

Richtlijnen voor zorgverleners met dikke patiënten

DIKKE
VINGER

Dit is een vertaling van de NAAFA
[Guidelines for Healthcare Providers
with fat clients.](#)

Dikke Vinger heeft deze brochure
vertaald met goedkeuring van [NAAFA](#).



DIKKE
VINGER

INHOUDSTAFEL

Introductie	2
Waarom is dit belangrijk voor zorgverleners?	3
Dit is wat u kan doen	10
Referenties	23
Resources	28
Resources voor kinderen	30
Over deze brochure	30

INTRODUCTIE

Als zorgverlener krijgt u te maken met mensen die een diversiteit aan lichaamsvormen en -omvang vertonen, inclusief mensen met een hoger gewicht. De huidige medische aanbevelingen voor mensen met een hoger gewicht zijn u waarschijnlijk bekend, maar u bent zich er misschien nog niet van bewust dat er ernstige bedenkingen bestaan over deze aanbevelingen.

Mensen die in onze maatschappij niet voldoen aan de esthetisch of medisch gedefinieerde categorieën van een 'aantrekkelijk' of 'gezond' gewicht worden gestigmatiseerd. Vetfobie komt daardoor de laatste jaren veel vaker voor, wat resulteert in de onderdrukking van dikke mensen, o.a. in de vorm van cultureel imperialisme (bv. de afwezigheid van dikke mensen in films), vooroordelen, stigma, discriminatie, pestgedrag en geweld.

Een omgeving die bijdraagt aan de onderdrukking van dikke mensen wordt ook wel een 'adipofobogene' omgeving genoemd. (1) Het is ondertussen helaas duidelijk dat huidige medische aanbevelingen die focussen op het gewicht van een patiënt, soms met uitsluiting van alle andere factoren, niet helpen en ook 'adipofobogeen' zijn. Dat betekent dat ze bijdragen aan de onderdrukking van dikke mensen, net zoals negatieve opvattingen en vooroordelen van zorgverleners naar dikke mensen toe dat ook doen.

WAAROM IS DIT BELANGRIJK VOOR ZORGVERLENERS?

We weten ondertussen al een tijdje dat onderdrukking schadelijke psychologische gevolgen heeft.

Tegenwoordig is er aanzienlijk bewijs dat aantoont dat onderdrukking van dikke mensen een negatieve impact heeft op de fysieke gezondheid, onafhankelijk van het eigenlijke lichaamsgewicht.

Bijvoorbeeld:

- Chronische ontevredenheid met gewicht voorspelt het begin van Diabetes Mellitus Type 2 (2)
- Geïnternaliseerde vooroordelen over gewicht worden geassocieerd met een grotere kans op metabool syndroom en hoge triglyceriden (3)
- Waargenomen gewichtsdiscriminatie voorspelt het risico op metabole ontregeling, glucosemetabolisme en ontstekingen (4)
- Stigma op basis van gewicht resulteert in hypercortisolisme en oxidatieve stress (5)

Een integraal onderdeel van de huidige medische aanpak van lichaamsgewicht is om de BMI van patiënten te berekenen en hen erop te wijzen als ze binnen de categorie 'overgewicht' of 'obesitas' vallen. Deze strategie wordt tegenwoordig in vraag gesteld, omdat er aanzienlijk bewijs is waaruit blijkt dat deze labels geen gezondheids-bevorderend gedrag of gewichtsverlies bevorderen. Daarnaast berokkenen deze stigmatiserende labels behoorlijk wat schade.

Wanneer iemand het label 'overgewicht' opgeplakt krijgt – ongeacht hun werkelijke gewicht – wordt dat volgens onderzoek geassocieerd met verhoogde lichaamsontevredenheid, geïnternaliseerd gewichtsstigma, negatief affect en verminderde waargenomen gezondheid. (6)

Mensen labelen met 'overgewicht' voorspelt ook een ontregeling van het cardiovasculair, ontstekings- en metabool functioneren (7) en van bloeddruk (8), onafhankelijk van het werkelijke gewicht.

