, Prazosin

\*Het beschikbare bewijs over het effect van combinatieformules op het gewicht is onvoldoende (Gallo et al., 2014).  
Ref.: Gallo et al., 2014; Domecq et al., 2015; Endocrine Society; 2015; Lopez et al., 2016; Grootel et al., 2018; Wharton et al., 2018; Rueda-Clausen et al., 2020.

vormen in de gewichtstoename van de patiënt (tabel 1). 'In de flowchart is er een hele tabel met geneesmiddelen opgenomen die gewichtstoename kunnen veroorzaken, zoals antipsychotica of antidepressiva.'

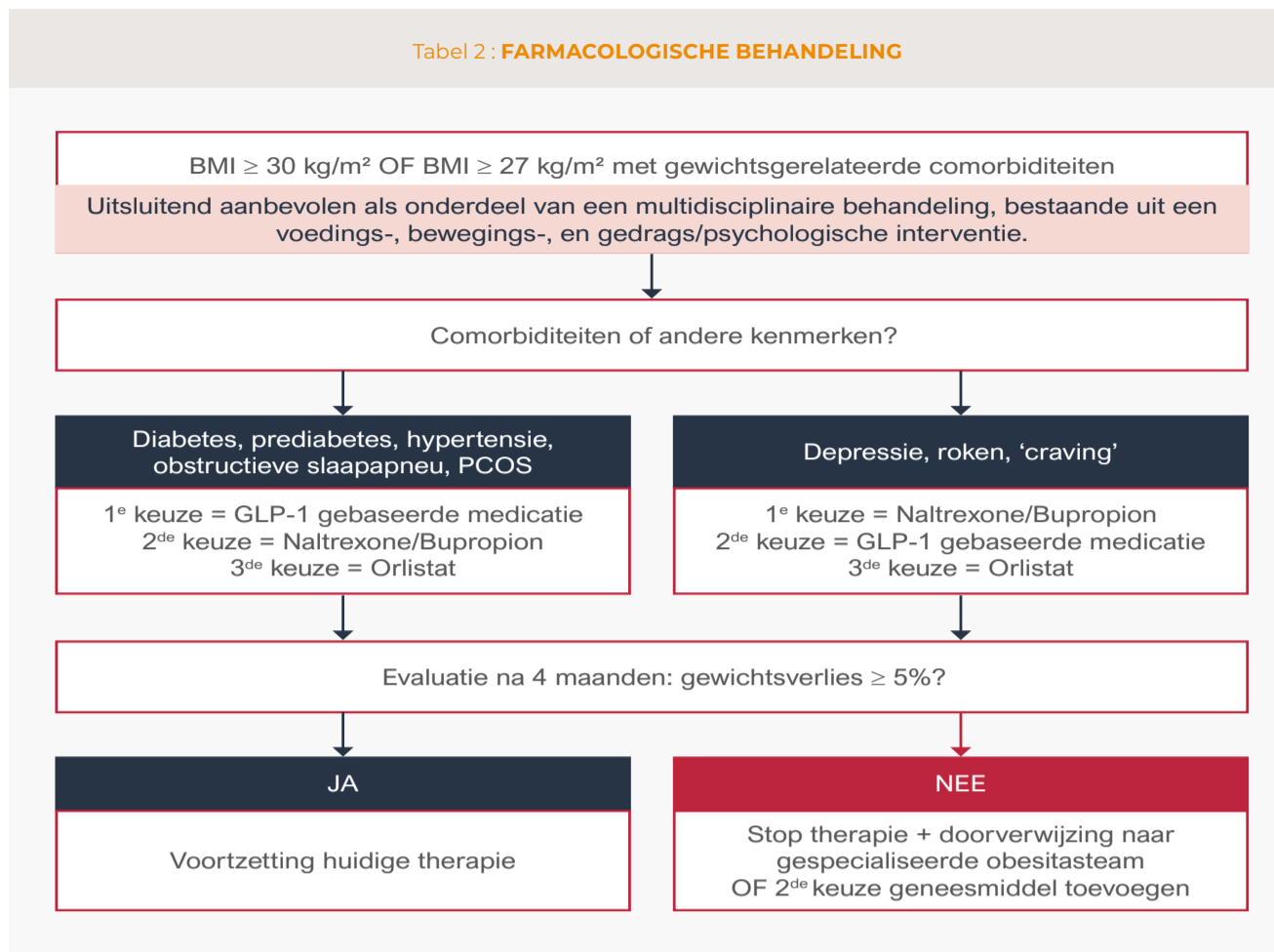
Bovendien is het absoluut noodzakelijk een metabole balans op te maken, via een bloedonderzoek, om 'gezonde' obesitas te onderscheiden van mogelijk ernstige gevallen, gevolgd door een volledig lichamelijk onderzoek (antropometrie, bloeddruk, cardiovasculair risico, levergezondheid enz.).

