Obese patiënten? Liever niet….

Attitudes van huisartsen en
HAIO's tav patiënten met obesitas

Huisarts in opleiding: Aleman Kevin, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Degryse Jan, KU Leuven

Praktijkopleider: Dr. De Haes Wieter

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context
De prevalentie van obesitas en overgewicht is de laatste jaren enorm toegenomen. Meer dan 30% van de Belgen heeft overgewicht en tussen de 14 en 17% is obees. De gewichtsstigmatisatie is ook toegenomen en zorgverstrekkers kunnen een bron van stigmatisering zijn.

Onderzoeksvraag
Welke attitudes hebben een groep van huisartsen en HAIO´s (huisarts-in-opleiding) t.o.v. obesitaspatiënten? Welke zijn volgens hun de oorzaken van obesitas en hoe groot is hun kennis over de correcte aanpak in de huisartsenpraktijk volgens recente wetenschap?

Methode
Er werd een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd bij 127 huisartsen en HAIO´s met behulp van een vragenlijst. Een experimentele manipulatie gebeurt aan de hand van 2 patiënten casussen: een patiënt met obesitas en een patiënt met normaal gewicht. Vervolgens worden een vetfobieschaal (VFS) afgenomen en wordt bij de casus van overgewicht een lijst van mogelijke oorzaken gepresenteerd. De vragenlijst eindigt met een kennistoets over de aanpak van obesitas in de huisartsenpraktijk.

Resultaten
De vetfobieschaal werd gemiddeld hoger gescoord bij de casus met overgewicht dan bij de casus met normaal gewicht (gemiddelde score van VFS: 3.5[SD=0.4] vs 2.6[SD=0.3]). Factoren m.b.t. de energiebalans (te weinig bewegen, te veel eten) werden waargenomen als de belangrijkste oorzaken van overgewicht. Daarbij is de kennis van huisartsen en HAIO's over de aanpak van obesitas beperkt met een gemiddelde score van 58%.

Conclusies
De resultaten in deze studie bevestigen de bevindingen van andere landen dat ook in Vlaanderen gewichtsstigmatisering bestaat bij huisartsen en HAIO's hetgeen zich vertaalt in misopvattingen omtrent de etiologie van obesitas, een negatieve houding t.a.v. patiënten met overgewicht, en een gebrek aan kennis omtrent de aanpak van overgewicht in de huisartsenpraktijk. Bij de opleiding is meer aandacht nodig voor obesitas en nutritie. Andere destigmatiserende maatregelen kunnen nuttig zijn in de huisartsenpraktijk.

Inleiding

In 2014 hadden wereldwijd, volgens cijfers van het WHO, 1.9 miljard volwassenen overgewicht en meer dan 600 miljoen obesitas[1]. Overgewicht wordt gedefinieerd door een *Body Mass Index* (BMI) van ≥ 25 en obesitas ≥ 30 Kg/m^2 . Niet enkel deze parameter heeft bij overgewicht een voorspellende waarde voor ziekte en sterfte maar ook bijkomende parameters zoals de buikomvang [2]. Meer dan 30% van de Belgen heeft overgewicht en tussen de 14 en 17% is obees [3]. Volgens het onderzoek van het Europees regionaal bureau van het WHO, zal 89% van de Belgische vrouwen tegen 2030 overgewicht hebben [4]. Men kan dus spreken van een wereldwijde epidemie die voor een moeilijke therapeutische uitdaging zorgt [5].

Onderzoek toont aan dat personen met overgewicht niet alleen lijden aan biologische gevolgen (bv. hypertensie, diabetes, hypercholesterolemie) maar ook aan psychologische gevolgen (bijvoorbeeld depressie) en sociale gevolgen (bijvoorbeeld sociaal isolement)[6] de laatste twee staan in verband met een stigmatiserende houding t.o.v. mensen met overgewicht. De term "gewichtsstigmatisering" wordt over het algemeen gedefinieerd als een "negatieve houding t.o.v. individuen met overgewicht gebaseerd op vooronderstellingen over zwaarlijvige mensen" [7] . De laatste jaren is deze attitude toegenomen en vindt overal plaats: in scholen, werkplaatsen, gezondheidszorg en de media [8,9,10]. De westerse maatschappij promoot het ideaal prototype van een slanke vrouw en een gespierde man en beweert dat slank worden en blijven eenvoudig is door minder te eten en meer te bewegen. Dit bevordert een stigmatiserende houding tegen mensen die dit ideaal niet bereiken [6,7,11].

Huisartsen zijn vaak geconfronteerd met de behandeling van patiënten met overgewicht en obesitas. Ze voelen zich onvoldoende voorbereid om dit te doen en hebben er ook geen zin in [12,13]. Sommige technische onderzoeken zijn moeilijker te doen bij obese patiënten omwille van klinisch instrumenteel dat niet aangepast is aan obese patiënten [12,14].

Uit onderzoek is gebleken dat artsen één van de meest voorkomende bronnen zijn van stigmatisering[15]. Ze beschouwen obesitas vooral als een gedragsprobleem, veroorzaakt door lichamelijke inactiviteit en te veel eten [14]. Bovendien denken artsen dat obese patiënten onder ander ongemotiveerd zijn en minder therapietrouw zijn dan slanke patiënten [13,14,16]. Artsen tonen daardoor expliciete en impliciete negatieve houdingen zoals enerzijds het geven van negatieve opmerkingen en anderzijds evaluerende non-verbale communicatie en het nemen van minder tijd voor obesitaspatiënten. Uiteraard tast dit de kwaliteit van de arts-patiënt relatie aan en de behandeling. Obese patiënten voelen zich immers niet gerespecteerd en niet serieus worden genomen omwille van hun gewicht [10,12,14,17]. Bijgevolg vermijden ze over hun gezondheidsproblemen te praten met huisartsen en screeningsprogramma's te volgen met het gevolg van dat ze zich slechts presenteren met verder gevorderde ziekten [10,12,14,18,19].

Omwille van het bovenstaande is zo belangrijk om gewichtsstigmatisering te onderzoeken, te meten en mogelijk interventies te plannen om hier verandering in te brengen. We kunnen de mate van stigmatisering meten met behulp van bij voorbeeld de vetfobieschaal [20]. In Duitsland is een onderzoek gebeurd mbv de vetfobieschaal onder algemene bevolking waar de gemiddelde score vetfobieschaal 3,6 [SD=0.4] was [21]. Bij zorgverleners en medische studenten kwam ongeveer hetzelfde resultaat naar voren[22,23]. In dit onderzoek willen we de attitudes van een groep huisartsen en HAIO's meten in Vlaanderen tov obesitaspatiënten, mede met behulp van de vetfobieschaal. Ook

willen we onderzoeken welke ideeën artsen hebben t.a.v. oorzaken van obesitas en met een kennistoets meten wat ze weten over de correcte aanpak van obesitas in de huisartsenpraktijk.

Methode

Studiepopulatie
Papieren vragenlijsten werden in oktober 2016 tijdens verschillende vergaderingen van huisartsen en HAIO's in Vlaanderen verdeeld. Vóór het overhandigen van de vragenlijsten werden de artsen kort geïnformeerd over het doel van het onderzoek. 134 artsen hebben de vragenlijst ontvangen van wie 3 huisartsen en 4 HAIO's niet hebben deelgenomen.

Achtergrondvariabelen
Als achtergrondvariabelen voor het onderzoek hebben we bepaald of het om een huisarts of HAIO ging, het geslacht, de leeftijd, de etniciteit (in het buitenland geboren of ten minstens één vd ouders in het buitenland geboren), de jaren van ervaring, de BMI en of de deelnemer zelf ervaring had met stigmatisering. (vooroordelen tegengekomen omwille van uw gewicht?)

Vragenlijsten
De vragenlijsten zijn gebaseerd op een studie in Duitsland (Pantenburg B et al. 2012)[23] die de attitudes van medische studenten in verband met overgewicht en obesitas hebben onderzocht. De verschillende items van de vragenlijst zijn vertaald van het Engels naar het Nederlands met de "vertaling- terugvertaling methode".

-Experimentele manipulatie met gebruik van 2 casussen.
Er zijn studies die aantonen dat stigmatisatie vaker bij vrouwen dan mannen voorkomt. Daarom zijn 2 casussen gekozen met vrouwen. De beschrijving van de eerste casus was: *"We willen u een eerste patiënt voorstellen. Het gaat om een 42 jarige werkende vrouw. Ze is 1.68 m groot en weegt 90 kg, dus ze heeft veel overgewicht. Vaak heeft ze problemen om kleren te vinden die haar passen. Soms heeft ze moeilijkheden om trappen te lopen en ze is snel buiten adem"*. De andere casus schrijft een andere vrouw om met dezelfde leeftijd maar met normaal gewicht. *"We willen u graag een andere patiënt voorstellen. Het gaat om een 42 jarige werkende vrouw. Ze is 1.68 m groot en weegt 62 kg, dus ze heeft een normaal gewicht. Ze heeft nooit problemen om kleren te vinden die haar passen. Trappen lopen is heel gemakkelijk voor haar en ze heeft een goede conditie"*. De BMI waren respectievelijk 32 en 22 kg/m^2.

-Gepercipieerde oorzaken van obesitas.
De casus met overgewicht werd eerst voorgesteld, gevolgd door een lijst van mogelijke oorzaken van haar overgewicht. 14 potentiële oorzaken werden voorgesteld aan de deelnemers en er werd gevraagd om de relevantie van iedere mogelijke oorzaak te scoren tussen 1 en 5.

-Vetfobieschaal
Vervolgens werd de naar het Nederlands vertaalde vetfobieschaal (Bacon et al) afgenomen bij de deelnemers. De schaal bestaat uit 14 paar eigenschappen die tegenpolen vertegenwoordigen van specifieke aspecten van een persoon. Ieder paar wordt tussen de 1 en 5 gescoord waarbij geldt dat hoe hoger de score is hoe hoger de vetfobie. De gemiddelde score gemeten in een algemene populatie is 3,6. Dit meetinstrument heeft een goede validiteit en interne consistentie [20,21].

Vervolgens werden aan de deelnemers de casus met het normale gewicht voorgesteld enkel gevolgd door de vetfobieschaal.

-Kennistoets

We hebben ook een kennistoets gebruikt van de cursus e-learning van de RIZIV, "Overgewicht en obesitas", ontwikkeld door de organisatie "Eetexpert" met 18 algemene items [24].

-Statistische verwerking

Alle resultaten werden verwerkt met SPSS versie 22. Om de gemiddelden te vergelijken van continue variabelen werd de Student's T test gebruikt en voor de proporties de Chi kwadraat test.

Resultaten

Kenmerken van de studiepopulatie

In totaal namen 127 artsen deel aan de enquête (65 huisartsen en 62 HAIO's). Hiervan hebben 3 deelnemers de kennistoets niet beantwoord. De kenmerken van de studiepopulatie proefgroep zijn opgelijst in tabel 1. De Chi kwadraat test is uitgevoerd en we vonden dat in de groep HAIO's het aandeel vrouwen significant hoger is ($p < 0.05$). Een belangrijk percentage van de artsen had een buitenlandse achtergrond (31.5%). De gemiddelde BMI was 23.1kg/m^2.

Tabel 1. Socio-demografische gegevens van de studiepopulatie.

	N (%) of gemiddelde (+/- SD, interval)
Vrouw	64(50.4)
Leeftijd	39.4 (+/- 15.1, 24-71)
Buitenlandse achtergrond*	40 (31.5)
Huisarts	65 (51.2)
HAIO	62 (48.8)
Professionele ervaring (jaren)	13.5 (+/- 14.9, 1-46)
BMI	23.1 (+/- 2.8, 17.6-31)

SD= standard deviatie. HAIO = huisarts in opleiding. BMI = body mass index.

**deelnemer is niet in België geboren of ten minstens één van de ouders is niet in België geboren*

De kennistoets

De toets bestaat uit 18 vragen. De totaalscores verdelen zich volgens een normaalverdeling (Gemiddelde score=58,04, SD=12,5). De gemiddelde score bij de huisarsten was 57.4%[SD=13] en bij de HAIO´s 58.6%[SD=12.2]. De spreiding van de scores van de HAIO's en van de huisartsen liet geen significant verschil zien. Multipele lineaire regressie analyse is uitgevoerd met de score op de kennistoets als afhankelijke variabele om te analyseren welke factoren geassocieerd zijn met de totaalscore op de kennistoets. De leeftijd lijkt significant (negatief) gecorreleerd met de totale score op de kennistoets (coëfficiënt bèta=0.28, p=0.04, zie tabel 2).