Bovendien zijn er aanwijzingen dat er een direct oorzakelijk verband bestaat tussen stigmatisering en gewichtstoename, met of zonder veranderingen in eetgedrag als mediator. (9-11) Ironisch genoeg is de 'adipofobogene' omgeving in feite een 'obesogene' omgeving: een vetfobische omgeving maakt mensen dikker.

In een praktijk waarin het gewicht centraal staat, wordt een aanzienlijk deel van de patiënten in de gezondheidszorg ten onrechte over- of onderbehandeld. Meer dan 50% van de mensen met een BMI van 25 tot 29 en 30% van de mensen met een BMI van 30 en meer zijn metabolisch gezond. Omgekeerd is bijna 25% van de mensen met een BMI van 18 tot 25 metabolisch ongezond. (12) Als we deze cijfers extrapoleren, heeft de BMI als test voor een slechte metabole gezondheid een fout-positief percentage van meer dan 51% en een fout-negatief percentage van bijna 18%. Deze percentages zijn onaanvaardbaar hoog voor eender welke medische test.

Misschien bent u ook op de hoogte van de aanzienlijke hoeveelheid bewijsmateriaal dat zich verzamelt over de 'obesitasparadox'. Onderzoeken uit verschillende landen hebben aangetoond dat het sterftecijfer voor mensen met een BMI tussen 25 en 29 lager is en dat er geen verhoogd sterfterisico is voor mensen met een BMI tussen 30 en 34. Bovendien zijn er een aantal aandoeningen waarbij mensen met een BMI van 30+ een lager sterftecijfer hebben, zoals slagaderverkalking (13), hoge bloeddruk, hartfalen (14, 15), percutane revascularisatie, coronaire bypassoperatie, perifere arterieel vaatlijden, doorverwijzingen naar echocardiografie, en comorbide CVD en T2DM. (16-22)

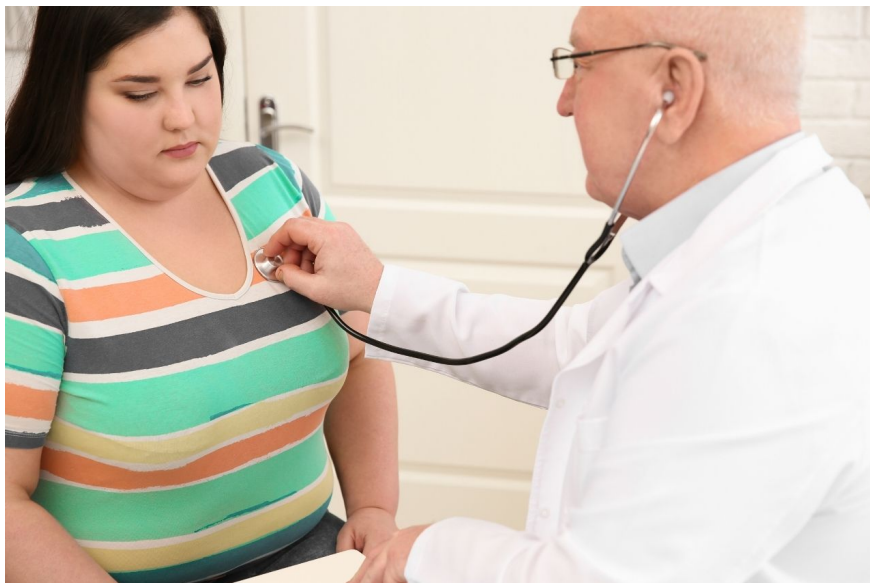
Het is dus duidelijk dat een hoger gewicht zowel positieve als negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid. Zoals Ernsberger en Haskew (1987) al tientallen jaren geleden opmerkten: "... het is niet langer gepast om obesitas als een ziekte te beschouwen als het zowel voordelen als gevaren heeft." (23) Een 'obesitasparadox' is slechts een paradox in een adipofobe omgeving.

