DE SAMENWERKING MET EEN DIËTIST: WELKE PATIËNTEN DOORSTUREN EN MOTIVEREN?

De Vydt Marilien, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele, Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Hannah De Ruelle, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

1. Context

De prevalentie van overgewicht en obesitas blijft wereldwijd stijgen. Ook in België is deze stijging duidelijk aanwezig. In 2013 had 48% van de volwassen Belgische bevolking overgewicht en had 14% obesitas. Als huisarts komen we in aanraking met veel mensen met overgewicht, maar de aanpak blijkt niet eenvoudig en gebeurt niet routinematig. In deze masterproef wordt onderzocht wat de mogelijk drempels zijn die de artsen en patiënten ervaren en de doorverwijzing naar de diëtist beïnvloeden.

2. Onderzoeksvragen

Om de behandeling van de patiënt met overgewicht en het doorverwijzen naar de diëtist te optimaliseren werden volgende onderzoeksvragen bekeken: Hoe kan de doelgroep voor een doorverwijzing gedefinieerd worden? Hoe gebeuren de huidige verwijzingen? Wat zijn de grootste drempels bij zowel arts als patiënt om het onderwerp bespreekbaar te maken probleem? En wat zijn de werkpunten die arts en diëtist aankaarten om de samenwerking te verbeteren?

3. Methode

Er werd gestart met een literatuurstudie die onderzocht wat de richtlijnen over het definiëren van de doelgroep vertellen en wat de drempels zijn die artsen en patiënten ervaren in de behandeling van overgewicht. Nadien gebeurde er een kwalitatieve studie aan de hand van interviews met de 4 artsen werkend in de praktijk, met de diëtist, met 11 patiënten die reeds verwezen werden en met 10 patiënten die uit een dossieronderzoek naar boven kwamen met duidelijke risicofactoren. De gegevens uit deze interviews werden verwerkt met het softwarepakket Nvivo.

4. Resultaten

De BMI, de buikomtrek, het cardiovasculair risico en de aanwezigheid van comorbiditeiten zijn de belangrijkste parameters die het risico van een patiënt met overgewicht bepalen. Momenteel worden nog veel te weinig patiënten doorgestuurd naar de diëtist om een aangepaste levensstijl te bekomen. De drempels die hierbij een grote invloed hebben zijn tijdsnood, de financiële druk, de motivatie en weerstand van de patiënt en de schrik van de artsen om die weerstand uit te lokken. Een betere organisatie van preventieve consulten en een betere communicatie tussen arts en diëtist liggen aan de basis voor een betere samenwerking.

5. Conclusie

De huisarts neemt een centrale rol in om de patiënt met overgewicht te triëren, te motiveren, te verwijzen en te behandelen. Om patiënten tot een verandering in levensstijl omtrent overgewicht aan te zetten dienen heel wat drempels bij zowel de patiënt als de arts overwonnen te worden. Motivationele gesprekstechnieken kunnen gebruikt worden om de weerstand van de patiënt aan te pakken. Dit vergt echter wel meer tijd, waardoor deze consulten anders georganiseerd moeten worden. Wanneer deze interventie besproken wordt met de patiënt, dient dit nauwkeurig genoteerd te worden in het patiëntendossier. Dit zorg voor een vlottere opvolging naar de toekomst toe.

INHOUDSTAFEL

INLEIDING **3**

METHODOLOGIE **4**

LITERATUURONDERZOEK **5**

1. VISIE OP AANPAK VAN OVERGEWICHT EN OBESITAS 5
2. ROL VAN DE HUISARTS 5
3. GEZOND VERSUS ONGEZOND 5
4. GEWICHTSPROBLEMEN IN CIJFERS 6
5. DOELGROEP SELECTEREN 7
6. INSCHATTING ERNST EN INDICATIESTELLING VAN DE BEHANDELING 10
7. DREMPELS IN DE BEHANDELING 13

RESULTATEN **16**

1. HOE GEBEUREN DE HUIDIGE VERWIJZINGEN? 16
2. WAT ZIJN DE GROOTSTE DREMPELS BIJ ZOWEL ARTS ALS PATIËNT OM HET ONDERWERP BESPREEKBAAR TE MAKEN EN HET PROBLEEM AAN TE KUNNEN PAKKEN? 22
3. WAT ZIJN DE VOORDELEN VOOR MENSEN MET OBESITAS OM NAAR DE DIËTIST TE GAAN? 30
4. WAT ZIJN DE WERKPUNTEN VOLGENS DE HULPVERLENERS DIE KUNNEN LEIDEN TOT EEN BETERE SAMENWERKING? 31
5. WAT WAS DE UITEINDELIJKE BESLISSING VAN DE PATIËNTEN UIT DE GROEP VAN DE 'TE VERWIJZEN PATIËNTEN'? 32

DISCUSSIE **34**

1. HOE KAN DE DOELGROEP VOOR EEN DOORVERWIJZING GEDEFINIEERD WORDEN? 34
2. HOE GEBEUREN DE HUIDIGE VERWIJZINGEN? 35
3. WAT ZIJN DE GROOTSTE PROBLEMEN EN DREMPELS IN DE DOORVERWIJZING? 35
4. WAT ZIJN VOORDELEN VOOR MENSEN MET OVERGEWICHT OM NAAR DE DIËTIST TE GAAN? 38
5. WAT ZIJN DE WERKPUNTEN OM TOT EEN BETERE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN DIËTIST TE KUNNEN KOMEN? 38