Tabel 2. Factoren geassocieerd met de totaalscore op de kennistoets.

	coëfficiënt bèta	**P (sign.)**
Geslacht	-0.08	0.463
Leeftijd	-0.28	0.004
BMI	-0.11	0.245
Stigma ervaring	0.07	0.416

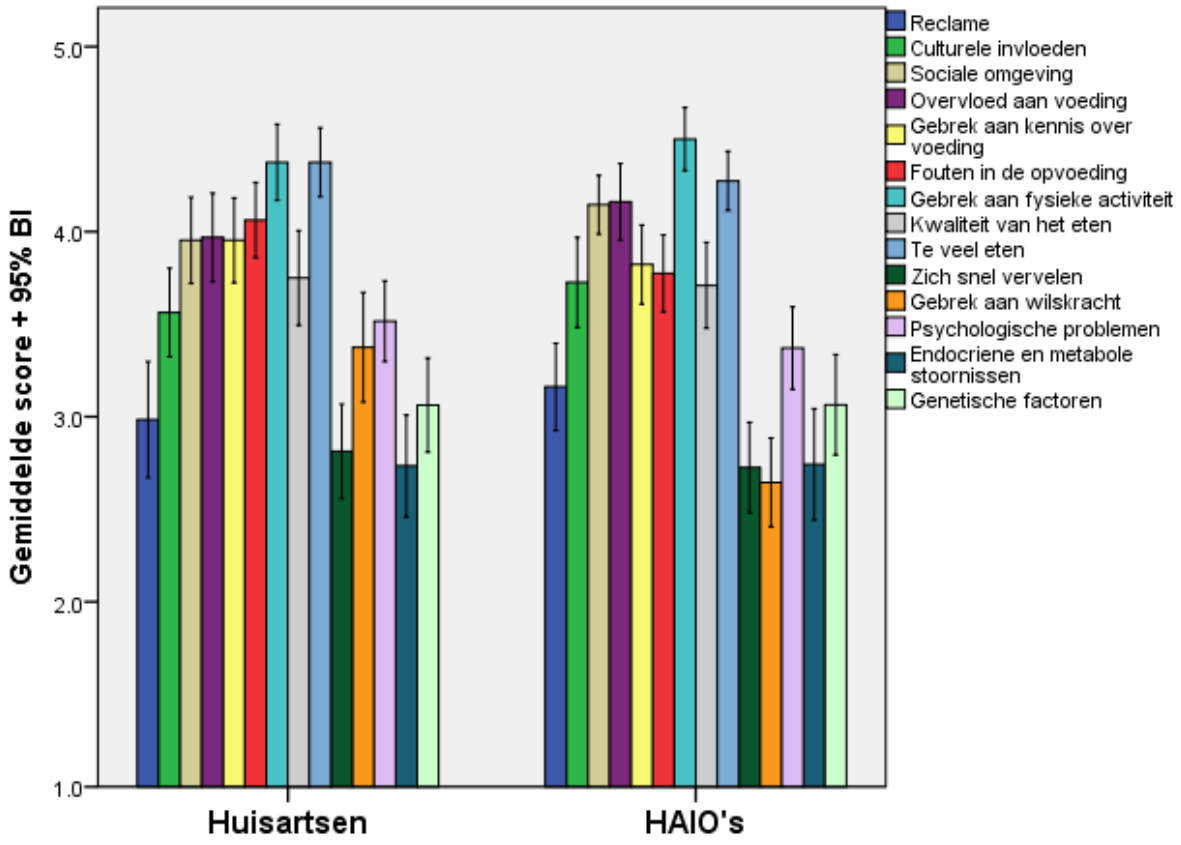
Gepercipieerde oorzaken van obesitas.

Na de voorstelling van de casus met overgewicht is aan de huisartsen gevraagd om de relevantie van mogelijke oorzaken te scoren voor het overgewicht van de vrouw. In de tabel 3 zijn de mogelijke oorzaken opgelijst. De belangrijkste oorzaken van overgewicht volgens de deelnemende artsen waren factoren m.b.t. energiebalans zoals gebrek aan fysieke activiteit, te veel eten, overvloed van voeding door de welvaart en sociale omgeving. Interessant is dat de resultaten voor de HAIO's en de huisartsen niet significant verschillend zijn (zie grafiek 1).

Tabel 3. Oorzaken van overgewicht volgens de deelnemende artsen, gerangschikt in volgorde van belangrijkheid (scores 1-5)

	gemiddelde (+/- SD)
Gebrek aan fysieke activiteit	4.44(+/- 0.75)
Te veel eten	4.33 (+/- 0.69)
Overvloed van voeding (door welvaart)	4.07 (+/- 0.89)
Sociale omgeving	4.03 (+/- 0.81)
Fouten in de opvoeding	3.91 (+/- 0.82)
Gebrek aan kennis over voeding	3.88 (+/- 0.87)
Kwaliteit van het eten	3.72 (+/- 0.76)
Culturele invloeden	3.62 (+/- 0.98)
Psychologische problemen	3.44 (+/- 0.87)
Genetische factoren	3.07 (+/- 1.04)
Misleidende reclame en product etikettering	3.05 (+/- 1.1)
Gebrek aan wilskracht	3.01 (+/- 1.12)
Endocrine en metabole stoornissen	2.75 (+/- 1.15)
Zich snel vervelen	2.75 (+/- 0.99)

Grafiek 1. Oorzaken van overgewicht volgens huisartsen en HAIO´s



Gewicht gerelateerde attitudes

Gewicht gerelateerde attitudes van artsen werden beoordeeld aan de hand van de vetfobieschaal. De gemiddelde score op de vetfobieschaal bij de casus met overgewicht was hoger dan bij de casus met normaal gewicht. (Gemiddelde score 3,5 (SD 0.416) vs 2,65 (SD 0,37)). De hoge betrouwbaarheid van de schaal wordt bevestigd door een hoge interne consistentie: de Cronbach's alfa = 0,86 bij de casus met overgewicht en 0,80 bij de casus met normaal gewicht. Multipele lineaire regressie analyse is opnieuw gebruikt met dit keer de score op de vetfobieschaal als afhankelijke variabele om te onderzoeken met welke factoren die samenhangt. Er werd géén significant verband gevonden met geslacht, leeftijd, beroepsgroep, BMI van de arts, de aanwezigheid van een stigma ervaring of de score op de kennistoets. Er bestaat een zwakke maar significante, negatieve correlatie tussen de scores op de vetfobieschaal bij de casus met overgewicht en die bij de casus met normaal gewicht (rr=-0.39, p<0.01). De scores op de vetfobieschaal zowel bij de casus met overgewicht als bij de casus met normaal gewicht zijn vergelijkbaar voor HAIO's en huisartsen (voor de casus met overgewicht zijn die respectievelijk 3.48 en 3.51 en voor de casus met normaal gewicht respectievelijk 2.68 en 2.62).

Bespreking

De voornaamste bevindingen uit ons onderzoek

- De resultaten van de kennistoets zijn laag zowel bij huisartsen als HAIO's en met een gelijkaardige spreiding van de resultaten bij beide groepen. Daarbij is de leeftijd negatief gecorreleerd met de totaalscore op de kennistoets.
- Een ander belangrijk resultaat van onze studie is dat volgens de deelnemers energiebalansfactoren zoals gebrek aan fysieke activiteit, te veel eten, overvloed van voeding door de welvaart en sociale omgeving, de belangrijkste oorzaken zijn van het overgewicht. Daarbij verschilden de ervaren oorzaken van obesitas bij huisartsen niet van die bij HAIO's.
- Bij huisartsen en HAIO's in Vlaanderen heerst een negatieve attitude t.a.v. patiënten met obesitas die vergelijkbaar is met de attitude van de algemene bevolking.

Kennis over obesitas

De resultaten van de kennistoets zijn zowel bij de huisartsen als de HAIO's laag en met een gelijkaardige spreiding van de resultaten bij beide groepen. Dit is congruent met diverse studies die aantonen dat veel zorgverleners zich niet goed voorbereid voelen om obesitas patiënten te behandelen[11,12]. Een onderzoek is gedaan in Canada met 451 huisartsen[25]. De meeste huisartsen (82.3%) vonden dat hun training in nutritie in de medische opleiding onvoldoende was. Dit kan in verband staan met de schaarse aandacht die gedurende de opleiding is gegeven aan obesitas en nutritie. Er is een nood aan specifieke training binnen dit gebied. Er bestaat in België een specifieke training rondom obesitas in de vorm van elearning op de website van het RIZIV (het rijkinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) die ontwikkeld is door de organisatie "Eetexpert"[24]. Het kan een goed instrument zijn om kennis en vaardigheden te ontwikkelen over de aanpak van obesitas in de huisartsenpraktijk. De leeftijd lijkt significant (negatief) gecorreleerd met de totaalscore op de kennistoets. Dit zou verklaard kunnen worden doordat obesitas jaren geleden niet als zo belangrijk werd beschouwd dan nu en de opleiding in het verleden (nog) minder aandacht besteedde aan dit thema. De afgelopen jaren is de beschikbare kennis over de etiologie van obesitas en de gevolgen voor de gezondheid snel toegenomen.

Gepercipieerde oorzaken van obesitas.

Volgens de deelnemers zijn energiebalansfactoren de belangrijkste oorzaken zijn van het overgewicht. Daarbij verschilden de ervaren oorzaken van obesitas bij huisartsen niet van die bij HAIO's. Ook dit wordt gevonden in de literatuur. Obesitas is een aandoening die bij uitstek percipieerd wordt als controleerbaar [14,26] en daarom zijn de negatieve reacties op obesitas hoog [7,27]. In een onderzoek van Hilbert et al. waren de meest waargenomen causale toeschrijvingen van obesitas: een gebrek aan activiteit (82,4%) en te veel eten (72,8%). Externe factoren werden als minder belangrijk beoordeeld. Slechts 34,9% vond erfelijkheid belangrijk en slechts 23,6% van alle respondenten vond het gebrek aan activiteit in de omgeving van belang. Wel ging bijna de helft van de respondenten (53,8%) akkoord dat een slechte voedselomgeving een mogelijke oorzaak van obesitas was [26]. In de studie van Taylor et al. (2006) kwamen onvoldoende lichaamsbeweging (75%) en een gebrek aan wilskracht (59%) naar voren als belangrijkere oorzaken dan voedingsomgeving (50%) en genetica (32%)[26]. In tegenstelling tot deze veelvoorkomende ideeën rondom de oorzaken van obesitas (zoals lichamelijke inactiviteit en een gestoord eetpatroon), is aangetoond dat obesitas

een complex probleem is met een multifactoriële genese. Biologische, psychologische en sociale factoren spelen een rol[17,28]. Een slechte voedingsomgeving wordt als een belangrijke oorzaak beschouwd van obesitas bij ongeveer de helft van de bevolking in Duitsland en de Verenigde Staten[26]. Sommige onderzoekers stellen nu dat obesitas zelfs een "neuropsychologische ziekte" kan zijn [8]. Waarschijnlijk is het niet alleen het gebrek aan onderwijs in de opleiding dat heeft geleid tot de etiologische misopvattingen maar ook de invloed van de cultuur en de media die verkondingen dat obesitas vooral ontstaat door te weinig beweging en te veel eten.