Deze onderzoeken maken het mogelijk de ernst van de obesitas te analyseren en deze aandoening te stratificeren. 'Daarvoor gebruiken we het Edmonton Obesity Staging System (EOSS, van 0 tot 4), dat in België nog niet goed bekend is. De stratificatie is voornamelijk gebaseerd op de medische risico's, maar ook op de fysieke en psychologische symptomen, en de functionele beperkingen.'

Afhankelijk van het stadium van de obesitas zal ofwel de eerste lijn worden ingeschakeld, eventueel met hulp (psycholoog, voedingsdeskundige enz.), ofwel de patiënt moeten worden doorverwezen, met behoud van de coördinatie door de huisarts. Indien echter een medische oorzaak wordt vermoed, is het raadzaam de patiënt rechtstreeks naar een specialist te verwijzen. In geval van EOSS 3-4 moet het gespecialiseerde team bestaan uit een endocrinoloog, een bariatrisch chirurg, een psycholoog, een diëtist en een kinesitherapeut.

Bij een patiënt met een BMI van 30 of meer, of een patiënt met een BMI van 27 of meer met gewichtsgerelateerde comorbiditeiten, rijst de vraag naar farmacologie. De flowchart bevat de verschillende farmacologische behandelingsmogelijkheden naargelang de kenmerken van de patiënt (tabel 2). Opgemerkt zij dat na vier maanden een balans moet worden opgemaakt van de behandeling om te zien of de patiënt ten minste 5% van zijn lichaamsgewicht

Tabel 2 : FARMACOLOGISCHE BEHANDELING



heeft verloren. Zo niet, moet de farmacologische behandeling worden stopgezet of aangepast.

De huisarts vervult ook een rol na een bariatrische operatie:

- De patiënt aanmoedigen om naar de vervolgraadplegingen bij het multidisciplinaire team te gaan
- Uitvoering van het tweemaaljaarlijkse bloedonderzoek
- Voortdurende controle/screening op comorbiditeiten of complicaties
- Preventie van gewichtstoename

*'Obesitas moet worden gezien als een heterogene aandoening: niet alle patiënten moeten naar een obesitaskliniek gaan voor hulp. We moeten absoluut de eerstelijns hulp verbeteren. We moeten vooral deze aandoening stratificeren en in kaart brengen', besluit prof. Van der Schueren.*

Bron: Gebaseerd op een presentatie van prof. B. Van der Schueren (BASO - UZ Leuven) – BASO 2022.