CONCLUSIE **40**

BRONNEN **41**

BIJLAGES **43**

BIJLAGE 1: GUNSTIG ADVIES VAN HET ETHISCH COMITÉ 43
BIJLAGE 2: GOEDGEKEURD PROTOCOL 44
BIJLAGE 3: BEOORDELING VOEDINGSPATROON OP EEN SNELLE MANIER (BV- SM) 45
BIJLAGE 4: FLOWCHART STAPPENPLAN VAN 'EETEXPERT' 47
BIJLAGE 5: HET CARDIOVASCULAIR RISICO BEREKENEN ADHV HET ALGORITME VAN 'DOMUS MEDICA' 48

INLEIDING

Overgewicht en obesitas zijn een toenemend probleem in onze maatschappij. Volgens de WHO is de prevalentie van obesitas meer dan verdubbeld sinds 1980. In 2014 waren er wereldwijd meer dan 1.9 miljard volwassen mensen met overgewicht, waarvan er meer dan 600 miljoen mensen obees waren. Procentueel is dat 39% van de wereldbevolking boven de 18 jaar die overgewicht heeft en 13% van de volwassen mensen heeft obesitas. Nationale data uit 2013 tonen nog hogere cijfers : 48% van de volwassen Belgische bevolking heeft overgewicht en 14% heeft obesitas (1, 2, 10).

Naast de toenemende prevalentie mag ook het risico van overgewicht en obesitas op de gezondheid niet onderschat worden. Het heeft een belangrijke invloed op de morbiditeit en mortaliteit van de bevolking. Hoe hoger het BMI, hoe hoger het risico op bepaalde aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes en gewrichtslijden (1, 3,10). Daarnaast mogen ook de psychologische gevolgen en de effecten op de levenskwaliteit niet onderkend worden. Het is belangrijk dat mensen met overgewicht toegang kunnen krijgen tot een multidisciplinaire zorg. Bij deze multidisciplinaire zorg is het belangrijk dat er met de totaliteit van de persoon rekening gehouden wordt. Dit houdt in dat er gekeken wordt naar de fysieke klachten, het voedingspatroon, de bewegingsstatus maar daarnaast zeker ook naar de psychologische en mentale toestand. Helaas wordt er tot op heden slechts een klein deel van de patiënten consequent opgevolgd en ondersteund (4-7). In deze masterproef zal de nadruk gelegd worden op het aspect dieet en gezonde voeding. Dit is natuurlijk maar een onderdeel van de totale zorg bij mensen met overgewicht.

In de groepspraktijk waar ik werk, werkt er 1 dag in de week een diëtist. Momenteel is er buiten het gemakkelijk verwijzen niet echt een hechte samenwerking. Iedereen in de praktijk staat open om deze samenwerking te optimaliseren. Een betere samenwerking tussen arts en diëtist en zo ook een betere opvolging voor patiënten met overgewicht zou nuttig kunnen zijn voor zowel arts, diëtist als patiënt.

Om deze samenwerking te kunnen optimaliseren is het belangrijk te weten te komen welke patiënten baat hebben aan een doorverwijzing. Hoe kan de doelgroep voor een doorverwijzing gedefinieerd worden? Hoe gebeuren de huidige verwijzingen? Wat zijn de grootste drempels bij zowel arts als patiënt om het onderwerp bespreekbaar te maken en het probleem aan te kunnen pakken? Wat zijn volgens de patiënten de voordelen om naar de diëtist te gaan? En wat zijn de werkpunten die arts en diëtist aankaarten om de samenwerking te verbeteren?

Het globale doel van dit kwaliteitsverbeterproject is om te onderzoeken welke drempels de doorverwijzing naar de diëtist beïnvloeden en hoe er hier beter op ingespeeld kan worden. Dit kan dan zorgen voor een betere samenwerking.

METHODOLOGIE

Er werd gestart met een literatuuronderzoek om te weten te komen welke patiënten het grootste risico lopen op complicaties door hun overgewicht. Welke parameters geven volgens de huidige richtlijnen en onderzoeken de belangrijkste indicatie tot verdere opvolging? En hoe kan dit het best aangepakt worden?

Er werd begonnen met het opzoeken van de Belgische en Nederlandse richtlijnen rond obesitas en overgewicht bij volwassen. De richtlijnen van 'Domus Medica', 'het Nederlands Huisarts Genootschap' en het draaiboek voor huisartsen van de site 'Eetexpert' werden weerhouden (4-6).

Daarnaast werd er op 'Cebam Digital Library for Health' en 'Pubmed' gezocht naar aanvullende artikels en richtlijnen. De zoektermen 'Obesity', 'Overweight', 'Diet', ' Problems' en 'Barriers' werden hiervoor gebruikt. De selectie gebeurde verder door enkel artikels te selecteren die over volwassenen gingen en die gratis beschikbaar waren. Via het abstract werden er enkele artikels weerhouden waarin het beleid en de mogelijke parameters besproken werden en andere waarin gekeken werd naar de drempels, belemmeringen en problemen die patiënten en artsen ondervinden bij een dieet of verwijzing naar een diëtist.

Na het literatuuronderzoek volgde het kwalitatief onderzoek. Dit bestond uit verschillende delen. Er werd eerst gestart met interviews met de 4 collega artsen en de diëtist werkend in de praktijk. Hierbij werd er gepolst naar de huidige manier van werken, de redenen van verwijzing, de problemen of drempels die hierbij optreden en de werkpunten voor een betere samenwerking.

Vervolgens werd de agenda van de diëtist van de laatste 2,5 jaar overlopen en werden de patiënten met een dossier in onze praktijk opgelijst. Deze groep van 39 patiënten werd gecontacteerd en er gebeurden uiteindelijk 11 interviews met patiënten die reeds voor dit onderzoek doorverwezen werden naar de diëtist. In deze interviews werd er vooral nagevraagd hoe de verwijzing verlopen was, hoe ze dit ervaren hadden en of er problemen waren geweest.