De huidige 'adipofobogene' omgeving die de onderdrukking van dikke mensen ondersteunt en zorgvragers weegt, labelt en stigmatiseert omwille van hun gewicht, is onnauwkeurig, ondoeltreffend en iatrogeen. De 'strijd tegen obesitas' is zelf een negatieve determinant van gezondheid. (24-27) Het is geen wetenschappelijk onderbouwde of ethische benadering van gezondheidszorg.

De onderdrukking van dikke mensen vermindert uw vermogen als zorgverlener om de hoogste kwaliteit van zorg te bieden aan dikke mensen. Zij ervaren heel wat barrières wanneer ze adequate en passende gezondheidszorg zoeken, en veel dikke mensen vermijden preventieve gezondheidszorg en medische behandeling. Zorgverleners spelen een belangrijke rol om de ongelijkheid op gezondheidsgebied als gevolg van de onderdrukking van dikke mensen te verminderen.

Pogingen om gewicht te verliezen hebben een extreem lage kans op blijvend succes: tot 95% van de mensen komen binnen twee tot vijf jaar al hun verloren gewicht weer bij en tot tweederde komen meer gewicht bij dan ze verloren hebben. (28) Zouden we ons dan niet beter kunnen richten op de werkelijke klachten van mensen, zonder te proberen hun lichaamsomvang te veranderen? Dit concept wordt gewichtsinclusiviteit genoemd. Hoe zou uw praktijk veranderen als die gewichtsinclusief zou zijn in plaats van gefocust op gewicht?

Om de hoogste kwaliteit van zorg voor dikke mensen te leveren en dikke patiënten te ondersteunen in het omgaan met de unieke uitdagingen van hun lichaam, is het nodig dat de expertise van dikke mensen gecentreerd wordt. Zij kunnen u meer leren over de onderdrukking in hun leven, hun veerkracht, vaardigheden en oplossingen, en hoe zorgverleners hun welzijn kunnen ondersteunen. (29) Als een mensenrechtenorganisatie die de noden van dikke mensen uitdraagt, biedt NAAFA (en ook Dikke Vinger) de volgende strategieën aan, zodat u de best mogelijke zorg kan bieden aan uw dikke patiënten en kan helpen om ongelijkheid op gezondheidsgebied als gevolg van onderdrukking van dikke mensen te verminderen.



DIT IS WAT U KAN DOEN

Let op uw taalgebruik

Vraag aan uw patiënten welke term zij het liefst gebruiken om zichzelf te beschrijven. Sommige mensen geven de voorkeur aan de term 'dik', zoals NAAFA en Dikke Vinger. Andere mensen geven de voorkeur aan termen als 'fors' of 'met een hoger gewicht'. Zeer weinig mensen voelen zich goed bij de term 'overgewicht' en bijna niemand geeft de voorkeur aan 'obees'. Zoals eerder vermeld hebben dergelijke labels schadelijke gevolgen en daarnaast zien veel mensen de termen 'overgewicht' en 'obesitas' als microagressies. Als u dit niet met uw patiënten bespreekt, kan het gebruik van dergelijke termen onbedoeld schade toebrengen aan uw relatie met hen.

Gebruik de aanpak van Health At Every Size[®]

Maak uzelf vertrouwd met de aanpak van Health at Every Size[®] (HAES[®]) (30) en integreer die op de juiste manier in uw praktijk. HAES is een social justice benadering om acties en levensomstandigheden te verbeteren die de gezondheid en het welzijn van mensen bevorderen, ongeacht hun omvang. Wanneer u als zorgverlener HAES toepast, focust u zich op:

- **Gewichtsinclusiviteit**

De inherente diversiteit aan lichaamsvormen en -maten respecteren en waarderen, zonder een specifiek gewicht te idealiseren of te pathologiseren.

- **Gezondheidsbevordering**

Gezondheidsmaatregelen ondersteunen die de toegang tot informatie en diensten verbeteren, en zorgpraktijken uitoefenen ter verbetering van het welzijn van de mens (waaronder aandacht voor fysieke, mentale, sociale, spirituele, economische en omgevingsgezondheid) en het welzijn van individuen en gemeenschappen.