## Graduele zorg geïllustreerd aan de hand van een klinische casus

**Caroline, 23 jaar, studente rechten, zoekt hulp omdat ze zich 'slecht in haar vel' voelt. Zij past niet meer in haar kleren en maakt zich zorgen over haar gezondheid, omdat zij aan kortademigheid lijdt en beperkt is in bepaalde activiteiten. Deze casus beschrijft de evolutie van de jonge vrouw en de bijdrage van holistische zorg.**

### Beschrijving van de casus

Caroline klaagt over vermoeidheid, kortademigheid bij inspanning en snurken. Zij lijdt sinds haar kindertijd aan overgewicht en heeft verschillende pogingen gedaan om af te vallen, voornamelijk door middel van beperkende diëten. Haar huidige gewichtstoename is verergerd sinds ze op kot zit. Omdat het haar prioriteit is te slagen in haar studie, heeft ze een zittende levensstijl aangenomen en gaat ze vrij laat naar bed. Al haar familieleden hebben last van overgewicht. Zij is 1,70 m lang en weegt 98 kg, wat overeenkomt met een BMI van 33,9 kg/m<sup>2</sup>. Zij lijdt dus aan obesitas graad 1. Bovendien heeft zij een buikomvang van 98 cm, terwijl de drempel voor vrouwen 88 cm is. Voor het overige is het klinisch onderzoek normaal.

Uit de biologie blijkt een ijzertekort en een laag vitamine D-gehalte. Het meest opvallend is een verhoging van de transaminasen, die a priori wordt toegeschreven aan een steatose.

### Aanvankelijke zorg

In het geval van Caroline zijn de lichamelijke symptomen, afgezien van een mogelijke steatose, mild en zijn er geen duidelijke psychologische gevolgen. Toch tast de obesitas haar welzijn aan, met enkele functionele beperkingen. Volgens het Edmonton Obesity Staging System heeft Caroline een EOSS 1 en moet zij door haar huisarts worden behandeld. Zij moet passend advies krijgen voor veranderingen in



haar levensstijl en worden doorverwezen naar een diëtist, kinesitherapeut en psycholoog. De huisarts moet zorgen voor de coördinatie, motivatie en opvolging.

### Dieetbalans

Caroline eet heel snel, meestal achter haar computerscherm. Zij heeft een slechte perceptie van verzadiging, en maakt geen onderscheid tussen honger en trek.

Haar ontbijt is niet evenwichtig en bestaat uit cornflakes of chocoladekoeken, 's middags gaat ze een belegd broodje kopen in een fastfoodrestaurant en 's avonds kookt ze weinig, ze besteedt dan liever haar tijd aan studeren. Ze eet veel pasta, weinig groenten, veel vet en zeer grote porties. Bovendien drinkt ze light frisdrank en alcohol, en eet ze 's avonds snacks. Haar calorie-inname wordt geschat op 2800-3000 Kcal/dag.

De aanpak die de diëtist aan Caroline voorstelt, is erop gericht haar aan te moedigen bewust te eten door niet achter haar pc-scherm te blijven zitten, haar totale energie-inname te verminderen, de kwaliteit op haar bord te verhogen en de grootte van haar porties te verminderen.

### Psychologische balans

De evaluatie van Caroline wijst op emotioneel eten, een laag gevoel van eigenwaarde, een negatieve urgentie, d.w.z. een hoge impulsiviteit ten aanzien van negatieve emoties, en een cognitieve beperking, d.w.z. de wil om de voedselinname te verminderen om gewicht te verliezen, ongeacht de voedselsensaties. Deze cognitieve beperking leidt tot afwisselende perioden van onthouding en verlies van controle over eten. Er zij echter op gewezen dat Caroline zeer gemotiveerd is om af te vallen.

Caroline lijdt onder de vergelijking met een 'perfecte' zus, wat heeft geleid tot een laag zelfbeeld en een sterke faalangst. De angst en faalangst zijn overigens versterkt sinds zij op de universiteit zit.

Caroline beschikt echter over veel hulpmiddelen: haar motivatie, haar vermogen tot introspectie, de steun van haar vriend en haar entourage...

### Fysieke balans

Tijdens een eerste sessie heeft de kinesitherapeut Caroline het belang en de voordelen van lichaamsbeweging uitgelegd. Hij heeft haar hoge graad van zittend gedrag vastgesteld en haar geschiedenis van lichaamsbeweging, het aantal stappen dat zij per dag zet, mogelijke gewrichtspijn, kortademigheid en vermoeidheid beoordeeld. Hij heeft tests afgenomen en haar een geïndividualiseerd bewegingsprogramma voorgesteld.