Nadien was het de bedoeling om de patiënten met overgewicht of obesitas uit het dossier te kunnen halen. Er werd echter geconstateerd dat de parameters (BMI en buikomtrek) die uit de literatuurstudie naar bovenkwamen, heel weinig gecontroleerd werden en in het dossier geschreven stonden. Daardoor werd er beslist vanaf mei 2016 tem eind februari 2017 zoveel mogelijk de lengte, gewicht en buikomtrek te meten bij patiënten die op consultatie kwamen. Begin maart 2017 werd er dan een lijst gehaald uit het medisch programma met de mensen die baat zouden hebben bij een eventuele doorverwijzing naar de diëtist. Dit waren 259 mannen en vrouwen boven de 18 jaar. Deze selectie werd verder vernauwd met de grens van een BMI $\geq$ 30, voor de mannen een buikomtrek van $\geq$ 102 cm, voor de vrouwen een buikomtrek van $\geq$ 88 cm en de patiënten die momenteel niet naar een diëtist gaan. Na deze vernauwing bleven er 146 patiënten over. Dit werd genoteerd in hun dossier en aan de patiënten die op consultatie kwamen werd er vervolgens door de vaste arts gevraagd of ze wouden meewerken aan het onderzoek. Er volgden 10 interviews met patiënten uit deze laatste groep. Tijdens deze gesprekken werd er vooral gekeken hoe ze tegenover een eventuele doorverwijzing staan, wat voor hen de voor en nadelen zijn, en hoe ze het ervaren hierover aangesproken te worden.

Al de verschillende interviews werden ingebracht in het programma Nvivo, waarna er codes gehecht werden aan deze gesprekken om zo tot de analyse van de resultaten te kunnen komen.

LITERATUURONDERZOEK

1. Visie op aanpak van overgewicht en obesitas

Verschillende studies en richtlijnen zijn het erover eens dat de nadruk bij de behandeling van overgewicht voornamelijk moet liggen op het veranderen van de levensstijl. Dit is belangrijker dan de gewichtsreductie zelf. Het is nuttig om de mensen te proberen aanzetten tot het opdrijven van fysieke activiteit en dit op een zo plezierige en ongedwongen mogelijke manier. Daarnaast is het natuurlijk ook belangrijk hen te wijzen op wat gezonde en evenwichtige voeding is. Een integrale aanpak van voeding, beweging, het somatisch en het psychosociaal functioneren is het ultieme doel. Op deze manier kan er gezorgd worden voor een aanpak op lange termijn en zorgt dit voor de grootste gezondheidswinst. Het is dus zeker nuttig de samenwerking tussen verschillende hulpverleners te optimaliseren om zo tot de beste zorg voor de patiënt te komen (4-7).

Obesitas is te beschouwen als een chronisch probleem. Retrospectief blijkt vaak dat mensen met overgewicht op latere leeftijd, reeds op jongvolwassen leeftijd een belangrijke gewichtstoename doormaakten. Dit onderstreept het belang van preventieve maatregelen en voorlichting (4-7).

Gewichtsproblemen zijn vaak verbonden met eetproblemen en deze worden vaak te weinig of te laat opgemerkt. Bij de behandeling van gewichtsproblemen is het heel belangrijk hier bewust aandacht aan te schenken en op te letten dat je door een eventueel dieet geen verdere eetstoornissen in de hand werkt. Dit is een belangrijk maar uitgebreid aspect dat buiten het bestek van deze masterproef valt (4-8).

2. Rol van de huisarts

Als huisarts spelen we een belangrijke rol in de aanpak bij mensen met overgewicht. Deze taak start bij de detectie en screening. Als huisarts zijn we hier ideaal voor geplaatst. Bij veel patiënten is er reeds een vertrouwensband en zijn we de eerste contactpersoon bij gezondheid gerelateerde problemen. We hebben reeds een belangrijke taak in preventie en hierdoor kan de detectie op gewichtsproblemen eventueel gemakkelijk ingepast worden in de routineschema's voor andere preventieve controles.
Naast detectie en screening bestaat de rol van de huisarts ook in de medische opvolging en een coördinerende rol bij de multidisciplinaire samenwerking. De huisarts moet de continuïteit van het zorgtraject bewaken en de comorbiditeiten behandelen en opvolgen (4-7).

3. Gezond versus ongezond

Alvorens te weten welke patiënten baat hebben bij een multidisciplinaire behandeling van een eventueel overgewicht is het natuurlijk belangrijk te weten wat de grenzen van een gezond gewicht zijn. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van het BMI (4-7, 9).

Men kan de volgende score gebruiken voor mensen vanaf 18 j:

Tabel 1: BMI- waarden

BMI < 16	Extreem ondergewicht
BMI 16 - 18,5	Ondergewicht
BMI 18,5 - 25	Normaal gewicht
BMI 25 - 30	Overgewicht
BMI ≥ 30	Obesitas

Men spreekt van overgewicht bij een BMI tussen 25 en 30 en van obesitas bij een BMI vanaf 30. Obesitas kan verder opgesplitst worden in verschillende klassen (4-7, 9).

- BMI 30 - 35: obesitas klasse I
- BMI 35 - 40: obesitas klasse II
- BMI ≥ 40: obesitas klasse III, morbide obesitas

Obesitas kan worden gedefinieerd als een toestand van overtollige opstapeling van lichaamsvet, in vergelijking met de norm voor de leeftijd en het geslacht. De BMI zegt echter niets over het vetgehalte of de vetverdeling. Directe metingen van het totale lichaamsvet zijn echter in de praktijk moeilijk uit te voeren en niet altijd betrouwbaar.