Gewicht gerelateerde attitudes

Een derde observatie bij de studie is dat binnen de studiepopulatie hoog gescoord werd op de vetfobieschaal: een gemiddelde van 3.5, hetgeen niet significant verschilt van de score in de algemene bevolking: 3.6. [20,21]. Dit betekent dat er bij huisartsen en HAIO's in Vlaanderen een negatieve attitude heerst t.a.v. patiënten met obesitas. Dit is vergelijkbaar met data van twee andere onderzoeken in Duitsland: bij gezondheidszorgverleners met een vet fobie schaal score van 3,6 en bij studenten geneeskunde van 3,59 [22,23]. Er is een groeiende hoeveelheid bewijs dat artsen en andere zorgverleners een sterk negatieve mening hebben over mensen met obesitas[12,29]. Daarbij bestaat er een negatieve correlatie tussen de score op de vetfobieschaal bij de casus met overgewicht en de score bij de casus met normaal gewicht. Dit is niet onlogisch daar te verwachten valt dat iemand die een afkeer heeft van obesitas des te meer een normaal gewicht waardeert. Een mogelijke reden voor de negatieve attitude van artsen t.a.v. obesitas is de al eerder genoemde krachtige invloed van de cultuur en media die slankheid propaganderen en beweren dat obesitas bij uitstek controleerbaar is door het individu zelf, heeft ook op artsen invloed. Gewichtsstigmatisatie is gegroeid tot een sociaal aanvaardbare vorm van vooroordelen en discriminatie[11].
Een andere mogelijke reden voor de negatieve attitude bij artsen is eerdere negatieve ervaringen met obese patiënten. In een onderzoek gaven huisartsen aan dat ze ervan uit gingen dat hun obese patiënten niet zo goed hun medisch advies zouden opvolgen dan slanke patiënten[13]. In studies bij huisartsen in Frankrijk, Engeland, Australië en Israël ervaart de meerderheid van de artsen een gebrek aan motivatie en therapietrouw bij de obese patiënten als het meest voorkomende probleem bij de behandeling van overgewicht en als een bron van frustratie bij artsen[14,16]. Een onderzoek van De Adams et al. (1993) vond dat 83% (n=1092) van in totaal 1316 responders een terughoudendheid had om een bekkenonderzoek te doen bij vrouwelijke obese patiënten omdat ze praktische moeilijkheden ervaren bij het uitvoeren van deze procedures[17]. Wear and colleagues onderzochten de houding van 54 geneeskunde studenten ten opzichte van obese patiënten. De studenten gaven aan dat hun denigratie van obese patiënten te wijten was aan het feit dat ze voor extra werk zorgen bij studenten. Een ander onderzoek bij geneeskundestudenten toonde aan dat ongeveer een derde van de studenten zich vaak gefrustreerd voelde bij patiënten met obesitas, dachten dat ze geen motivatie hadden om hun levensstijl te veranderen en dat ze moeilijk waren om mee om te gaan [14,18].

Opvallend is dat er géén significant verband werd gevonden tussen de score op de vetfobieschaal en het geslacht, leeftijd, beroepsgroep, BMI van de arts, score van de kennistoets of de aanwezigheid van een stigmatiserende ervaring. Men zou kunnen verwachten dat artsen met overgewicht door identificatie meer begrip zouden hebben voor obese patiënten en minder hoog zouden scoren op de vetfobieschaal. Anderzijds is het ook dat artsen met overgewicht hun negatieve gevoelens jegens zichzelf zouden kunnen projecteren op obese patiënten met als gevolg een hogere vetfobiescore. Deze twee voorkomende psychische dynamieken binnen de studiepopulatie zouden mekaar kunnen

compenseren. Men zou ook verwachten dat hoogopgeleiden met bovendien medische kennis minder negatieve attitudes t.o.v. overgewicht en obesitas zouden hebben als de algemene bevolking maar dit blijkt niet zo te zijn. Dit illustreert de complexiteit van het fenomeen "gewichtsstigmatisering" en bevestigt de aanwezigheid van meerdere psychische en socioculturele factoren in het ontstaan en onderhouden van de stigmatisering.

Gevolgen van gewichtsstigmatisering

Een stigmatiserende houding van artsen maakt dat obese patiënten zich respectloos behandeld voelen, onbekwaam en niet welkom. Dit gebeurt op verschillende manieren. Expliciete houdingen zoals verbaal gedrag en bewuste beslissingen en impliciete negatieve houdingen zoals non-verbale communicatie en onbewuste beslissingen. Het gevolg hiervan is dat de kwaliteit van het contact arts-patiënt negatief beïnvloed wordt en ook de motivatie van de patiënten met obesitas om de nodige hulp te zoeken [12].

Voorstellen om gewichtsstigmatisering tegen te gaan

In de literatuur worden verschillende manieren voorgesteld om gewichtsstigmatisering tegen te gaan bij zorgverleners. Enkelen hiervan zijn: het vergroten van de empathie van hulpverleners door middel van inlevingsoefeningen, het aanmoedigen van hulpverleners in het oefenen van emotieregulatie technieken zoals meditatie of diepe ademhaling, het laten toenemen van het bewustzijn van de aanwezigheid van vooroordelen t.a.v. obesitas, hulpverleners onderwijzen over genetische, omgevings-, biologische psychologische en sociale factoren die van invloed zijn op gewichtstoename en –verlies en een laatste voorbeeld is het veranderen van waargenomen normen tav negatieve houdingen en stereotypen tov obese mensen (bijvoorbeeld het gebruik van rolmodellen die zich negatief uitspreken tegen stigmatisatie).

Sterktes en zwaktes van de studie

Sterktes
Er is weinig selectiebias, het gaat om een representatieve steekproef en er is een combinatie gebeurd van metingen via de vetfobieschaal en via de kennistoets en metingen van opvattingen over de oorzaken van obesitas.

Beperkingen
De kennistoets was kort en relatief oppervlakkig. De onderzoekspopulatie was mogelijk beperkt in aantal zodat de kans op een type 1 fout niet helemaal uitgesloten kan worden. Er ontbreekt een complementaire kwalitatieve studie om beter te kunnen begrijpen waarom een negatief beeld heerst t.a.v. obese patiënten bij artsen, m.a.w. wat de basis is voor het onbegrip voor de obese patiënt.

Besluit

Uit deze studie blijkt dat bij huisartsen en HAIO's negatieve gevoelens domineren t.a.v. patiënten met overgewicht en obesitas. Er is een misopvatting bij deze groep voor wat betreft de oorzaken van obesitas, namelijk dat een gebrek aan beweging en te veel eten de belangrijkste oorzaken zijn. Men

houdt geen rekening met de moderne opvattingen over de complexe biopsychosociale etiologie van obesitas. Huisartsen en HAIO's hebben een laag kennis niveau over obesitas.

Referenties

1. World health Organization (2016) Factsheet n° 311 overweight and obesity. Beschikbaar via: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/. Geciteerd op 02-06-2016.
2. NHG-Standaard: Obesitas. Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. Huisarts Wet 2010:53(11): p 609-625.
3. IDEWE persbericht 2014. Beschikbaar via: www.idewe.be/wps/PA_Internet_site/resources/document/0d09be6d-4345-4c07-9022-814dc75b9b71/141202_Gezondheidsrapport_BMI_NL.pdf. Geraadpleegd 2014 december 2.
4. Breda J, et al. WHO projections in adults to 2030. Presented at: European Congress on Obesity; May 6-9, 2015; Prague.
5. Van Royen P, B. H., D Hondt A, Provoost C, Van Der Borght W, Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu 2006. 35(3): 118- 140.
6. Papadopoulos S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. Obesity. September 2015; 23(9): 1743-1760.
7. Sikorski C1, Luppa M, Luck T, Riedel-Heller SG. Weight stigma "gets under the skin"-evidence for an adapted psychological mediation framework: a systematic review. Obesity. Feb 2015; 23(2): 266-276.
8. DePierre JA, Puhl RM. Experiences of weight stigmatization: a review of self-report assessment measures. Obes Facts. 2012;5(6): 897-918.
9. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. Am J Public Health. Jun 2010; 100(6): 1019-1028.
10. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. Obes Res. Dec 2001; 9(12): p 788-805.
11. Ata RN1, Thompson JK. Weight bias in the media: a review of recent research. Obes Facts. Feb 2010; 3(1): 41-46.
12. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obes Rev. Apr 2015 Apr; 16(4): 319-326.
13. Ruggs EN, King EB, Hebl M, Fitzsimmons M. Assessment of weight stigma. Obes Facts. Feb 2010; 3(1): 60-69.
14. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. Obesity (Silver Spring). May 2009; 17(5): 941-964.
15. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. Obesity. Oct 2006; 14(10): 1802-1815.
16. Persky S, Eccleston CP. Medical student bias and care recommendations for an obese versus non-obese virtual patient. Int J Obes (Lond). May 2011; 35(5): 728-735.

17. Mold F, Forbes A. Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. Health Expect. Jun 2013 ; 16(2): 119-142.
18. Puhl RM, Luedicke J, Grilo CM. Obesity bias in training: attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines. Obesity (Silver Spring). Apr 2014; 22(4): 1008-1015.
19. Ferrante JM, Seaman K, Bator A, Ohman-Strickland P, Gundersen D, Clemow L, Puhl R. Impact of Perceived Weight Stigma among Underserved Women on Doctor-Patient Relationships. Obes Sci Pract. Jun 2016; 2(2): 128-135.
20. Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. Int J Obes Relat Metab Disord. Feb 2001; 25(2): 252-257.
21. Stein J, Luppa M, Ruzanska U, Sikorski C, König HH, Riedel-Heller SG. Measuring negative attitudes towards overweight and obesity in the German population - psychometric properties and reference values for the German short version of the Fat Phobia Scale (FPS). PLoS One. Dec 2014 4;9(12):e114641.
22. Sikorski C, Luppa M, Glaesmer H, Brähler E, König HH, Riedel-Heller SG. Attitudes of health care professionals towards female obese patients. Obes Facts. 2013; 6(6): 512-522.
23. Pantenburg B, Sikorski C, Luppa M, Schomerus G, König HH, Werner P, Riedel-Heller SG. Medical students' attitudes towards overweight and obesity. PLoS One. 2012;7(11):e48113.
24. RIZIV. Kwaliteitszorg door artsen. E-learning. Beschikbaar via: inami-riziv.dokeosnet.com/courses/OBESITAS/ .
25. Kathryn Wynn, Jacqueline D. Trudeau, and Kristen Taunton, Margot Gowans, Ian Scott. Nutrition in primary care. Current practices, attitudes, and barriers. Can Fam Physician. 2010 Mar; 56(3): e109- e116.
26. Sikorski C, Luppa M, Kaiser M, Glaesmer H, Schomerus G, König HH, Riedel-Heller SG. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review. BMC Public Health. Aug 2011 ; 23;11:661.
27. Hilbert A, Rief W, Braehler E. Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. Obesity. Jul 2008;16(7): 1529-1534.
28. Kinzl JF. Obesity: stigmatization, discrimination, body image. Wien Med Wochenschr. Mar 2016; 166(3-4): 117-120.
29. MacLean L, Edwards N, Garrard M, Sims-Jones N, Clinton K, Ashley L. Obesity, stigma and public health planning. Health Promot Int. Mar 2009;24(1): 88-93.
30. Tomiyama AJ, Epel ES, McClatchey TM, Poelke G, Kemeny ME, McCoy SK, Daubenmier J. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. Health Psychol. Aug 2014; 33(8): 862-867.
31. Spahlholz J, Baer N, König HH, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies. Obes Rev. Jan 2016; 17(1): 43-55.
32. Lillis J, Luoma JB, Levin ME, Hayes SC. Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. Obesity. May 2010; 18(5): 971-976.
33. Rees RW, Caird J, Dickson K, Vigurs C, Thomas J. 'It's on your conscience all the time': a systematic review of qualitative studies examining views on obesity among young people aged 12-18 years in the UK. BMJ Open. Apr 2014; 30;4(4): e004404.
34. Giel KE, Thiel A, Teufel M, Mayer J, Zipfel S. Weight bias in work settings - a qualitative review. Obes Facts.Feb 2010; 3(1): 33-40.