### Enkele maanden later

Caroline is 3 kg afgevallen in 3 maanden. Ze is blij, maar niet tevreden met de mate van gewichtsverlies. Haar arts schrijft haar Saxenda voor in oplopende dosissen tot 2,4 mg/d. Drie maanden later woog zij 90 kg, wat overeenkomt met een verlies van 5 kg, oftewel meer dan 5% van haar gewicht in 3 maanden.

### Een jaar later

Caroline is uit het oog verloren en komt 1 jaar later opnieuw op raadpleging. Zij weegt nu 110 kg, wat overeenkomt met een BMI van 38,1 kg/m<sup>2</sup>. Zij lijdt aan kniepijn en vindt dat haar levenskwaliteit ernstig is aangetast. Haar biologie toont verhoogde leverenzymen, maar ook verhoogde triglyceriden en geglyceerd hemoglobine, wat bijna overeenkomt met beginnende type 2-diabetes.

Zij heeft een EOSS 2, en moet worden doorverwezen naar een gespecialiseerd team, aan wie zij de mogelijkheid vraagt om een bariatrische operatie te ondergaan.

### Vorbereiding op de operatie

Op basis van haar voedingsprofiel kiest de chirurg voor een gastrische bypass.

De aanwezigheid van een contra-indicatie voor de operatie werd uitgesloten, maar in het geval van Caroline is het niettemin noodzakelijk te onderzoeken waarom Caroline uit het oog werd verloren en te werken aan bepaalde aspecten die tot slechtere postoperatieve resultaten zouden kunnen leiden: preoperatieve impulsiviteit, emotioneel eten, en haar zeer hoge verwachtingen die haar in een passieve positie plaatsen waarin een operatie de magische oplossing is.

### Drie maanden na de ingreep

Caroline is 15 kg afgevallen. Ze eet 25% van wat ze vroeger at. Ze klaagt over kouwelijkheid en discrete haaruitval. Ze heeft geen spijsverteringsklachten meer, ze klaagt niet meer over kniepijn of kortademigheid, en haar levenskwaliteit is verbeterd.

Bij haar bloedonderzoek blijft haar ferritinegehalte laag. Het gehalte geglyceerd hemoglobine is duidelijk verbeterd, het triglyceridengehalte is genormaliseerd en de leverenzymen zijn bijna genormaliseerd. Het pre-albuminegehalte is wat laag, maar het albuminegehalte is normaal.

De evolutie van Caroline is positief. Ze heeft haar eetgewoonten veranderd en houdt zich daaraan. Ze heeft geen spijt van de operatie en heeft geen psychische klachten. Haar zelfvertrouwen is toegenomen en ze laat zich makkelijker gelden. Toch zal zij het eerste jaar om de drie maanden en daarna om de 6 tot 12 maanden moeten worden gezien.

Opvolging op lange termijn is uiterst belangrijk. In dit kader speelt de huisarts een cruciale rol bij de bewustmaking, de zorg of de doorverwijzing naar het bariatrische team in geval van complicaties die zich lange tijd na de ingreep kunnen voordoen.

Bron: Gebaseerd op een presentatie van JP. Thissen (endocrinoloog, UCLouvain), M. Barea (diëtist, ULB Erasme), N. Daouda (kinesitherapeut, ULB Erasme) en E. ER (psycholoog, UZLeuven).

## Adipositas Pact: de stem van Belgische obesitaspatiënten

**De Stichting voor de rechten van mensen die leven met obesitas in België (Pacte Adiposité - Adipositas Pact ; PA-AP) werd opgericht in februari 2021 en wil de stem van Belgische patiënten laten horen met een op bewijs gebaseerde aanpak voor de preventie, de behandeling van en de voortdurende zorg bij obesitas.**

Tegenwoordig wordt obesitas erkend als een chronische ziekte, waarvoor de patiënt niet langer alleen verantwoordelijk is. Ondanks de vooruitgang in de behandeling van de aandoening hebben patiënten nog veel onvervulde behoeften, en PA-AP vecht om een verschil te maken.