De hoofdoorzaak van overgewicht is vaak een verstoord evenwicht tussen de opname en het verbruik van energie. De overmaat aan energie wordt omgezet in vetweefsel (4, 5, 9).

4. Gewichtsproblemen in cijfers

In 2013 werd een 5e nationale gezondheidsenquête in België georganiseerd. De resultaten van deze enquête zijn samengevat in onderstaande tabel.

Tabel 2: Metingen van Body Mass Index bij de Belgische volwassenen (10)

	1997	**2001**	**2004**	**2008**	**2013**
Gemiddelde BMI	24,7	25,0	25,1	25,3	25,4
Normaal gewicht (BMI [18,5-24,9])	55,0	52,0	52,5	50,0	48,9
Overgewicht (BMI ≥ 25)	41,3	44,5	44,1	46,9	48,1
Overgewicht (BMI [25,0-29,9])	30,5	32,4	31,4	33,1	34,4
Obesitas (BMI ≥ 30)	10,8	12,1	12,7	13,8	13,7
Ondergewicht (BMI < 18,5)	3,7	3,5	3,4	3,1	3,0

In 2013 was de gemiddelde BMI van de Belgische volwassenen 25,4. Dit steeg in vergelijking met de enquete in 1997. De gemiddelde BMI stijgt met de leeftijd tot 74 jaar. Bij de mannen (55 %) is er een hoger percentage met overgewicht in vergelijking met de vrouwen (42%). Bij obesitas is dat verschil niet merkbaar (10).

Volgens de nationale gezondheidsenquête uit 2013 heeft 48% van de volwassen bevolking (van 18 jaar en ouder) overgewicht en 14% obesitas. Het is echter alarmerend dat er vanaf de leeftijdsgroep 45-54 jaar meer dan de helft van de volwassen bevolking aan overgewicht lijdt en dat in de leeftijdsgroep 55-74 jaar één persoon op vijf obees is. Er werden duidelijke verschillen gezien in verdeling van overgewicht bij de verschillende klassen in de maatschappij.

Hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger de prevalentie van overgewicht: 64% van de laagst opgeleiden heeft overgewicht, bijna 25% is obees (10).

5. Doelgroep selecteren

In deze masterproef is het onder andere de bedoeling te weten te komen welke patiëntengroep baat heeft bij een doorverwijzing naar een diëtist. De groep van patiënten met overgewicht is erg groot, is het bij iedereen even nuttig om door te verwijzen. Welke parameters anders dan het gewicht, kunnen meespelen in de selectie van patiënten die het meest baat hebben bij een doorverwijzing naar een diëtiste?

5.1. Het ter sprake brengen van het overgewicht

Het is belangrijk te screenen naar gewicht gerelateerde gezondheidsrisico's bij patiënten. Dit is van belang, zowel bij patiënten die zelf met deze hulpvraag komen, als bij patiënten met risicofactoren en comorbideiten gerelateerd aan obesitas, alsook in het kader van algemene preventie. De huisarts kan het gewicht ofwel routinematig ter sprake brengen, of naar aanleiding van een ander probleem (4-7, 9).

Het ter sprake brengen van het onderwerp 'overgewicht' wil niet zeggen dat iedereen ervoor openstaat om hier ook daadwerkelijk iets aan te doen. Het is belangrijk de motivatie vooraf te toetsen (4-7, 9).

5.2. Bepaal het medisch risico

Bij het bepalen van het medisch risico spelen er verschillende parameters een belangrijke rol.

5.2.1. BMI

Het wordt aangeraden om bij alle patiënten op een eerste consultatie, ongeacht de hulpvraag, de BMI te meten. Nadien blijft het belangrijk het gewicht geregeld op te volgen (4-7, 9).

5.2.2. Buikomtrek

Het meten van de buikomtrek is vooral nuttig bij mensen met overgewicht of matige obesitas, vanaf een BMI van meer dan 35 heeft dit geen nut meer.
De bepaling van de buikomvang gebeurt als volgt: De patiënt staat rechtop met de voeten ongeveer 25 tot 30 cm uit elkaar. Een correctie meting die je als volgt: Meet halverwege laagste punt van de onderste rib en boven-voorzijde van de bekkenkam (ter hoogte van de navel). De meting gebeurt op de blote huid, na een normale uitademing, zonder druk uit te oefenen. Meet recht over de buik met 1 vinger tussen het lint en de buik. Meet tweemaal de omtrek en noteer de gemiddelde waarde, afgerond op 0.5 cm (4-7, 9).

Tabel 3: Normaalwaarden van de buikomtrek

	Mannen	**Vrouwen**
Normale buikomtrek	**≤ 94 cm**	**≤ 80 cm**
Vergrote buikomtrek	**94-102 cm**	**80-88 cm**
Ernstig vergrote buikomtrek	**≥ 102 cm**	**≥ 88 cm**

Abdominale vetafzetting heeft een groter risico op diabetes mellitus en op hart- en vaatziekten. In het algemeen heeft dit meer gezondheidsrisico's dan wanneer het vet geconcentreerd zit op heup en dijen (4-7, 9).

5.2.3. Cardiovasculair risico

Het cardiovasculair risico wordt bepaald aan de hand van de ABCDEF-regel. Op basis van deze zes klinische gegevens worden de patiënten verder onderverdeeld in verschillende risicogroepen (4-7, 9, 11).