- **Respectvolle zorg**

Onze vooroordelen erkennen; helpen om gewichtsdiscriminatie, stigma en vooroordelen over gewicht te beëindigen; informatie en diensten verstrekken vanuit het besef dat sociaaleconomische status, ras, geslacht, seksuele geaardheid, leeftijd en andere identiteiten een invloed hebben op gewichtsstigma; een omgeving ondersteunen die deze ongelijkheden aanpakt.

- **Goed eten**

Flexibel en geïndividualiseerd eten bevorderen op basis van interne hongersignalen, verzadiging, genot, eetlust en individuele voedingsbehoeften, in plaats van een extern gereguleerd eetplan of dieet om gewicht onder controle te houden.

- **Levensverrijkende beweging**

Geschikte, levensverrijkende fysieke activiteiten ondersteunen die mensen van alle maten, vaardigheden en interesses in staat stellen om met plezier te bewegen, zoals zij dat willen, in plaats van een extern gereguleerd sportschema om gewicht onder controle te houden.

Test uw eigen vooroordelen

Ga na of u zelf mogelijke vooroordelen heeft over dik zijn. Een manier om impliciete opvattingen te testen is de Harvard Implicit Associations Test. (31) Deze test kan u helpen om beter te begrijpen welke veronderstellingen en vooroordelen u heeft met betrekking tot vet en dik zijn. Dikke mensen zijn zeer gevoelig voor gewichtsstigma en zullen in staat zijn uw vooroordelen te herkennen, zelfs als u het probeert te verbergen.

Questionnaire
How much control do people have over their weight?
<input type="radio"/> Complete control
<input type="radio"/> A lot of control
<input type="radio"/> Some control
<input type="radio"/> A little control
<input type="radio"/> No control

Wees voorzichtig wanneer u patiënten weegt

- Weeg niet automatisch alle patiënten, maar enkel als er een dwingende medische reden is om dat te doen
- Als het noodzakelijk is om een patiënt te wegen, zorg er dan voor dat er voldoende privacy is waarbij geen andere patiënten of personeel aanwezig is
- Laat de cliënt achterstevoren op de weegschaal plaatsnemen, zodat ze de meting niet kunnen zien
- Noteer het gewicht in stilte, zonder commentaar te geven
- Ga er niet van uit dat uw patiënt wil weten wat hun gewicht is

Bij het diagnosticeren van medische problemen

- Respecteer de prioriteiten van uw patiënt op het vlak van gezondheid en ga in op hun belangrijkste bezorgdheid
- Voer dezelfde diagnostische tests uit die u zou doen bij dunnere patiënten met soortgelijke symptomen
- Ga er niet van uit dat gewicht de oorzaak is van alle symptomen of aandoeningen
- Ga er niet van uit dat dikke mensen meer calorierijk, energierijk voedsel eten, of minder lichamelijk actief zijn dan dunnere mensen
- Ga er niet van uit dat dikke mensen al dan niet een eetstoornis hebben

Bij de behandeling van medische problemen

- Bedenk hoe u een dunnere patiënt met soortgelijke symptomen zou behandelen
- Stel geen behandeling uit en dring er niet op aan dat patiënten gewicht moeten verliezen voordat ze behandeld worden
- Wees voorzichtig bij het aangeven van medicatiedoseringen; sommige mensen reageren gevoelig op kleine doseringen van geneesmiddelen, terwijl anderen een hogere dosering nodig hebben
- Bied aan om de medicatie opnieuw te bekijken als dat nodig is