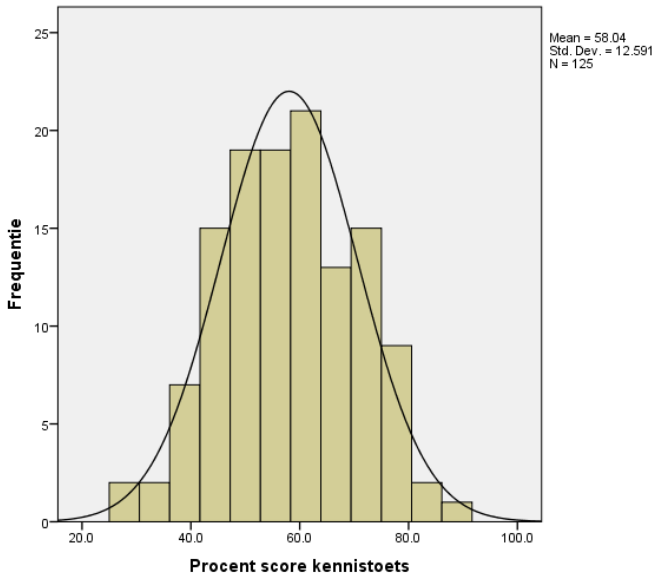
35. Swift JA, Tischler V, Markham S, Gunning I, Glazebrook C, Beer C, Puhl R. Are anti-stigma films a useful strategy for reducing weight bias among trainee healthcare professionals? Results of a pilot randomized control trial. Obes Facts. 2013; 6(1): 91-102.
36. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. Obesity. Oct 2011; 19(10): 1957-1962.
37. Ciao AC, Latner JD. Reducing Obesity Stigma: The Effectiveness of Cognitive Dissonance and Social Consensus Interventions. Obesity. Sep 2011 Sep; 19(9): 1768-1774.
38. Lippa NC, Sanderson SC. Impact of information about obesity genomics on the stigmatization of overweight individuals: an experimental study. Obesity. Dec 2012; 20(12): 2367-2376.
39. Bacon L, Aphramor L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. Nutr J. Jan 2011; 24;10:9.
40. Pomeranz JL. A historical analysis of public health, the law, and stigmatized social groups: the need for both obesity and weight bias legislation. Obesity. Nov 2008; 16 Suppl 2: S93-103.
41. Savoy S, Almeida L, Boxer P. The Relation of Weight Stigmatization to Psychological Adjustment. Journal of applied social psychology. Sep 2012; 42(9): 2285–2308.
42. Lieberman DL, Tybur JM, Latner JD. Disgust sensitivity, obesity stigma, and gender: contamination psychology predicts weight bias for women, not men. Obesity. Sep 2012 ;20(9): 1803-1814.
43. Almeida L, Savoy S, Boxer P. The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. J Clin Psychol. Mar 2011; 67(3): 278-292.

Bijlagen

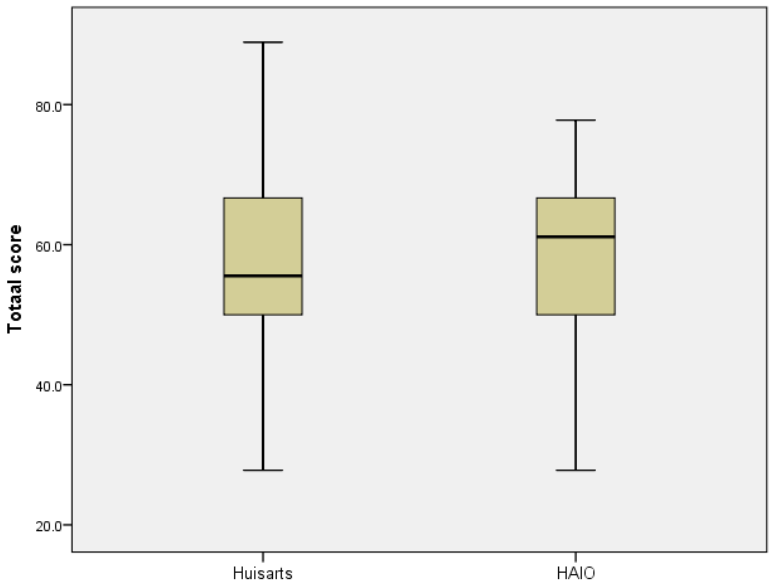
De studie was goedgekeurd bij de ethische commissie van de KU Leuven met de registratienummer: mp 11656.

Grafieken

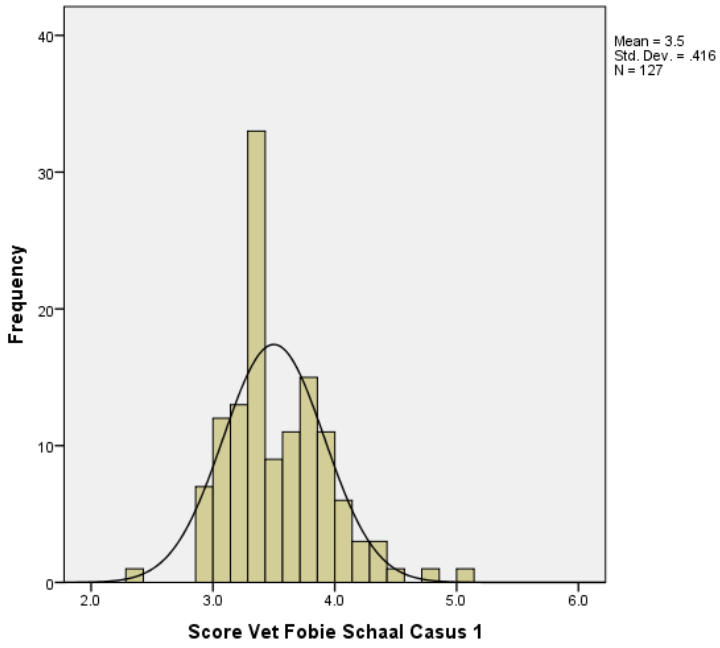
Grafiek 2. Procent scores kennistoets



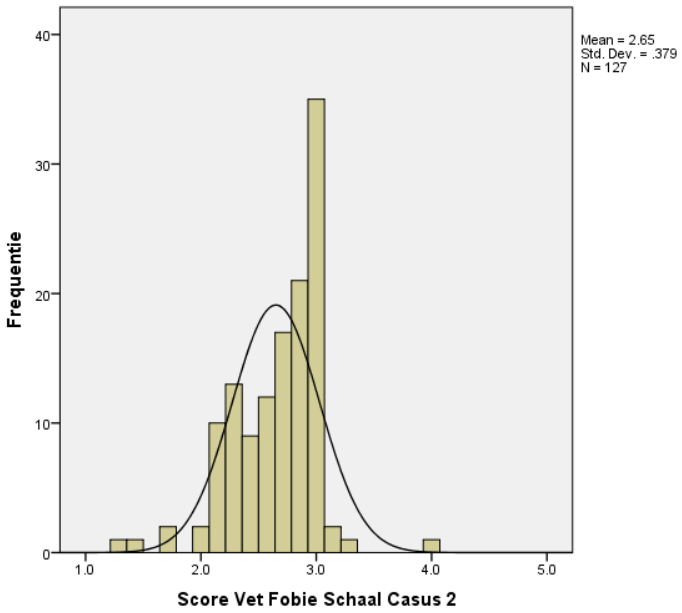
Grafiek 3. Score kennistoets huisartsen en HAIO´s



Grafiek 4. Score vet fobie schaal van de casus met overgewicht



Grafiek 5. Score vet fobie schaal van de casus met normale gewicht



Literatuurstudie

Enkele epidemiologische gegevens omtrent obesitas

In 2014 hadden wereldwijd, volgens cijfers van het WHO, 1.9 miljard volwassenen overgewicht en meer dan 600 miljoen obesitas[1].

Obesitas wordt vastgesteld met behulp van de *Body Mass Index* (BMI). De buikomvang is een aanvullend criterium om het gezondheidsrisico vast te stellen, omdat niet alleen de absolute hoeveelheid vet, maar ook de centrale, intra-abdominale en viscerale vetverdeling belangrijk zijn[2].

De helft van de Belgen heeft gewichtsproblemen. Meer dan 30% kampt met overgewicht(BMI≥25) en tussen de 14 en 17% is zelfs obees (BMI≥30). Deze alarmerende cijfers komen uit twee recente studies: van het IDEWE, de Belgische Dienst voor Preventie, en van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid[3]. Volgens het onderzoek van het Europees regionaal bureau van de WHO in Kopenhagen, zal 89% van de Belgische vrouwen tegen 2030 overgewicht hebben[4].

Overgewicht/obesitas is geassocieerd met biologische (bijvoorbeeld hypertensie), psychologische (bijvoorbeeld depressie) en sociale (bijv., Sociaal isolement) gevolgen[6].

Etiologie van obesitas

In tegenstelling tot veelvoorkomende ideeën rondom de oorzaken van obesitas (zoals lichamelijke inactiviteit en een gestoord eetpatroon), is aangetoond dat obesitas een complex probleem is met een multifactoriële genese. Biologische, psychologische en sociale factoren spelen een rol[17, 28]. Belangrijke veranderingen hebben plaatsgevonden de afgelopen decennia in de voedingsomgeving met een verhoogde toegankelijkheid van calorierijke voeding. Prijzen van calorierijke voedingsmiddelen en dranken zijn aanzienlijk gedaald in tegenstelling tot stijgende prijzen van vers fruit, groenten, vis en zuivelproducten. Dit draagt bij aan een verhoogde consumptie van ongezonde voeding, ook omdat de portiegroottes van ongezond voedsel aanzienlijk zijn gegroeid[10]. Een slechte voedingsomgeving wordt als een belangrijke oorzaak beschouwd van obesitas bij ongeveer de helft van de bevolking in Duitsland en de Verenigde Staten[26].

Sommige onderzoekers stellen nu dat obesitas zelfs een "neuropsychologische ziekte" kan zijn. Een onderliggende factor van deze veronderstelling is de overweging van stress en chronische stressoren als een antecedent van obesitas. Een chronisch geactiveerde HPA as ('hypothalamus-hypofyse-bijnier-as') leidt tot verhoogde voedselinname, in het bijzonder energierijke voedingsmiddelen. Chronische stress is ook gekoppeld aan depressie en depressie weer aan obesitas. Zo kan chronische stress niet alleen een rol spelen bij de ontwikkeling van obesitas maar ook bij de instandhouding ervan en volgens Tomiyama (2014) ontstaat een vicieuze cirkel. De gewichtsstigmatisering leidt tot toegenomen eetgedrag en cortisol stress respons. Dit laatste leidt tot gewichtstoename en moeite gewicht te verliezen[8].

Een studie met 47 obese vrouwen toonde aan dat abdominale obesitas was geassocieerd met een hoge serumcortisol en oxidatieve stress, zoals in eerdere studies gevonden (bijvoorbeeld Steptoe et

al, 2004;.. Pou et al, 2007) echter gewichtsstigmatisering was geassocieerd met een hogere ochtend serumcortisol en oxidatieve stress dan verwacht werd bij abdominale of totale obesitas. Dat suggereert dat gewichtsstigmatisering kan bijdragen aan de ontwikkeling van een chronische ziekte[30].

Het concept "gewichtsstigmatisering"

De prevalentie van obesitas is toegenomen in de afgelopen jaren maar de prevalentie van obesitas discriminatie ook. Recente studies wijzen op een toename van 66% in de prevalentie van gewichtsdiscriminatie de afgelopen tien jaar in de Verenigde Staten [6,7,8].

Onderzoek heeft aangetoond dat gewichtsstigmatisering vaker voorkomt dan rassendiscriminatie, discriminatie omwille van etniciteit, seksuele geaardheid, en lichamelijke handicap. Dit benadrukt het belang van het aanpakken van gewichtsstigmatisering als een prioriteit in de volksgezondheid [8].

De termen "gewichtsbias" en "gewichtsstigmatisering" zijn enigszins door elkaar gebruikt in de literatuur en worden over het algemeen gedefinieerd als een "negatieve houding t.o.v. individuen met overgewicht gebaseerd op vooronderstellingen over zwaarlijvige mensen" [7] De term "stigma" verwijst naar fysieke kenmerken of karaktertrekken die de drager markeren en geassocieerd zijn met het hebben van lagere sociale waarde[12].

Een stigma zoals voorgesteld door Jones et al. (1984), is een "teken" dat een persoon verbindt met ongewenste eigenschappen. Vandaar dat de termen "negatieve attributie" en "stigmatiserende attitudes" gebruikt worden om hetzelfde mechanisme te beschrijven. Stigmatisering is een voorloper van discriminatie en behoeft daarom verder onderzoek [26].

Yanget al. (2007) stelt dat stigmatisering twee componenten heeft: dat mensen als anders worden gezien en daardoor gedevalueerd, en dat het een sociaal construct is omdat het afhangt van de relatie tussen individuen en de context. Link en Phelan (2001) willen de sociale component van stigmatisering nog sterker benadrukken en stellen dat de oorzaak eerder bij sociale factoren ligt dan bij individuele. Ze suggereren dat stigmatisering moet worden gezien als breed concept dat ontstaat wanneer etikettering, stereotypering, afscheiding, statusverlies en discriminatie samen voorkomen in een situatie waarin ze worden geaccepteerd .[17,31]

Er zijn verschillende methoden om stigmatisering te meten waaronder kwalitatieve / kwantitatieve interviews en enquêtes, maar ook experimentele manipulaties met vignetten / foto's, veldonderzoek waarbij dan de impliciete / expliciete houding getest wordt[6].