Tabel 4: Het cardiovasculair risico: het ABCDEF-schema

***A*+**	Age (leeftijd)	**≥** 50 jaar
***B*+**	Bloeddruk	Systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg of diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg of bij gebruik van bloeddrukverlagende medicatie
***C*+**	Cigaret (roken)	≥ 1 sigaret per dag
***D*+**	Diabetes Mellitus type II	Aanwezigheid van diabetes mellitus II
***E*+**	Event	Voorgeschiedenis van een persoonlijk ischemisch event
***F*+**	Familiaal ischemisch event	Voorgeschiedenis van een vroegtijdig ischemisch event bij een familielid van de eerste graad: < 55 jaar vader/broer < 65 jaar moeder/zus

Op basis van dit schema kunnen de patiënten snel onderverdeeld worden in verschillende risicogroepen.

Patiënten met diabetes mellitus type 2 (D+) met één andere risicofactor (bv. ouder dan 50 jaar) en patiënten met een voorgeschiedenis van persoonlijk ischemisch incident (E+) bevinden zich in de groep met een hoog cardiovasculair risico. Zij hebben 10% of meer kans om binnen de tien jaar het slachtoffer te worden van een fatale cardiovasculaire complicatie (11).

Personen zonder risicofactoren of met enkel roken (C+) als risicofactor bevinden zich in de groep met een laag cardiovasculair risico. Zij hebben minder dan 5% kans om binnen tien jaar slachtoffer te worden van een fatale cardiovasculaire complicatie (11).

Patiënten met andere risicofactoren positief zoals A+ (leeftijd), B+ (bloeddruk) of F+ (familiale voorgeschiedenis) hebben een onbepaald risico na deze klinische evaluatie. Om het risico (hoog, intermediair of laag) van deze patiënten te weten moet er gebruikt gemaakt worden van de 'score-risicotabel'(Zie bijlage) (11).

5.2.4. *(Risico op) diabetes mellitus*

Zowel diabetes mellitus als een gestoord nuchter glucosegehalte verhogen het gezondheidsrisico bij mensen met overgewicht (4-7, 9).

5.2.5. *Cholesterol*

Bij mensen met overgewicht of een verhoogd cardiovasculair risico is het aangewezen de cholesterolwaarden te bepalen. De LDL-waarde is suboptimaal als hij ≥ 115 mg/dl bedraagt. De HDL-waarde is te laag als hij < 40 mg/dl bedraagt (4-7, 9).

5.2.6. *Gewichtsgerelateerde comorbiditeiten*

Tot slot hebben volgende comorbiditeiten ook een invloed op het medisch risico (4-7, 9):

- Hart- en vaatziekten
- Slaapapneu
- Artrose

5.3. Controleer de mogelijke oorzaken voor het overgewicht

5.3.1. *Levensstijl (4-7)*

- Eetpatroon: Dit kan nagegaan worden aan de hand van het 'Vlaamse BV-SM instrument' (zie bijlage). Hierbij wordt er gekeken naar de frequentie van maaltijden, selectief eten (het vermijden van vetten/ zoetigheden of juist te rijk of energiedens voedsel eten, teveel gesuikerde dranken), de portiegrootte, vasten, dwangmatig gezond eten, eetbuien of controleverlies tijdens het eten, eetlust. Het is belangrijk na te gaan of er sprake is van emotioneel of extern eten. Emotioneel eten is een reactie op negatieve emoties. Extern eten is vooral een reactie op externe prikkels, zoals geur, smaakvolle presentatie en gemakkelijke beschikbaarheid van het voedsel. De arts moet hierbij bedacht zijn op het bestaan van een eetbuistoornis of boulimia nervosa.
- Beweegpatroon/sedentair gedrag
- Slaappatroon
- Roken, alcohol en drugs

5.3.2. *Medicatie*

Heel wat medicatie heeft een invloed op het gewicht. Medicaties die kunnen zorgen voor een toename van het gewicht zijn bijvoorbeeld: corticoïden, antipsychotica, antimigrainemiddelen, insuline, orale antidiabetici, antidepressiva, bètablokkers, anticonvulsiva en hormonale medicatie (4-7).

5.3.3. Lichamelijke oorzaken

Bepaalde genetische of somatische aandoeningen kunnen hun bijdrage hebben in overgewicht. Het is vooral belangrijk hieraan te denken als de levensstijl en eetgewoonten goed zijn en er specifieke bijkomende klachten zijn. Voornamelijk endocrinologische aandoeningen of genetische syndromen liggen hier aan de basis. Daarbuiten kunnen ook neurologische aandoeningen, waardoor er minder fysieke activiteit mogelijk is, een invloed spelen bij overgewicht.
Zowel om de oorzaak van het overgewicht als de gevolgen op de lichamelijke conditie na te gaan is het belangrijk de bloeddruk, een hart- en longauscultatie, controle van de huid en een controle van de schildklier uit te voeren (4-7).

5.3.4. Sociaal economische situatie

Studies tonen dat overgewicht en obesitas vaker voorkomen bij mensen met een lage sociale status, dit niet tegenstaande dat in alle klassen overgewicht aan het toenemen is. Mensen uit een lagere sociale klasse hebben vaak minder toegang tot sport en beweging in de vrije tijd en hebben vaker een ongezonde levensstijl en mindere evenwichtige voeding (4, 5).

5.4. Inventariseer de impact van het overgewicht op de levenskwaliteit

Mensen met overgewicht of obesitas ervaren regelmatig stigmatisering en kampen vaker met psychische stoornissen en een minder algemeen welbevinden. Als huisarts is het van groot belang de patiënt in zijn totaliteit te bekijken en dus ook aandacht te schenken aan het psychosociaal functioneren. Dit is cruciaal om de impact van de problematiek te kunnen inschatten. Hierbij moet er aandacht gaan naar de lichaamsbeleving, het welbevinden en de persoonlijkheid van de patiënt (4, 5, 9).