Bij het uitvoeren van medische procedures

- Gebruik duurzame medische apparatuur die voldoet aan de behoeften van dikke patiënten
- Gebruik de meest geschikte apparatuur voor elke patiënt ZONDER commentaar
- Zorg ervoor dat u bloeddrukmanchetten van verschillende maten bij de hand hebt; als u een kleine manchet rond een dikkere arm gebruikt, kan dat foute metingen opleveren
- Zorg voor langere naalden en tourniquets om bloed af te nemen bij dikke patiënten
- Zorg ervoor dat het toilet in uw praktijk een bril heeft die aan de voorkant gesplitst is, zodat dikke patiënten de bekens voor urinestalen gemakkelijker op hun plaats kunnen houden; een urinecontainer met een handvat of een brede rand verdient de voorkeur
- Hou bij een verdoving nauwlettend de ademhaling in de gaten als de patiënt slaapapneu of luchtwegproblemen heeft

Bij het geven van gezondheidsvoorlichting

- Geef geen ongevraagd advies over gewichtsverlies aan dikke patiënten
- Vraag uw dikke patiënten naar hun gezondheidsgedrag; maak geen veronderstellingen over hun gedrag op basis van hun gewicht
- ALS uw dikke cliënt niet lichamelijk actief is, bespreek dan lichamelijke activiteit zonder dit aan gewicht te koppelen; meer lichamelijke activiteit verbetert de bloeddruk en glucosecontrole, vermindert symptomen van artritis en verhoogt het algehele welzijn, ongeacht gewichtsveranderingen
- ALS uw dikke cliënt niet goed eet, bespreek dan voeding en voedsel zonder dit aan gewicht te koppelen; help patiënten om vaardigheden te ontwikkelen met intuïtief eten op vlak van honger, verzadiging, en het voldoen aan voedingsbehoeften
- Leg patiënten uit dat de grootste duurzame gezondheidswinst behaald wordt door zelfzorg, zoals zelfcompassie

In de wachtruimte

- Voorzie in uw wachtruimte een aantal stevige stoelen zonder armleuningen, banken of sofa's staan; stoelen met armleuningen zijn vaak niet geschikt voor dikke mensen
- Zorg ervoor dat er 15 tot 20 centimeter ruimte is tussen de stoelen
- Voorzie sofa's die stevig en hoog genoeg zijn zodat patiënten gemakkelijk kunnen opstaan; uitzonderlijk lage en zachte sofa's kunnen dit moeilijk maken
- Zorg ervoor dat de informatie in uw wachtkamers (tijdschriften, brochures, posters, enz.) body positive is en niet aanzet tot diëten of gewichtsstigma versterkt

In de onderzoekskamer

- Zorg voor brede onderzoekstafels die aan de vloer of de wand worden vastgeschroefd of die hydraulisch in hoogte verstelbaar zijn, zodat ze niet kantelen als uw dikke patiënten erop gaan zitten
- Voorzie een stevige, veilige manier voor dikke patiënten om zich op de onderzoekstafel te zetten
- Zorg ervoor dat u patiëntenschorten heeft in in verschillende maten, en dus ook in grote maten
- Zorg ervoor dat de omgeving body positive is en gewichtsstigma niet versterkt

Met personeel

- Vermijd gewichtsdiscriminatie bij de aanwerving van personeel
- Zorg ervoor dat er diversiteit binnen uw personeel is en geef hen diversiteitstraining
- Ontwikkel een diversiteitsstrategie voor uw praktijk zodat u kwalitatieve zorg kan bieden aan mensen in alle vormen en maten



REFERENTIES

1- O'Hara L, Taylor J. Health at Every Size: a Weight-neutral Approach for Empowerment, Resilience and Peace. International Journal of Social Work and Human Services Practice. 2014;2(6):273-282.

2- Wirth MD, Blake CE, Hébert JR, Sui X, Blair SN. Chronic weight dissatisfaction predicts type 2 diabetes risk: Aerobic Center Longitudinal Study. Health Psychology. 03/03 2014;33(8):912-919.

3- Pearl RL, Wadden TA, Hopkins CM, et al. Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity. Obesity. 2017;25(2):317-322.

4- Vadiveloo M, Mattei J. Perceived Weight Discrimination and 10-Year Risk of Allostatic Load Among US Adults. Annals of Behavioral Medicine. 2017;51.