De stichting richt zich op 3 hoofdprioriteiten:

#### 1. Categoriëring

Erkenning van obesitas als chronische ziekte, zoals gedefinieerd door de WGO.

#### 2. Transformatie

Transformatie van het Belgische beleids- en regelgevingskader om obesitaspatiënten in staat te

stellen een weloverwogen keuze te maken en betaalbare toegang tot behandeling te krijgen.

### 3. Vorming

Beleidsmakers, de media, op nationaal, communautair en lokaal niveau, alsmede gezondheidswerkers, werkgevers en mensen met obesitas bewust maken van de holistische aspecten van deze biologische ziekte en de verschillende manieren om er gedurende het hele leven mee om te gaan.

### Hoe kan ik als gezondheidswerker bijdragen?

Tijdens haar uiteenzetting herinnerde Jacqueline Bowman-Busato ons eraan dat zorgverleners de situatie voor patiënten kunnen helpen verbeteren, **op korte termijn**, bijvoorbeeld door PA-AP op te nemen aan de beleidstafel, **op middellange termijn**, door met patiënten en hun familieleden samen te werken om de biologische aspecten van obesitas beter te begrijpen, en **op lange termijn**, door ervoor te pleiten dat de diagnose, de behandeling en het langetermijnbeheer van obesitas - naast de BMI - worden opgenomen in medische onderzoeken.

Bron: Gebaseerd op een presentatie van J. Bowman-Busato (Belgian Foundation for the Rights of People Living with Obesity) – BASO 2022.

## Voorstelling van het Obesity Platform Belgium

**'De BASO is een wetenschappelijke organisatie, maar we hebben ook vastgesteld dat onze wetenschappelijke aanpak moet worden begrepen door politici en het grote publiek', legde prof. Van der Schueren uit bij de voorstelling van een nieuw Belgisch obesitasplatform. 'We wilden ook andere actoren betrekken bij een nieuwe structuur die meer druk kan uitoefenen op politici, zodat obesitas serieus wordt genomen en als een chronische ziekte wordt beschouwd.'**

Met die visie is het Obesity Platform Belgium ontstaan. 'We brengen mensen uit alle lagen van de bevolking samen: endocrinologen, patiënten, gynaecologen, psychiaters enz. om de autoriteiten uit te leggen dat we echt respect willen voor de rechten van de patiënt en betere zorg. Wij willen ook dat de autoriteiten weten dat wij een gesprekspartner zijn, dat er in ons platform een aanspreekpunt is. (...) Wat wij vooral willen is de samenwerking tussen de verschillende belanghebbenden stimuleren.'

De missie van het platform is beleidsmakers te ondersteunen bij het verbeteren van de toegang tot gestructureerde, op wetenschappelijk bewijs gebaseerde zorg op een kosteneffectieve manier en het verhogen van de kwaliteitsnormen van de zorg. Het platform wil de vooroordelen en het stigma in verband met obesitas wegnemen en de verschillende actoren informeren over de aard van de ziekte en de behandelingsmethoden. Door deze verandering in het discours krijgen mensen met obesitas toegang tot dezelfde medisch noodzakelijke en gedekte zorg als andere mensen met chronische ziekten. 'We willen de klinische zorg en het begrip van de ziekte verbeteren, met een solide wetenschappelijke basis, en we willen een gestratificeerd model voor mensen met obesitas.'