6. Inschatting ernst en indicatiestelling van de behandeling

6.1. Medisch risico

Hieronder ziet u een overzicht van het medisch risico ten opzichte van de verschillende risicofactoren. Hoe meer risicofactoren aanwezig zijn, hoe ernstiger het gewichtsprobleem is.

Tabel 6: Overzicht medisch risico (4)

	Normaal	*Risico*	*Ernstig risico*
BMI	18,5 – 25	25 – 30	30 - …
Buikomtrek	M: ≤ 94 cm V: ≤ 80 cm	M: 94 - 102 cm V: 80 - 88 cm	M: ≥ 102 cm V: ≥ 88 cm
CVR	Laag (10 jaar risico sterfte 0-4 %)	Matig (10 jaar risico sterfte 5-9%)	Hoog (10 jaar risico sterfte ≥ 10%)
Diabetes mellitus	Geen risicofactoren	Gestoorde nuchter glycemie	Diabetes Mellitus
Cholesterol		LDL ≥ 115 mg/dl HDL < 40 mg/dl TG > 180 mg/dl	
Comorbiditeiten	Geen	1 comorbiditeit	Meerdere comorbiditeiten

6.2. Behandeling

6.2.1. Algemene visies op de aanpak van de behandeling

Alvorens over te gaan tot verdere zorg is het belangrijk gepersonaliseerde en objectieve feedback over het risicoprofiel te geven aan de patiënt. Dit heeft natuurlijk pas effect als de informatie gewenst is. Vervolgens is het nuttig te kijken naar de motivatie tot gedragsverandering.

Het individueel behandelplan moet afgestemd worden op het gezondheidsrisico, de motivatie, de voorkeur en de mogelijkheden van de patiënt. De focus wordt best verlegd van het gewicht naar de leefstijl!

Er wordt aangeraden met de patiënt realistische doelen op te stellen en prioriteiten te leggen. De eigen verwachtingen ten aanzien van het gewicht worden best nagevraagd. Onrealistische verwachtingen kunnen namelijk leiden tot ontgoocheling en tot het stoppen van de leefstijlveranderingen. Realistisch is om te streven naar een gewichtsreductie van 5-10% na een jaar, met 1-2 kg gewichtsverlies per maand. Behoud van het gewicht of gewichtsreductie blijft het allerbelangrijkste. Er mag niet vergeten worden dat het behandeldoel erin bestaat het eetgedrag in zijn brede context aan te pakken, zodanig dat er aandacht gaat naar zowel het lichamelijk, het psychisch als het sociaal functioneren (4-8).

De behandeling is gebaseerd op 3 pijlers (4-8):

A. Probeer samen een gezonde levensstijl uit te bouwen. Dit houdt in dat er aandacht gaat naar gezonde voeding, voldoende beweging en het beperken van sedentair gedrag.
B. Behandel comorbiditeiten, medische complicaties en psychiatrische problematiek
C. Bevorder het psychisch functioneren en welbevinden.

6.2.2. Multidisciplinaire samenwerking

Een dieet wordt best zo persoonlijk mogelijk afgestemd op de patiënt. Zo moet er rekening gehouden worden met onder meer de persoonlijke nood aan energiebeperking, de individuele eet- en leefgewoonten, de psychologische en financiële draagkracht, de comorbiditeiten, de motivatie van de patiënt en het vertrouwen. Als huisarts heb je niet steeds de tijd om tijdens een consult al deze aspecten van gewichtsreductie op te nemen. Bovendien toont onderzoek aan dat een multidisciplinaire samenwerking bij de behandeling van obesitas een duidelijke meerwaarde geeft. Andere zorgverleners (zoals bijvoorbeeld de diëtist of de psycholoog) hebben door hun opleiding vaker meer kennis en tools om het probleem gericht aan te pakken. Begeleiding wordt dus best uitbesteed deels uitbesteed(3-8).

Samenwerking is niet altijd evident. Het kan echter wel voor een meerwaarde zorgen in de begeleiding van de patiënt. Elke zorgverlener die de patiënt begeleidt, heeft zijn eigen voornaamste taken. Deze taken worden hier verder toegelicht (3,4).

6.2.2.1. De huisarts

Bij de behandeling van overgewicht en obesitas speelt de huisarts een sleutelrol. Zo dient hij allereerst de patiënten met overgewicht te triëren. Vervolgens dient hij het probleem verder te verkennen. Uiteraard is het ook de taak van de huisarts om het probleem te behandelen en tenslotte is er voor de huisarts ook een coördinerende rol weggelegd (4-7).

6.2.2.2. De diëtist

De diëtist neemt een adequate voedingsanamnese af. Hij/zij probeert het gestoorde eetpatroon te herstellen naar een gezond alternatief door advies te geven in de keuze van voedingsmiddelen en hoe deze te bereiden. De diëtist maakt een plan op maat van de patiënt (4, 12, 13).

6.2.2.3. De bewegingsdeskundige of kinesist

Die heeft als taak om een bewegingsschema op maat op te stellen en zo te zorgen voor het geleidelijk aan opbouwen van beweging en het helpen om een actievere levensstijl aan te houden. Verder kunnen ze ook helpen bij een aangepaste begeleiding bij osteoartritis, gewrichtspijnen, immobiliteit van de gewrichten, vermoeidheid, functieverlies en kortademigheid. Uit studies komt naar boven dat toevoegen van een oefenprogramma aan een dieet kan zorgen voor een extra gewichtsdaling en een verbetering van de bloedlipiden (4, 12, 13).