5- Tomiyama AJ, Epel ES, McClatchey TM, et al. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. Health Psychology. 2014;33(8):862-867.

6- Essayli JH, Murakami JM, Wilson RE, Latner JD. The Impact of Weight Labels on Body Image, Internalized Weight Stigma, Affect, Perceived Health, and Intended Weight Loss Behaviors in Normal-Weight and Overweight College Women. *American Journal of Health Promotion*. August 23, 2016 2016.

7- Daly M, Robinson E, Sutin AR. Does Knowing Hurt? Perceiving Oneself as Overweight Predicts Future Physical Health and Well-Being. *Psychological Science*. 2017.

8- Unger ES, Kawachi I, Milliren CE, et al. Protective Misperception? Prospective Study of Weight Self-Perception and Blood Pressure in Adolescents With Overweight and Obesity. *Journal of Adolescent Health*. 2017.

9- Almond D, Lee A, Schwartz AE. Impacts of classifying New York City students as overweight. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 03/14 2016;113(13):3488-3491

10- Hunger JM, Tomiyama AJ. Weight labeling and obesity: A longitudinal study of girls aged 10 to 19 years. *JAMA Pediatrics*. 2014;168(6):579-580.

11- Robinson E, Hunger J, Daly M. Perceived weight status and risk of weight gain across life in US and UK adults. *International journal of obesity*. 2015:1-6.

12- Wildman RP, Muntner P, Reynolds K, et al. The Obese Without Cardiometabolic Risk Factor Cluster- ing and the Normal Weight With Cardiometabolic Risk Factor Clustering: Prevalence and Correlates of 2 Phenotypes Among the US Population (NHANES 1999-2004). Archives of Internal Medicine. August 11, 2008 2008;168(15):1617-1624.

13- Brodsky SV, Barth RF, Mo X, et al. An obesity paradox: an inverse correlation between body mass index and atherosclerosis of the aorta. Cardiovascular Pathology. 2016/11/01/ 2016;25(6):515-520.

14- Zapatero A, Barba R, Gonzalez N, et al. Influence of Obesity and Malnutrition on Acute Heart Failure. Revista Española de Cardiología (English Edition). 2011(0).

15- Komukai K MK, Arase S, Ogawa T, Nakane T, Nagoshi T, Kayama Y, Abe Y, Morimoto S, Ogawa K, Fujii S, Sekiyama H, Date T, Kawai M, Hongo K, Taniguchi I, Yoshimura M. Impact of Body Mass Index on Clinical Outcome in Patients Hospitalized With Congestive Heart Failure. Circulation Journal. 2011;Nov 16. [Epub ahead of print].

16- Lavie CJ, Milani RV, Ventura HO. Obesity and Cardiovascular Disease: Risk Factor, Paradox, and Impact of Weight Loss. Journal of the American College of Cardiology. 2009;53(21):1925-1932.

17- Davenport DL, Xenos ES, Hosokawa P, Radford J, Henderson WG, Endean ED. The influence of body mass index obesity status on vascular surgery 30-day morbidity and mortality. *Journal of Vascular Surgery*. 2009;49(1):140-147.e141.

18- Doehner W, Erdmann E, Cairns R, et al. Inverse relation of body weight and weight change with mortality and morbidity in patients with type 2 diabetes and cardiovascular co-morbidity: An analysis of the PROactive study population. *International Journal of Cardiology*. 2012;162:20-26.

19- Hong NS, Kim KS, Lee IK, et al. The association between obesity and mortality in the elderly differs by serum concentrations of persistent organic pollutants: a possible explanation for the obesity paradox. *Int J Obes*. 2011.

20- Raiszadeh F, Travin M. Are people with normal radionuclide perfusion imaging studies better-off if they are obese? *Journal of Nuclear Cardiology*. 2010;17(3):350-353.

21- Sohn M-W, Budiman-Mak E, Oh EH, et al. Obesity Paradox in Amputation Risk Among Nonelderly Diabetic Men. *Obesity*. 2011.