Het eerste actiepunt op de agenda van het platform is de ontwikkeling van voorstellen voor gefaseerde zorgtrajecten voor kinderen en volwassenen met obesitas. Deze voorstellen zullen de basis vormen voor een dialoog met het RIZIV en andere beleidsmakers. 'Door dit probleem gecoördineerd aan te pakken en met één stem te spreken, kunnen de voorstellen van het platform krachtiger worden uitgedragen en zullen ze meer impact hebben op het beleid.'

Het Obesity Platform Belgium staat open voor iedereen die de multidisciplinaire aanpak van obesitas in België wil

bevorderen door zich aan te sluiten bij de missie en visie van het Obesity Platform. Met of zonder financiële steun. 'We willen een zo groot mogelijke gemeenschap van ambassadeurs'.

Bron: Gebaseerd op een presentatie van prof. B. Van der Schueren (BASO - UZ Leuven) – BASO 2022.

## Zorgtrajecten bij obesitas

**Een zorgtraject organiseert en coördineert de zorg, behandeling en opvolging van een patiënt met een chronische ziekte op basis van samenwerking tussen de patiënt, de huisarts en de specialist. Waar staan we, na de succesvolle ervaring met trajecten voor diabetes en nierfalen, met obesitas?**

Volgens dr. B. Demytternaere zijn de Sciensano-rapporten zeer duidelijk: zorgtrajecten werken ontegensprekelijk en verbeteren de contacten tussen patiënten en beroepsbeoefenaars, alsook de kwaliteit en de continuïteit van de zorg. Moeten we daarom naar een zorgtraject voor obesitas toe werken? Het antwoord op die vraag is ja, maar er is nog een lange weg te gaan...

### Waarom een zorgtraject voor obesitas?

Momenteel 'is onze zorg heel goed, onze zorgverleners zijn ook heel goed, maar het is de organisatie van de zorg die nog steeds problematisch is'. Het is de structuur van de staat die een probleem vormt. In België hebben we een zeer complex systeem en zitten we met een versnippering van bevoegdheden.'

In de eerste lijn is multidisciplinariteit te weinig aanwezig. 'Op lokaal niveau werken we goed samen, maar alles is versnipperd, er is veel variatie tussen de regio's, en het is ook niet altijd goed gestructureerd/omkaderd.' Bovendien is de vergoeding voor dieetinterventies beperkt tot kinderen. De vergoeding voor psychologische zorg verbetert, maar er is nog een lange weg te gaan. Obesitas is een complexe aandoening om te behandelen en er is een goede coördinatie van de zorg nodig. In België 'hebben we geen geïnstitutionaliseerd zorgsysteem, en het is tijd om daartoe te komen'.

In de tweede lijn zijn er heel wat ziekenhuizen met een obesitaskliniek, maar die werken niet noodzakelijk op dezelfde noch op een actuele manier.

Een goede synergie tussen de verschillende lijnen is ook cruciaal, maar ontbreekt op sommige plaatsen.

Op het gebied van bariatrische chirurgie zouden veel aspecten beter kunnen worden aangepakt:

- De soms te korte periode tussen het opnemen van contact en de initiatie van een operatie;
- Tot 50% van de patiënten heeft geen optimale opvolging in het eerste jaar na een operatie;
- Noodzaak van preoperatieve multidisciplinaire beoordeling;
- Te slechte registratie van gegevens;
- Veel ingrepen moeten opnieuw worden gedaan.

### Naar een zorgtraject voor obesitas

Er zijn veel aspecten van obesitaszorg die voor verbetering vatbaar zijn. Een zorgtraject lijkt essentieel, maar daarvoor moeten veel zaken worden aangepakt.

Momenteel wordt een zorgtraject voor obesitas bij kinderen opgezet en de eerste vergaderingen van de werkgroep vonden plaats in mei 2022. Dr. Demytternaere concludeert dat tegen 2024 een project voor volwassenen zou moeten worden ontwikkeld. ■

Bron: Gebaseerd op een presentatie van dr. B. Demytternaere (directeur Medisch Beleid en coördinator van de studiedienst, Mutualité Socialiste) - BASO 2022.