6.2.2.4. De psycholoog

De psycholoog helpt met een psychosociale screening, gedragsverandering, adviseren van het team en heeft natuurlijk een zeer belangrijk rol bij het behandelen van eetstoornissen en psychische klachten. De toevoeging van gedragstherapie aan het dieet werd ook geassocieerd met extra gewichtsverandering. Familietherapie werd geassocieerd met meer verandering in gewicht dan een individuele behandeling na 12 maanden (4, 12, 13).

6.2.2.5. De arts specialist

Bij ernstige medische complicaties of comorbiditeiten of bij nood aan bariatrische chirurgie is er nood aan een samenwerking met een specialist (4).

6.2.2.6. De patiënt

Tot slot heeft de patiënt een maximale verantwoordelijkheid voor zijn/haar eigen gedragsveranderingen (4).

Om de samenwerking tussen al de verschillende partijen zo vlot mogelijk te laten verlopen is het belangrijk om op voorhand duidelijk het doel en de planning te bespreken, dit kan aan de hand van een verwijsbrief of overleg. Richtlijnen raden volgend voorstel aan:

- Een degelijke verwijsbrief van de huisarts met de biomedische gegevens, de labowaarden, de relevante medische gegevens, de vraagstelling en de gewenste overlegvorm.
- Na 1e consultatie door een diëtist wordt er aangeraden een kort verslag met de bevindingen en de werkhypothese naar de huisarts te sturen.
- Na 3 consultaties volgt er best een uitgebreid vervolgrapport aan huisarts met metingen (gewicht, lengte, taille), eventuele testresultaten, bevindingen uit anamnese, behandelplan, andere opmerkingen, voorstel tot verdere opvolging en afspraak voor verder overleg
- Extra overleg kan nodig zijn indien de patiënt stopt, op een evaluatiemoment (bv na 3 maanden begeleiding), bij belangrijke wendingen (4).

6.2.3. Evaluatie van de behandeling

Het is belangrijk dat de nadruk vooral ligt op het feit dat wijzigingen in levensstijl belangrijker zijn dan de gewichtsreductie. Het behandelsucces kan het best beoordeeld worden op de stabiliteit van de gedragsveranderingen en het welbevinden van de patiënt (4-7, 14).

Een blijvende follow-up door de huisarts is belangrijk. Follow-up na 6 weken, 3 maand, 6 maand, 1 jaar en nadien halfjaarlijks als de gedragsverandering succesvol is, wordt aangeraden. Soms kan er bij alarmsignalen (bv. verdere toename in gewicht, bijkomende medische risicofactoren en een negatieve beleving van de patiënt bij de te maken leefstijlveranderingen) of bij weinig succes van de behandeling nood zijn aan een frequentere evaluatie en bijsturing. Hecht als hulpverlener waarde en appreciatie aan elke vooruitgang tegenover de voorgaande situatie. Het positief bekrachtigen en motiveren van de patiënt blijft gedurende het hele proces van groot belang (4).

7. Drempels in de behandeling

Zowel de patiënt als de arts kunnen heel wat drempels ondervinden bij de doorverwijzing naar een diëtist. Tot op heden is er hierover nog maar beperkt onderzoek gedaan. Er is wel reeds veel onderzoek gebeurd naar de effectiviteit van diëten. Veel minder studies bekeken wat de mogelijke reden tot het weigeren of stoppen van een behandeling zijn.

7.1. Drempels ervaren door de artsen

In zo goed als alle studies geven de artsen aan dat tijdsgebrek een heel belangrijke drempel is. Zo wordt het onderwerp af en toe vermeden omdat artsen niet genoeg tijd hebben om in te spelen op de noden van de patiënt hierrond. De consultaties worden meestal gestart met de ziektes of aandoeningen die behandeld kunnen worden en preventie wordt vaak uitgesteld tot op latere tijdstippen (15-19).

Veel artsen hebben het gevoel niet genoeg opgeleid te zijn om deze problematiek te kunnen aanpakken. Dit gaat zowel over te weinig kennis als over te weinig vaardigheden om het onderwerp op een juiste manier aan te brengen en de mensen te motiveren tot een behandeling. Naast puur de kennis de gemist wordt missen ze ook adequate leermodellen en richtlijnen die hen hierbij zouden kunnen begeleiden. Deze drempel was in de ene studie duidelijker aanwezig dan in de andere (15-19).

Een belangrijke drempel voor artsen om de patiënt door te verwijzen naar een diëtist is de financiële last van deze behandeling. Niet iedere patiënt is in staat om dit te betalen (16-19).

Verschillende artsen merken weerstand bij de patiënt en geloven zelf niet in veel beterschap. Ze hebben schrik om de arts-patiënt relatie op het spel te zetten door de patiënten te ‘kwetsen’ of boos te maken door hun overgewicht te melden als een probleem. Ze hebben weinig vertrouwen in de patiënten als het aankomt op hun doorzettingskracht om bepaalde veranderingen in hun levensstijl aan te houden. Ze merken dat veel patiënten weinig zelfvertrouwen hebben, dat er is weinig motivatie te vinden is en dat veel patiënten het niet zien zitten om iets te veranderen aan hun levenswijze. Dit is niet steeds slecht bedoeld maar komt soms voort uit veel voorgaande mislukte ervaringen. Veel artsen hebben het gevoel dat ze zelf niet genoeg in staat zijn om de motivatie van de patiënten aan te pakken en het gedrag van de patiënt te helpen veranderen. Ze hebben niet alleen niet veel vertrouwen in de patiënt en

hunzelf, daarbij hebben ze ook maar een beperkt geloof in de mogelijkheden van therapie en diëten (15-18).