Een theoretisch kader voor het ontstaan van gewichtsstigmatisering

De attributietheorie biedt een theoretische kader waarom negatieve eigenschappen worden toegeschreven aan obese personen. Crandall & Moriarty concluderen uit hun onderzoek dat hoe meer een ziekte wordt gezien als onder wilscontrole, hoe meer stigmatiserend het is. Obesitas wordt waargenomen als iets dat bij uitstek controleerbaar is [26]. Volgens de attributietheorie, spelen causale toeschrijvingen een cruciale rol bij het bepalen van de reacties op gestigmatiseerde personen. Hoe meer een stigma zoals obesitas wordt toegeschreven aan interne controleerbare oorzaken, hoe

groter de negatieve reacties daarop. In tegenstelling wanneer een stigma toegeschreven wordt aan externe factoren zwakt dit een negatieve houding af [7,27].

In een onderzoek van Hilbert et al. waren de meest waargenomen causale toeschrijvingen van obesitas: een gebrek aan activiteit (82,4%) en overeten (72,8%). Externe factoren werden als minder belangrijk beoordeeld. Slechts 34,9% vond erfelijkheid belangrijk en slechts 23,6% van alle respondenten vond het gebrek aan activiteit in de omgeving van belang. Wel ging bijna de helft van de respondenten (53,8%) akkoord dat een slechte voedselomgeving een mogelijke oorzaak van obesitas was[26]. Interessant is dat mannen obesitas minder toeschreven aan de voedingsomgeving dan vrouwen en mensen met lager inkomen en hogere leeftijd obesitas eerder toeschreven aan inactiviteit.

Een andere studie door Oliver & Lee (2005) vond dat een toeschrijving aan gebrek aan wilskracht het vaakste voorkwam (65% eens of helemaal mee eens). De auteurs onderzochten de affiniteit met telkens twee toeschrijvingen per item: genetica, omgeving en persoonlijke kenmerken. Omgevingsfactoren scoorden gemiddeld het hoogst (59,5%), gevolgd door persoonlijke kenmerken (55%) en genetische invloeden (29%)[26].

In de studie van Taylor et al. (2006) kwamen onvoldoende lichaamsbeweging (75%) en een gebrek aan wilskracht (59%) naar voren als belangrijkere oorzaken dan voedingsomgeving (50%) en genetica (32%)[26].

Van de 1000 deelnemers aan een Duits bevolkingsonderzoek hadden 23,5% (n = 235) een stigmatiserende houding ten opzichte van obesitas, 21,5% (n = 215) geen stigmatiserende houding ten opzichte van obesitas en 55,0% (n = 550) ongedifferentieerde houdingen t.o.v. stigmatisering. Voorspellers van een grotere stigmatisering waren meer causale toeschrijvingen van obesitas aan individuele factoren, het niet zien van obesitas als een ziekte, minder causale toeschrijving van obesitas aan erfelijkheid, het hebben gehad van minder onderwijs en oudere leeftijd. Causale toeschrijvingen van obesitas aan erfelijkheid en de etikettering van obesitas als ziekte voorspelde minder stigmatisering. Stigmatiserende attitudes waren significant geassocieerd met een sterkere algemene ondersteuning van de preventie van obesitas, maar minder bereidheid om de preventie financieel te ondersteunen[26,27].

Discriminatie als gevolg van gewichtsstigmatisering

Er is substantieel empirisch bewijs dat mensen met obesitas negatieve gevoelens uitlokken bij een groep anderen zoals walging, woede, veroordeling en afkeer. Corrigan (2003) geeft aan dat causale overtuigingen over de beheersbaarheid van een aandoening leiden tot een emotionele reactie.

Onderzoek suggereert dat de anti-vet houding begint vroeg in de kindertijd en dat de vooroordelen vanaf dan toenemen. De negatieve houding in de vorm van stigmatisering en vooroordelen geven aanleiding tot discriminerend gedrag tegen obese personen[15]. Discriminatie is te onderscheiden van enkel vooroordelen en stereotypen. Discriminatie wordt over het algemeen gezien als partijdig gedrag, met niet alleen acties die direct een andere groep schaden of benadelen, maar die ten onrechte hun eigen groep bevoordelen. Daarom impliceert discriminatie meer dan alleen een

onderscheid maken tussen sociale objecten, maar verwijst het ook naar ongepaste en potentieel oneerlijke behandeling van personen als gevolg van lidmaatschap van een groep[31].

Mensen met obesitas zijn vaak het doelwit van vooroordelen, denigrerende opmerkingen en andere slechte behandeling door een verscheidenheid van instellingen, waaronder gezondheidszorg[12]. Deze negatieve stereotypen bevatten de perceptie dat obese mensen de volgende eigenschappen bezitten: dom, lelijk, ongelukkig, minder competent, slordig, lui, sociaal geïsoleerd, onintelligent, ongezond, werkvermijdend, zwak van wil, genotzuchtig, immoreel, met een gebrek aan zelfdiscipline, motivatie en persoonlijke controle [6,13,15,17,26,28,31,32] . Deze stereotypen heersen en worden zelden uitgedaagd in de westerse samenleving, waardoor overgewicht en zwaarlijvige personen kwetsbaar zijn voor sociale onrechtvaardigheid, oneerlijke behandeling en een verminderde kwaliteit van leven [14]. Gewichtsstigmatisering is geassocieerd met het plagen en "bullying" op kinderleeftijd, het vermeden worden door anderen, discriminerende huurpraktijken, en misplaatste humor. Rogge et al (2004) gebruikte de term "beschaafde onderdrukking" om het pervasieve patroon van dagelijkse denigratie en veroordeling te beschrijven.

Gestigmatiseerde groepen zijn het slachtoffer van vooroordelen en discriminatie waarvan men weet dat deze belangrijke oorzaken zijn van het ontstaan van populatie specifieke ongelijkheden in de gezondheidsstatus. Hiermee wordt bijvoorbeeld bedoeld dat in de gestigmatiseerde groep bepaalde ziektes meer voorkomen en minder toegang is tot de gezondheidszorg. Gestigmatiseerde condities kunnen mogelijk in verband worden gebracht met andere vormen van marginalisering, zoals armoede, invaliditeit, raciale of culturele discriminatie[29]. Bijvoorbeeld, in het 19de eeuw Amerika, werden Ierse immigranten vaak verantwoordelijk geacht voor epidemische ziekten, omdat ze "smerig" zouden zijn en "geen publieke hygiëne" zouden tonen. Toen grote aantallen Ierse immigranten overleden aan cholera en andere ziekten, werd hun dood door velen gezien als een vergelding van het "zondige en spiritueel onwaardige leven" dat ze leidden. Toen veel Afro-Amerikanen in het begin van de 20ste eeuw stierven aan tuberculose, gaven de overheden aan de blanke burgers de waarschuwing zich niet te vermengen met Afro-Amerikanen of ze in te huren, in plaats van te investeren in de preventie of behandeling van tuberculose. Zelfs de stigmatisering van drugsgebruikers en personen met gonorroe werd een belemmering voor het onderzoeken en behandelen van deze mensen.

De meest voorkomende bronnen van stigmatisering zijn: familieleden, artsen, vrienden, echtgenoten, klasgenoten en verkopers. Zo kan de gewichtsstigmatisering in verband worden gebracht met een slechte sociale steun binnen relaties. Dit is in overeenstemming met onderzoek dat aangeeft dat individuen met overgewicht meer spanning ervaren in familierelaties en minder sociale steun ervaren dan slanke individuen. Dus gestigmatiseerde individuen ervaren sociale uitsluiting, die de gezondheid en het welzijn in gevaar kan brengen [6]. Op basis van een culturele nadruk op slankheid, geloof in de eigen verantwoordelijkheid en controle ten aanzien van lichaamsgewicht is gewichtsstigmatisatie kunnen uitgroeien tot een wijdverspreide, sociaal aanvaardbare vorm van vooroordelen en discriminatie [11]. Dit bevestigt dat inspanningen nodig zijn om de gewichtsstigmatisering te reduceren bij een scala van individuen in meerdere instellingen [15,32].

Soms gebeurt discriminatie ook onbedoeld zoals wanneer het klinisch instrumentarium zoals weegschalen, bloeddruk cufs, instrumenten voor pelvisch onderzoek, maar ook wachtzaalstoelen te

klein zijn voor obese mensen. Dit kan aan obese patiënten de boodschap geven dat hun omvang ongewoon is en dat ze er niet thuishoren [12,14].

Onderzoek toont aan dat personen die eerder in hun leven met een dieet begonnen meer stigmatiserende situaties meemaakten dan mensen die later begonnen te diëten. Jongere personen rapporteerden meer stigmatisering dan oudere mensen, voornamelijk in de vorm van nare opmerkingen van kinderen, negatieve veronderstellingen van anderen, nagestaard worden, vermeden worden en confronterende fysieke barrières en obstakels[15].

Deze voorbeelden hebben geresulteerd in een breed inzicht in de gevolgen van stigmatisering voor de volksgezondheid. Toch heeft volgens Herek et al. stigmatisering van obesitas onvoldoende aandacht van diegenen die obesitas bestrijden en wordt het zelden besproken in de context van volksgezondheid. In tegendeel, sommigen hebben gesuggereerd dat gewichtsstigmatisering een methode zou zijn voor controle van obesitas. Ondanks 5 decennia van onderzoek naar gewichtsstigmatisering en de gevolgen ervan blijft de aandacht voor dit thema beperkt. Al in 1968 merkte Cahman op dat er zo weinig aandacht was voor de stigmatisering van obesitas: het werd nauwelijks vernoemd in sociologische literatuur [10].

Het voorkomen van gewichtsstigmatisering bij zorgverleners.

Er is een groeiende hoeveelheid bewijs dat artsen en andere zorgverleners een sterke negatieve mening hebben over mensen met obesitas[12,29]. Een stigmatiserende houding maakt dat hun obese patiënten zich respectlos behandeld voelen, onbekwaam en niet welkom. Dit gebeurt op verschillende manieren. Expliciete houdingen zoals verbaal gedrag en bewuste beslissingen en impliciete negatieve houdingen zoals non verbale communicatie en onbewuste beslissingen. Het gevolg hiervan is dat de kwaliteit van het contact negatief beïnvloed wordt en ook de motivatie van de patiënten met obesitas om nodige hulp te zoeken [12].

Fabricatore et al. heeft het stigmatiserend gedrag en houdingen van artsen, verpleegkundigen en voedingsdeskundigen in kaart gebracht, zoals ook de onjuiste kennis over oorzaken en gevolgen van obesitas. Voorbeelden zijn: overschatting van de werkelijke calorische inname van de meeste obese mensen, een gebrek aan besef van de invloed van het metabolisme en andere biologische functies op het ontstaan en onderhouden van obesitas, en vooroordelen dat gewicht gemakkelijk te controleren is door middel van beslissingen op individueel niveau om meer te bewegen en minder te eten, ondanks de bevindingen dat er zeer weinig succes is op lange termijn bij een behandeling die zich enkel richt op discipline. Obesitas is vaak geassocieerd met riskant gedrag en slechte levensstijlkeuzes, terwijl slankheid vaak gezien wordt als een product van goede levensstijl keuzes. De professionele opleiding van de zorgverstrekkers en obesitas onderzoekers hebben geleid tot de verwachting dat gewichtsverlies vooral samenhangt met zelfdiscipline en focus. Dit terwijl het juist een uitdaging is om te sporten en goed te eten onder omstandigheden zoals armoede en het leven in gebieden met hoge criminaliteit. Zo ligt de nadruk van veel obesitas preventieprogramma's op individuele gedragsveranderingen in plaats van structurele veranderingen in de sociale en fysieke omgeving [29].

Zoals al eerder genoemd blijkt dat zorgverleners minder tijd spenderen aan zwaardere patiënten wat suggereert dat er minder aandacht is voor het bespreken van symptomen en zorgen, minder patiënt - arts interactie en minder zorg op maat wanneer behandelopties worden besproken [10,17].