- 23- Ernsberger P, Haskew P. Rethinking obesity: an alternative view of its health implications. *Journal of Obesity and Weight Regulation*. 1987;6(2):42-44.24.
- 24- Salas XR. The ineffectiveness and unintended consequences of the public health war on obesity. *Canadian Journal of Public Health*. 2015;106(2):e79-e81.
- 25- O'Hara L, Gregg J. Human rights casualties from the "war on obesity": Why focusing on body weight is inconsistent with a human rights approach to health. *Fat Studies*. 2012;1(1):32-46.
- 26- O'Hara L, Gregg J. The war on obesity: a social determinant of health. *Health Promotion Journal of Australia*. 2006;17(3):260-263.
- 27- Medvedyuk S, Ali A, Raphael D. Ideology, obesity and the social determinants of health: a critical analysis of the obesity and health relationship. *Critical Public Health*. 2017:1-13.
- 28- Mann T, et al. Medicare's Search for Effective Obesity Treatments-Diets Are Not the Answer. *American Psychologist* 2007; 62(3):220-233.

29- Burgard D. Healthcare Providers Get Our Marching Orders for the War on Fat People. The HAES® Files. Vol 2017. Health at Every Size Blog; 2017.

30- [Association for Size Diversity and Health](#)

31- [Harvard Implicit Associations Test](#)

RESOURCES

- [Poodle Science](#) – YouTube
- [Fat Friendly Health Professionals Lists](#)
- [Medical, Health and Fitness Products for Large Size People and Healthcare Professionals](#)
- More [Medical, Health and Fitness Products for Large Size People and Healthcare Professionals](#)
- NAAFA's [I am NOT a Disease Fact Sheet](#)
- NAAFA's [Healthcare Bill of Rights](#)

- Association for Size Diversity and Health ([ASDAH](#))
- [HAES® Community](#)
- [The Science of HAES](#)
- Puhl, RM, Gold, JA, et al. "The effect of physicians' body weight on patient attitudes: implications for physician selection, trust, and adherence to medical advice." *International Journal of Obesity* (2013) 37, 1415–1421.
- ["The Surprising Reason Why Being Overweight Isn't Healthy—Fat bias in health care"](#)
- Syed, A, Lemkau, J, et al. "[Toward Sensitive Treatment of Obese Patients](#)" *Family Practice Management* 2002 Jan; 9(1)25–28.
- Huizinga, M, Cooper, L, et al. "Physician Respect for Patients with Obesity." *Journal of Internal Medicine*, 2009 Nov. 24(11)1236–1239.
- Arnold, C "[Animals are getting fatter, too.](#)" *The Scientist Magazine*, Nov. 24, 2010.

RESOURCES VOOR KINDEREN

- [Ellyn Satter Institute](#)
- [The Body Positive](#)

OVER DEZE BROCHURE

Brochure Contributors & Editors: Barbara Altman Bruno, Ph.D., DCSW; Lily O'Hara, BSc, Postgrad Dip Hlth Prom, MPH, Ph.D.; Pat Lyons, RN, MA; Lenny Husen, M.D.; Toni Martin, M.D.; Rick Kausman, M.D.; Katja Rowell, M.D.; Peggy Howell, NAAFA Board of Directors

Design & Layout: Darliene Howell, NAAFA Board of Directors

Health at Every Size[®] and HAES[®] zijn geregistreerde merknamen van The Association for Size Diversity and Health ([**ASDAH**](#))

Deze brochure dient enkel voor educatieve doeleinden en is geen vervanging voor medisch advies. NAAFA en Dikke Vinger zijn niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor eender welke acties of gevolgen die resulteren uit de inhoud die in deze brochure wordt voorgesteld. NAAFA en Dikke Vinger zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud of nauwkeurigheid van informatie die gegeven wordt door andere websites, publicaties, artikelen, etc. Sommige vermelde resources kunnen mogelijks niet in lijn zijn met de policies van NAAFA en Dikke Vinger.