Een onderzoek van De Adams et al. (1993) vond dat 83% (n=1092) van in totaal 1316 responders een terughoudendheid had om een bekkenonderzoek te doen bij vrouwelijke obese patiënten omdat ze praktische moeilijkheden ervaren bij het uitvoeren van deze procedures [17].

In 1969 onderzochten Maddox en Liederman vet fobie bij 100 artsen en studenten van een ziekenhuis. Obese patiënten werden gezien als dom, onsuccesvol, inactief, en met weinig wilskracht[11]. Daarbij gaven artsen aan dat ze liever geen obese mensen behandelden en ook geen succes verwachtten.

Een ander onderzoek bij 318 huisartsen gebruikte anonieme vragenlijsten en vond dat twee derde van de huisartsen denkt dat hun obese patiënten een gebrek aan zelfcontrole hebben en 39% geeft aan dat hun obese patiënten lui waren[11].

Een studie van meer dan 400 artsen identificeerde patiëntkenmerken die gevoelens van onbehagen, terughoudendheid of afkeer opwekken bij de artsen. Anonieme vragenlijsten werden gemaild aan de artsen en er werd gevraagd om vijf diagnostische categorieën en sociale kenmerken aan te duiden waar ze negatief op reageren. Een derde van de door de steekproef onderzochte artsen vermeldde obesitas als één van deze condities. Onder tientallen andere categorieën nam het de vierde plaats in, na drugverslaving, alcoholisme en geestesziekten. Artsen associeerden obesitas met een slechte hygiëne, therapieontrouw, vijandigheid, en oneerlijkheid. De auteurs concludeerden dat de reacties van de artsen protestants ethische waarden kunnen weerspiegelen die zelfdiscipline, doorzettingsvermogen in tegenspoed en prestatie benadrukken[11].

Geneeskundestudenten hebben veel van dezelfde negatieve attitudes ten opzichte van obese patiënten dan ervaren artsen. Wear and colleagues onderzochten de houding van 54 geneeskunde studenten ten opzichte van obese patiënten. Bijna alle studenten waren van mening dat ernstige obese patiënten het meest voorkomende doelwit waren van denigrerende humor door behandelende artsen, assistenten en studenten. Deze denigratie kwam het meeste voor in chirurgische en verloskundige / gynaecologische settingen. De studenten gaven aan dat hun denigratie van obese patiënten te wijten was aan de veronderstelling dat het overgewicht hun eigen schuld was (namelijk veroorzaakt door gedragsfactoren) en omdat de obese patiënten voor extra werk zorgen bij studenten. Ook obese kinderen zouden het doelwit zijn van denigrerende humor. Het merendeel van de studenten beschouwden denigrerende humor van obese patiënten niet als ongepast.

Een ander onderzoek bij geneeskundestudenten toonde aan dat men obese patiënten beoordeelt als minder aantrekkelijk, minder therapietrouw en depressiever dan patiënten met een gemiddeld gewicht. Ongeveer een derde van de studenten voelde zich vaak gefrustreerd bij patiënten met obesitas, dachten dat ze geen motivatie hadden om hun levensstijl te veranderen en dat ze moeilijk waren om mee om te gaan. Slechts een derde van de studenten gaf aan dat het behandelen van obese patiënten voldoening geeft en 13% gaf aan dat ze niet graag obese patiënten behandelen [14,18].

Het voorkomen van gewichtsstigmatisering binnen andere maatschappelijke vlakken.

Stigmatisering in de media

De media beïnvloedt, reflecteert en versterkt de sociale normen, attitudes en overtuigingen over het gewicht. Gewichtsstigmatisering wordt door de media in stand gehouden via de idealisering van een slank lichaam en ondervertegenwoordiging en stereotypering van overgewicht en obese personages. Lichaamsidealen geportretteerd in de media zijn verschillend bij mannen en vrouwen: mannen moeten gespierd zijn en vrouwen slank. Hoewel slechts 5% van de vrouwen ondergewicht hebben, heeft bijna een derde van de geportretteerde vrouwen op TV ondergewicht. Overgewicht en obese individuen, daarentegen, zijn sterk ondervertegenwoordigd op televisie. 13% van de vrouwen en 24% van de mannen op televisie hebben overgewicht of obesitas, vergeleken met 51% van vrouwen en 59% van mannen in de algemene bevolking van de VS. Als personages worden afgebeeld met overgewicht of obesitas, zijn ze vaak het doelwit van spottende humor en stigmatisering. Advertenties die gewichtsverlies promoten, bestendigen geslachts- en gewichtsgerelateerde stereotypen en de overtuiging dat gewicht controleerbaar is. Daarbij suggereren ze ook dat het verliezen van gewicht je aantrekkelijker en blijer zal maken[7,11]. De media bevordert slankheidsidealen als een aanduiding van succes en sociale wenselijkheid [7].

Hoewel obesitas is gekoppeld aan een aantal psychosociale, gedrags-, genetische en omgevingsfactoren heeft de media de neiging om de schuld aan individuen te geven door persoonlijke oorzaken te beklemtonen (bijvoorbeeld ongezonde voeding en gebrek aan lichaamsbeweging). Een studie die de portrettering van obesitas onderzocht in de Amerikaanse kranten en het journaal vond dat “ongezonde voeding”, gevolgd door “sedentaire levensstijl” het vaakst werd genoemd als een oorzaak van obesitas. In het Australische journaal is 'voeding' vaak bestempeld als de belangrijkste oorzaak van overgewicht en obesitas. Gezien het feit dat de media de neiging heeft om het probleem van obesitas te situeren op het gebied van persoonlijke verantwoordelijkheid, moet het geen verrassing zijn dat de individueel gerichte oplossingen (zoals gezonde voeding, meer lichaamsbeweging, chirurgische / medische behandeling) vaker worden aangeboden dan oplossingen gericht op de samenleving (bv. veranderingen in schoolmaaltijden, regulering van de reclame / voedingsindustrie) [7]. De overheersende boodschap dat zowel de oorzaak als de oplossing van obesitas binnen het individu ligt speelt een belangrijke rol in de stigmatisering, en rechtvaardigt het stigma als een aanvaardbare maatschappelijke respons[6,10].

Stigmatisering in scholen en op het werk

In iets meer dan een derde van de studies, identificeerden jongeren van verschillende lichaamsafmetingen dat pesten plaatsvindt als je een grote maat hebt. Jongeren met ernstig overgewicht meldden ernstige incidenten van fysiek geweld zoals: met een mes bedreigd worden, geslagen worden, geschopt worden, van de trap geduwd worden en bekogeld worden met voorwerpen. Verbaal misbruik zoals schelden en roddel met behulp van laster kwamen vaak voor maar vrijwillig en langdurig uitstoten met als gevolg isolatie in combinatie met fluisteren of grinniken was een bron van veel ongemak. De school was de setting voor een groot deel van het misbruik en het was zo ernstig voor sommigen dat ze niet in staat waren om de lessen te volgen. Jongeren ervoeren de gymlessen als een bijzonder ernstige blootstellig aan vernederende spot[33].

Uit onderzoek blijkt dat obesitas een algemene belemmering is om werk te vinden, een belemmering voor bepaalde beroepen en professioneel succes. Zwaarlijvige mensen lopen een hoger risico op stereotypen te ervaren over hun werkgerelateerde kwaliteiten en op ongelijke behandeling op de werkplek [34].

Stigmatisering bij de verschillende genders.

Er is onderzocht of er verschillende bestaan in de gewichtsstigmatisatie bij mannen en vrouwen: in hoe men het stigma ervaart, in de copingstrategieën en in de impact van het stigma op het emotioneel welzijn. De huidige resultaten geven geen duidelijke verschillen aan. Meer onderzoek is echter nodig. Toch is het interessant enkele studieresultaten te bespreken.

Pesterijen omwille van het gewicht zorgde bij mannen voor ongezonde gewichtscontrole handelingen en bij vrouwen frequent diëten. Bovendien suggereert retrospectief onderzoek dat een voorgeschiedenis van gepest worden vanwege het uiterlijk tijdens het opgroeien gerelateerd is aan een hogere frequentie van eetbuien bij obese vrouwen met "binge eating disorder" [15]. Onderzoek suggereert dat mannen en vrouwen verschillende copingstrategieën kunnen kiezen om te gaan met specifieke stigmatiserende ervaringen en dat dat deze verschillende copingstijlen hun psychologisch functioneren anders kunnen beïnvloeden.

Volgens een systematische review rapporteerden vrouwen meer levenslange discriminatie, werkgerelateerde discriminatie en gezondheidszorg-gerelateerde discriminatie dan mannen.

De meest besproken reden van discriminatie van personen met obesitas is de nadruk van de westerse samenleving op het slankheidsideaal. Dit slankheidsideaal is voor vrouwen nog relevanter dan voor mannen. Bij extreme BMI niveaus (BMI ≥40) zijn er inconsistente bevindingen in de literatuur met betrekking tot sekseverschillen. In sommige studies verdwenen de genderverschillen en bij andere studies bleven de sekseverschillen bestaan, ook in de hoogste BMI categorieën. Echter, de lagere prevalentie in waargenomen gewichtsdiscriminatie bij mannen zou wijzen op een hogere sociale acceptatie van obesitas onder de mannen.

Het nationale onderzoek MIDUS I (Midlife Development in de US) (N=2290) toonde een prevalentie van waargenomen gewichtsdiscriminatie bij vrouwen tussen de 20,6% (klasse I obesitas) en 45,4% (klasse II / III obesitas) en bij mannen tussen 6,1% (klasse I obesitas) en 28,1% (klasse II / III obesitas)[31].

De weerstand van artsen om obesitas te behandelen.

Zoals hierboven al genoemd tonen diverse studies aan dat veel zorgverleners het niet fijn vinden om obesitas patiënten te behandelen. Ze voelen zich niet goed voorbereid om dit te doen en hebben daarbij weinig hoop dat de patiënten hun levensstijl gaan veranderen [11,12].

In een onderzoek gaven huisartsen aan dat ze hun baan minder graag zouden beoefenen als de gemiddelde patiënt die ze zagen obees zou zijn, dat ze minder gemotiveerd zouden zijn evenveel tijd te spenderen aan een obese patiënt dan aan een niet-obese patiënt, én dat ze ervan uit gingen dat hun obese patiënten niet zo goed hun medisch advies zouden opvolgen dan slanke patiënten[13].

In studies bij huisartsen in Frankrijk, Engeland, Australië en Israël ervaart de meerderheid van de artsen een gebrek aan motivatie en therapietrouw bij de obese patiënten als het meest voorkomende probleem bij de behandeling van overgewicht en als een bron van frustratie bij artsen[14,16].

Befort en collega's vonden aan de hand van zelfrapportages dat patiënten een hoger niveau van motivatie hadden ten aanzien van gewichtsbehandeling dan dat artsen waarnamen. Een motivatie niveau van 10 (= volledig gemotiveerd) werd gemeld door 30% van de vrouwelijke patiënten en 21% van de mannelijke patiënten, terwijl respectievelijk slechts 2,5% en 3,1% van de artsen voor hun vrouwelijke en mannelijke patiënten een motivatie-niveau van 10 scoorden[14].

De ervaring van gewichtsstigmatisering bij obese patiënten

Obese patiënten geven aan dat ze het gevoel hebben niet gerespecteerd te worden en niet ernstig genomen door de zorgverleners omwille van hun gewicht. Ze melden ook dat hun gewicht volgens de artsen de oorzaak is van al hun medische problemen en obese patiënten zijn daarom terughoudend om hun gewichtsproblemen met de zorgverleners aan te pakken[10,14].

Puhl en Brownell onderzochten de ervaringen van gewichtsstigmatisering bij 2449 vrouwen met overgewicht of obesitas en vonden dat 53% van de vrouwen ongepaste opmerkingen hadden gekregen van artsen over hun gewicht. Artsen werden gemeld als de tweede meest voorkomende bron van stigmatisering binnen een lijst van meer dan 20 mogelijke bronnen. 69% meldde een ervaring met een stigmatisering door een arts tenminste één keer. Deelnemers meldden ook ervaringen met stigmatisering door andere gezondheidszorgverleners zoals verpleegkundigen (46%), diëtisten (37%), en werkers in de geestelijke gezondheidszorg (21%)[14].

In een recente studie werden obese personen bevraagd over hun ervaringen met de behandeling van hun artsen. Over het algemeen waren ze tevreden over de zorg voor hun algemene gezondheid en over de medische expertise van hun artsen. Over de zorg voor hun overgewicht waren ze echter significant minder tevreden. Bijna de helft meldde dat hun artsen geen gebruikelijke methoden had aangeraden om gewicht te verliezen en 75% meldde dat ze zich niet richtten of slechts een klein beetje tot hun huisarts voor hulp bij obesitas[11,17].

Een andere studie toont aan dat mannelijke obese patiënten de ervaring hebben dat hun artsen aanzienlijk minder tijd besteden aan hen dan aan mannelijke patiënten zonder overgewicht. Ze voelen zich zo behandeld als een tweederangs burger [14].

Brown et al. (2006) rapporteerde dat obese patiënten voelden dat huisartsen ambivalent waren ten opzichte van hun zorgbehoeften. Deze professionele ambivalentie versterkte de mate waarin patiënten zich persoonlijk verantwoordelijk voelden voor hun toestand wat bij de patiënt leidde tot een ambivalent gevoel ten aanzien van het zoeken van hulp [17].

De meest genoemde stigmatiserend situaties door obese patiënten zijn: wanneer een arts of andere hulpverlener in de gezondheidszorg een dieet voorstelt zonder dat de patiënt de intentie had zijn gewicht te bespreken, wanneer een arts het gewicht van de patiënt als een gezondheidsprobleem ziet ondanks de goede gezondheid van de patiënt, wanneer een arts de patiënt motiveert gewicht te

verliezen zonder behandelopties of advies te geven, nagestaard worden door medisch personeel en wanneer de arts niet gerelateerde gezondheidsproblemen wijt aan het gewicht [19].

Gevolgen van gewichtsstigmatisering op de gezondheidszorg van obese patiënten

Obese patiënten vermijden zorg

Ervaringen van obese patiënten met een slechte behandeling of de verwachting ervan kunnen stress veroorzaken, vermijden van zorg, wantrouwen in artsen en weinig therapietrouw[12].

Studies hebben uitstel aangetoond in het zoeken naar medische hulp bij obese vrouwen. Bij een zelfrapportage onderzoek van 310 vrouwelijk ziekenhuismedewerkers vond men dat de BMI index significant verbonden was met het afzeggen van medische afspraken. 12% van de vrouwen zeiden dat ze afspraken uitstelden of afzegden vanwege hun gewicht. 33% van de vrouwen die over hun gewicht gepraat hadden met hun arts hadden dit ervaren als een negatief gesprek. 32% van de vrouwen met een BMI>27 en 55% van de vrouwen met een BMI>35 stelden hun afspraken uit of annuleerden ze omdat ze wisten dat ze gewogen zouden worden [11,18].

Wanneer vrouwen de indruk krijgen dat hun gewicht een bron van schaamte zal vormen in een bepaalde setting zullen ze dus zorg vermijden. Zo zijn er aanwijzingen dat obese vrouwen minder aanbevolen kankerscreeningstesten doen zoals borstonderzoek en gynaecologisch onderzoek. Dit werd duidelijk uit een zelfrapportage bij 6891 vrouwen[11,17]. Lange termijn consequenties van vermijding en uitstel van zorg is dat obese mensen zich met geavanceerde ziektebeelden presenteren die daarom moeilijker te behandelen zijn[10,12,14,18,19].

Minder therapietrouw

Een negatieve houding tov obesitas kan het risico verhogen op een gebrekkige patiënt gerichte communicatie. Dit laatste is geassocieerd met een 19% hoger risico op therapie ontrouw van patiënten, maar ook met een risico op wantrouwen, minder gewichtsverlies, slechtere revalidatie en mentale gezondheid [6,12,35].

Minder kwaliteit van zorg

Stigmatisering kan de zorgkwaliteit verminderen ondanks de beste intenties van de hulpverleners. Zo kunnen artsen symptomen en problemen te veel toeschrijven aan het overgewicht en op die manier te weinig doorverwijzen voor verder diagnostisch onderzoek of andere behandelopties overwegen dan enkel advies geven gewicht te verliezen[12,19].

In een onderzoek van meer dan 1200 artsen bleek dat -ondanks het besef van de risico's van overgewicht- ze onvoldoende interventies mbt obesitas deden, ze ambivalent waren hoe obesitas patiënten te behandelen en te weinig doorverwezen naar afslank programma's [11].

Minder succes om af te vallen

Omwille van het simplistische idee dat nog bij veel artsen leeft dat overgewicht enkel een zaak is van minder eten en meer bewegen, krijgen patiënten onrealistische verwachtingen van de effecten van kleine levensstijlveranderingen die kunnen leiden tot teleurstelling en terugval [12]. Aangetoond is dat

de blootstelling aan gewichtsstigmatiserend materiaal juist leidt tot een toegenomen calorie-inname. Dit is strijdig met de idee die men eerst had dat druk om gewicht te verliezen een positief motiverend effect zou hebben op personen met overgewicht [36].

Vermijden van sporten en uitgaan

Twee cross-sectionele onderzoeken hebben de relatie onderzocht tussen gewichtsstigmatisering en sportgedrag in volwassenen met overgewicht. Er werd een positieve correlatie gevonden tussen frequente stigmatiserende ervaringen en verminderde motivatie om te sporten [6].

Stigmatisering kan obesitas verergeren door de angst naar buiten te gaan, angst belachelijk gemaakt te worden bij sport en cycli van emotioneel eten met het risico op de ontwikkeling van een eetstoornis. Stigmatisering kan ook worden geïnternaliseerd en de boodschap wordt onderdeel van iemands zelfbeeld. Vooral kinderen zijn hier gevoelig voor[28]. In een onderzoek in de UK beschreven jongeren met een overgewicht hoe dagelijkse sociale activiteiten moeite kosten vanwege hun gewicht. Shopping trips en andere sociale activiteiten kunnen hen een gevoel geven van schaamte, uitgesloten te worden, gemarkeerd als "anders" en kunnen leiden tot het zichzelf in vraag stellen en in huis blijven[33].

Gevolgen van stress wegens stigmatisering

Obese patiënten die zich gestigmatiseerd voelen kunnen een hoog niveau van stress voelen. Stress kan het cognitieve functioneren beïnvloeden en effectieve communicatie hinderen. Langdurige blootstelling aan hoge niveaus van stress hormonen kunnen op lange termijn leiden tot verschillende ziekten: hartziekten, CVA, depressie, angststoornissen. Andere studies associëren ervaringen van gewichtsstigmatisering met een toegenomen ervaring van stress, hoge bloeddruk, hoge niveau's van het C reactieve proteïne en verhoogde cortisol en oxidatieve stress [6,12,18, 29].

Het gevoel gediscrimineerd te worden kan leiden tot een laag zelfbeeld, lage zelfcontrole, lage zelfeffectiviteit, depressie, lagere levenskwaliteit. Dit resulteert in weinig constructieve coping om gewicht te verliezen[8,9,12,14,28,33]. Door aanhoudende stigmatisatie kunnen obese mensen gaan denken dat ze zulke negatieve houding van anderen verdienen. Goffman stelt dat obesitasstigmatisering leidt tot stereotypieën en houdingen gekenmerkt door vooroordelen en discriminatie door iedereen. Het ongemak in sociale interacties kan leiden tot gevoelens van schaamte en minderwaardigheid. De acceptatie een onbegeerlijk lichaamsuiterlijk te hebben kan leiden tot ongelijke sociale interacties en slechte levenskwaliteit bij obese mensen[6,37].

Depressie en angststoornissen hebben een grotere prevalentie bij obese individuen [6,9,14,33].

Ongeveer 30% van personen met obesitas leiden aan "Binge Eating" [6,8,9,19,33].

Strategieën tegen stigmatisering bij zorgverleners.

Hieronder worden een vijftal strategieën genoemd die stigmatisering zouden kunnen tegengaan. Niet van allen is de effectief al onderzocht.

Een eerste strategie is het vergroten van de empathie van hulpverleners door middel van inlevingsoefeningen. Inlevingsoefeningen hebben de houding van hulpverleners tov gestigmatiseerde groepen verbeterd. Als het echter gaat om gewichtsstigmatisering te verminderen, zijn de onderzoeksresultaten over de effectiviteit ervan gemengd[11, 37].

Een tweede strategie is het veranderen van waargenomen normen tav negatieve houdingen en stereotypen tov obese mensen. In een studie reduceerden onderzoekers vooroordelen mbt obese mensen door bewijs te leveren dat hun leeftijdsgenoten geen negatieve houding hadden. Hoe meer de deelnemers van het onderzoek zich konden identificeren met de leeftijdsgenoten hoe groter het gewenste effect [14,37].

Een derde strategie is het aanmoedigen van hulpverleners in het oefenen van emotieregulatie technieken welk een positief affect induceren. Hoge mentale druk en tijdsdruk komen veel voor in klinische settings en verminderen het beoordelings- en beslissingsvermogen. Daarbij de frustraties die hulpverleners hebben bij “moeilijke” of “complexe” patiënten die volgens de hulpverleners de eigen gezondheid beschadigen, kunnen sterk negatieve emoties uitlokken. Er is een studie die suggereert dat emotieregulatie tools zoals meditatie of diepe ademhaling de hulpverleners kunnen helpen hun negatieve emoties te overwinnen en hun compassie vergroten.

Een andere niet onderzochte strategie is gericht op het laten toenemen van het bewustzijn van de aanwezigheid van vooroordelen t.a.v. obesitas. Op deze manier kan er een behoefte ontstaan er aandacht voor te hebben door zichzelf te onderzoeken op expliciete cognities en stereotypen rondom obese mensen en op impliciete houdingen. Daarnaast kan er informatie gegeven worden over het automatisme van deze gedragingen en kunnen de hulpverleners aangemoedigd worden continu te streven naar een gedrag conform de waarden: hulpvaardigheid en gelijkwaardigheid.

Een vijfde aanpak is hulpverleners onderwijzen over genetische, omgevings-, biologische psychologische en sociale factoren die van invloed zijn op gewichtstoename en -verlies. Hulpverleners die dit ingewikkelde web van oorzaken begrijpen hebben een positievere houding tov patiënten met obesitas. Dit onderwijs bestaat in verschillende vormen lessen, lectuur, video’s, websites en kan makkelijk geïntegreerd worden in het curriculum en klinische training settings [18,35,37,38]. Een studie met 75 geneeskundestudenten toonde aan dat een onderwijsinterventie in staat was de houding van de studenten en hun cognities t.o.v. obesitas te verbeteren[11].

Enkele principes m.b.t. de behandeling van obesitas

Een systematische review van 80 RT’s van gewichtsverliesinterventies met ten minste 1 jaar follow up vond een gemiddelde gewichtsverlies van 5 tot 9% binnen een half jaar. De gewichtsinterventies bestonden uit dieet, lichaamsoefening, maaltijdvervangers, laag calorische maaltijden, gewichtsverlies medicatie. Deze bevindingen komen overeen met een meta analyse van 46 RT’s die een nettoresultaat van gewichtsverlies van 6% in een jaar vonden. Veel andere reviews vinden niet meer dan 10% gewichtsverlies op 1 a 2 jaar. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de bestaande dieetprogramma’s en medicatiebehandelingen gemiddeld niet meer dan 10% gewichtsverlies kunnen geven. Bovendien blijkt dat patiënten die gewichtsverlies hebben bereikt door aanpassingen van de levensstijl het jaar volgende op de behandeling terug 30 a 35% van hun verloren gewicht

terugwinnen en binnen 5 jaar bijna al hun verloren gewicht terugwinnen. De preventie van terug gewicht winnen is een grote uitdaging. Men kan hier concluderen dat in praktisch alle dieetprogramma's en gedragsinterventies terugval in gewichtstoename voorkomt.

Ondanks het bovenstaande is het aangetoond dat met een gewichtsverlies van 10% patiënten een belangrijke verbetering van hun gezondheid kunnen ervaren zoals een vermindering van diabetes II, hypertensie en het cardiovasculair risico. Ook is het van belang te weten dat er toenemend bewijs is dat een belangrijk percentage van mensen met overgewicht of obesitas metabool gezond zijn en personen zonder overgewicht metabole en cardiovasculaire risicofactoren kunnen vertonen. Dit gegeven daagt vooroordelen uit omtrent obesitas en versterkt de idee dat obesitas een heterogeen fenomeen is.

Er zijn verschillende strategieën om een welkome en minder bedreigende behandelomgeving te creëren voor obesitas patiënten.

De focus op het gewicht kan verschoven worden naar screening op ziekten en condities waarvoor overgewicht een risicofactor is. Haalbaar gedrag kan aangemoedigd worden dat gezondheid en welzijn kan bevorderen. Daarbij kunnen patiënten geïnstrueerd worden niet te richten op hun gewicht maar op de andere voordelen van gezond eten en lichamelijke oefening. Dit kan het bedreigende van de conversaties over dieet en beweging verminderen en de kans op gedragsverandering en het vasthouden van gezond gedrag vergroten. Het wegen kan beperkt worden tot algemene gezondheidschecks en niet bijvoorbeeld bij bezoeken die niet geassocieerd zijn met het gewicht[11].

Het is van belang het thema gewichtsstigmatisering aan te kaarten in obesitas interventies en antistigmatiseringsboodschappen te integreren in obesitaspreventie programma's. Interventies zouden moeten focussen op gezondheid als primaire motivator en gewenst doel van gedragsverandering en niet een op een ideaal gewicht. Ongezond eten zoals "fast food" en frisdrank kunnen voor iedereen afgeraden worden ongeacht iemands lichaamsomvang[10]. Er is een groeiende interdisciplinaire beweging "Health at Every Size" (HAES) die de aandacht verschuift van gewichtsmanagement naar het promoten van gezondheid. Hun primaire doel is het bevorderen van gedrag dat gezondheid promoot voor mensen van iedere omvang zonder het gewicht als mediator te gebruiken. Gewichtsverlies kan mogelijks een bijeffect zijn. Er is evidentie uit 6 RT's dat de HAES aanpak geassocieerd is met significante verbeteringen in fysiologische parameters (vb bloeddruk en lipidenbloedspiegels), gezond gedrag (lichaamsbeweging) en in psychosociale parameters (stemming, zelfbeeld en lichaamsbeeld). De beweging stelt dat interventies gericht op fysieke activiteit en dieet zouden gedaan moeten worden vanuit een houding van compassie en gericht op zelfzorg eerder dan louter voorschriften vanuit de intentie aan richtlijnen te voldoen[39].

Een andere aanpak is het gebruik van "patient-centered" strategieën van communicatie zoals het motivationeel onderzoek wat gebaseerd is op respect en steun[11]. Onderzoek suggereert dat het minder bedreigend is en geassocieerd met therapietrouw en positieve resultaten. Hulpverleners vermijden aannames dat obesitas de reden is voor hun gezondheidstoestand en behandelen hun obese patiënten met hetzelfde respect en aandacht als iedere andere patiënt met een chronische ziekte[14]. Een betere dokter – patiënt relatie is geassocieerd met patiëntveiligheid, therapietrouw, gebruik van preventieve diensten, zelf gerapporteerde gezondheid en welzijn en een beter herstel bij een aantal ziekten[19].

Een review suggereert dat hulpverleners extra steun en training nodig hebben om mensen met overgewicht en obesitas kwalitatief goed te helpen. Het is zorgelijk wanneer hulpverleners schroom hebben om het thema obesitas aan te kaarten wanneer het juist nodig is preventieve en gewichtsreducerende therapie te doen. Het is daarom nodig dat hulpverleners leren obese patiënten te behandelen met sympathie en een goede kennis van specifieke behandelopties voor gewichtsreductie [17].

Tenslotte is het aan te raden dat de klinische omgeving aangepast is aan ook obese patiënten door aangepaste stoelen te hebben en instrumentarium dat bruikbaar is voor patiënten van elke lichaamsomvang[12]. De impact hiervan op de ervaren gewichtsstigmatisering is overigens nog niet getest.

Vragenlijst

1. Geslacht: Man _____ Vrouw _____
2. Leeftijd: _____ jaar
3. Geboorteplaats (land): _____
4. Is tenminste één van uw ouders niet in België geboren?: ja _____ nee _____
5. Bent u: Huisarts _____. hoeveel jaar? _____ jaar
   HAIO _____. 8ste jaar _____ of 9de jaar _____
6. Wat is uw gewicht? _____ kg.
7. Wat is uw lengte ? _____ cm.
8. Bent uzelf vooroordelen tegengekomen omwille van uw gewicht?
Ja _____ Nee _____

Casus 1

We willen u een eerste patiënt voorstellen. Het gaat om een 42 jarige werkende vrouw. Ze is 1.68 m groot en weegt 90 kg, dus ze heeft veel overgewicht. Vaak heeft ze problemen om kleren te vinden die haar passen. Soms heeft ze moeilijkheden om trappen te lopen en ze is snel buiten adem.
Welke kunnen volgens u de oorzaken zijn van het overgewicht bij deze vrouw? Hieronder staan 14 mogelijke oorzaken. U kan de relevantie van iedere mogelijke oorzaak m.b.t. de patiënt aangeven in een score van 1 tot 5. (1 = helemaal niet relevant tot 5 = zeer relevant).
Omcirkel de voor u gepaste score.

1. Misleidende reclame en product etikettering

1 2 3 4 5

2. Culturele invloeden

1 2 3 4 5

3. Sociale omgeving

1 2 3 4 5

4. Overvloed van voeding (door welvaart)

1 2 3 4 5

5. Gebrek aan kennis over voeding

1 2 3 4 5

6. Fouten in de opvoeding tijdens kinderleeftijd

1 2 3 4 5

7. Gebrek aan fysieke activiteit

1 2 3 4 5

8. Kwaliteit van het eten

1 2 3 4 5

9. Te veel eten

1 2 3 4 5

10. Zich snel vervelen

1 2 3 4 5

11. Gebrek aan wilskracht

1 2 3 4 5

12. Psychologische problemen

1 2 3 4 5

13. Endocriene en metabole stoornissen

1 2 3 4 5

14. Genetische factoren

1 2 3 4 5

Hieronder zijn een aantal eigenschappen vermeld die tegenpolen vertegenwoordigen van specifieke aspecten van een persoon. Plaats voor ieder paar eigenschappen een 'x' op een lijntje tussen deze adjectieven op een plaats die correleert met het gevoel dat je hebt bij deze patiënt. Hoe dichterbij een adjectief hoe sterker je gevoel neigt naar deze pool.

1. Lui	____	____	____	____	____	IJverig
2. Geen wilskracht	____	____	____	____	____	wilskrachtig
3. Knap	____	____	____	____	____	Lelijk
4. Goede zelfbeheersing	____	____	____	____	____	Geen zelfbeheersing
5. Snel	____	____	____	____	____	Traag
6. Veel uithoudingsvermogen	____	____	____	____	____	Geen uithoudingsvermogen
7. Actief	____	____	____	____	____	Passief
8. Zwak	____	____	____	____	____	Sterk
9. Egoïstisch	____	____	____	____	____	Zelf opofferend
10. Houdt niet van eten	____	____	____	____	____	Houdt wel van eten

11. Slecht figuur ____ ____ ____ ____ ____ Goed figuur

12. Eet te weinig ____ ____ ____ ____ ____ Eet te veel

13. Onzeker ____ ____ ____ ____ ____ Zelfverzekerd

14. Laag zelfbeeld ____ ____ ____ ____ ____ Hoog zelfbeeld

Casus 2

We willen u graag een andere patiënt voorstellen. Het gaat om een 42 jarige werkende vrouw. Ze is 1.68 m groot en weegt 62 kg, dus ze heeft een normaal gewicht. Ze heeft nooit problemen om kleren te vinden die bij haar passen. Trappen lopen is heel gemakkelijk voor haar en ze heeft een goede conditie.
Hieronder zijn een aantal eigenschappen vermeld die tegenpolen vertegenwoordigen van specifieke aspecten van een persoon. Plaats voor ieder paar eigenschappen een 'x' op een lijntje tussen deze adjectieven op een plaats die correleert met het gevoel dat je hebt bij deze patiënt. Hoe dichterbij een adjectief hoe sterker je gevoel neigt naar deze pool.

1. Lui ____ ____ ____ ____ ____ IJverig

2. Geen wilskracht ____ ____ ____ ____ ____ wilskrachtig

3. Knap ____ ____ ____ ____ ____ Lelijk

4. Goede zelfbeheersing ____ ____ ____ ____ ____ Geen zelfbeheersing

5. Snel ____ ____ ____ ____ ____ Traag

6. Veel uithoudingsvermogen ____ ____ ____ ____ ____ Geen uithoudingsvermogen

7. Actief ____ ____ ____ ____ ____ Passief

8. Zwak ____ ____ ____ ____ ____ Sterk

9. Egoïstisch ____ ____ ____ ____ ____ Zelf opofferend

10. Houdt niet van eten ____ ____ ____ ____ ____ Houdt wel van eten

11. Slecht figuur ____ ____ ____ ____ ____ Goed figuur

12. Eet te weinig ____ ____ ____ ____ ____ Eet te veel

13. Onzeker ____ ____ ____ ____ ____ Zelfverzekerd

14. Laag zelfbeeld ____ ____ ____ ____ ____ Hoog zelfbeeld

Kennistoets obesitas

Hierna volgen enkele stellingen in verband met de aanpak van overgewicht en obesitas in de huisartsenpraktijk. Gaat u akkoord of niet akkoord met de stellingen?

1. Bij de aanpak van obesitas is het voornaamste doel gewichtsreductie.

Akkoord …….. Niet Akkoord……..

2. Met voldoende zelfcontrole bereikt iedereen een normaal gewicht.

Akkoord …….. Niet Akkoord……..

3. De oplossing voor obesitas is simpel: minder eten, meer bewegen.

Akkoord …….. Niet Akkoord……..

4. In het kader van een risicotaxatie bij overgewicht moet de huisarts ook steeds screenen op eetstoornissen.

Akkoord …….. Niet Akkoord……..

5. Gewichtsverlies is nodig voor gezondheidswinst.

Akkoord …….. Niet Akkoord……..

6. Personen met een eetbuistoornis eten grote hoeveelheden voedsel en ervaren daarbij een gevoel van controleverlies. Ze vertonen daarnaast ook compensatiereacties zoals braken, laxeren, vasten, sporten,…

Akkoord …….. Niet Akkoord……..

7. Obesitas is een medische aandoening die vooral een medische aanpak vergt.

Akkoord …….. Niet Akkoord……..

8. Vooraleer de behandeling op te starten is het belangrijk om na te gaan of de patiënt wel gemotiveerd is om af te vallen.

Akkoord …….. Niet Akkoord……..

9. In het stadium van de beschouwing stelt de patiënt zich weinig of geen vragen bij het huidige gedrag en overweegt de patiënt nog geen gedragsverandering.

Akkoord …….. Niet Akkoord……..

10. De huisarts moet het gezondheidsrisico i.v.m. overgewicht vooral bepalen bij patiënten met een eigen vraag rond gewicht of een duidelijk gerelateerde co-morbide aandoening.

Akkoord …….. Niet Akkoord……...

11. Een negatief zelfbeeld bij overgewicht kan verwijzen naar een onderliggend eetprobleem.

Akkoord …….. Niet Akkoord……...

12. BMI is de beste voorspeller van morbiditeit en mortaliteit.

Akkoord …….. Niet Akkoord……...

13. Doorverwijzing naar andere disciplines (diëtist, psycholoog,…) is enkel aangewezen indien de patiënt er niet in slaagt zelfstandig af te vallen.

Akkoord …….. Niet Akkoord……...

14. Behandeling met Orlistat is aangewezen bij patiënten met obesitas.

Akkoord …….. Niet Akkoord……...

15. Medicatie speelt slechts een bijkomstige rol bij de behandeling van obesitas. De hoofdzaak blijft steeds het doorvoeren van gedragsverandering.

Akkoord …….. Niet Akkoord……...

16. Bij patiënten met obesitas is het belangrijk om de gewichtseffecten na te gaan van de medicatie die de patiënt reeds jaren inneemt.

Akkoord …….. Niet Akkoord……...

17. …….De belangrijkste rol van medicatie bij overgewicht en obesitas is het behandelen van de co-morbiditeiten.

Akkoord …….. Niet Akkoord……...

18. Eetlustremmers kunnen bij sommige patiënten een extra ondersteuning bieden.

Akkoord …….. Niet Akkoord……..

Dank u wel voor uw medewerking!!!