7.2. Drempels ervaren door de patiënt

Ook patiënten ervaren drempels bij een doorverwijzing. Deze drempels zijn onder te verdelen in 3 categorieën. Er is de categorie met drempels of nadelen die gelinkt zijn aan de patiënt zelf, er is de categorie van factoren die gelinkt zijn aan het uitvoeren van een dieet of de behandeling op zich en er is de categorie met zaken die gelinkt zijn aan de zorgverlener.

7.2.1. Gelinkt aan de patiënt

Mensen geven aan dat het veranderen van voedingsgewoontes niet evident is. Bij gemotiveerde personen lukt dat in het begin van een behandeling redelijk goed maar hoe langer de behandeling duurt hoe lastiger het wordt om vol te blijven houden. Er is vaak een groot verlangen naar het 'verboden', ongezond eten. Het is moeilijk om niet te vervallen in oude eetgewoontes. Het verlangen niet mogen inwilligen zorgt geregeld voor een prikkelbare en ongelukkige stemming (14, 20-23).
Sommige patiënten melden dat ze te weinig discipline hebben om vol te houden. Ze hebben zichzelf niet genoeg onder controle om de verleiding te weerstaan. Bij mensen die het moeilijk hebben hun doel te bereiken qua gewichtsverlies wordt het verlangen naar ongezond eten vaak groter en de doorzettingskracht kleiner. De groep die er wel in slaagt hun doel te bereiken gaat vaak na het bereiken van het doel lakser om met de adviezen en regels waardoor er dan geregeld terug een gewichtstoename opgemerkt wordt. Suiker en af en toe wat zoete snacks zijn blijkbaar heel moeilijk om te blijven mijden (14, 21-24).

Daarbij leunt aan dat sommige mensen nog weinig zelfvertrouwen hebben. Ze geloven niet in hun eigen slaagkansen. Dit wordt vooral gezien bij mensen die reeds voordien pogingen ondernamen zonder blijvend succes. Dit werkt soms zodanig belemmerend dat ze het nut niet zien van een nieuwe poging. Dit kan gepaard gaan met emoties zoals schaamte, schuldgevoelens, frustratie en verdriet (8, 14, 21-23, 25).

Bepaalde gezondheidsproblemen kunnen ervoor zorgen dat het moeilijker is om veranderingen van levensstijl te kunnen uitvoeren. Dit kan gaan van minder mogelijkheden tot activatie bij mensen met breuken of lichamelijke beperkingen tot een beperktere keuzevrijheid bij diëten bij mensen met bepaalde voedselintoleranties (14).

Al deze zaken kunnen ervoor zorgen dat sommige patiënten geen motivatie vinden om te starten met een dieet.

7.2.2. Gelinkt aan de behandeling

De omgeving van de patiënt heeft een belangrijke rol. Dit kan zowel positief als negatief zijn als ondersteuning. Voor veel mensen is het een drempel om te starten met een dieet als de omgeving er niet achter staat.
Tijdens een dieet wordt er vaak aangeraden om verleidelijke zaken niet in huis te halen. Zo wordt de kans op falen tijdens een moeilijk moment beperkt. Als de rest van de bewoners hier echter niet achter staat blijft er verleidelijk voedsel voorradig en wordt de uitdaging veel groter. Ook moet er in die situatie heel vaak op 2 verschillende manieren gekookt worden omdat de

rest van het gezin het niet ziet zitten mee te eten met het dieet van de patiënt. Ook dit verlaagt de slaagkans en de motivatie aanzienlijk (14, 22).

Sociaal contact is erg belangrijk voor veel mensen. Maar dit zorgt soms voor extra uitdagingen. Waar de patiënten anders snel eens een koffie met een stukje taart gaan eten, moet er nu gezocht worden naar gezondere alternatieven. Ook uitgenodigd worden bij mensen thuis voor een aperitief of etentje kan de nodige zorgen met zich meebrengen. Patiënten willen namelijk hun vrienden of familie niet dwingen mee te doen met het dieet en al zeker niet teleurstellen door niet te eten van het eten dat voorgeschoteld wordt (14, 22).

Een volgende drempel die aangegeven wordt is dat er in sommige diëten weinig variatie van voeding mogelijk is. Dit zorgt ervoor dat het eten saai gevonden wordt en er een grote drang naar andere zaken komt (14, 22).

Een heel belangrijke en vaak voorkomende belemmering is de kostprijs. Dit is niet enkel de prijs van consulten bij de diëtist maar ook de prijs van gezonde voeding of producten. Tot op heden is er in België nog geen terugbetaling of tussenkomst van de overheid. De tussenkomsten van de mutualiteiten zijn beperkt waardoor dit voor veel mensen een belangrijke drempel is (5, 14, 20, 24).

Energie steken in een dieet is voor sommige mensen tijdrovend. Er kruipt tijd in de consulten bij de diëtist maar ook in het klaarmaken van de gezonde maaltijden. Het klaarmaken van gezonde maaltijden kost vaak meer tijd dan snel een kant- en klare maaltijd opwarmen. (14, 20, 22)

7.2.3. Gelinkt aan de zorgverlener

Er bestaan nog heel veel stigma's en vooroordelen rond mensen met overgewicht. Dit is niet enkel het geval bij de buitenwereld maar ook bij de zorgverleners. Al te vaak wordt het 'falen' van de therapie gezien als de 'schuld' van de patiënt. Te weinig wordt er aandacht geschonken aan het feit dat dit een chronisch probleem is die niet gemakkelijk aan te pakken is en blijvende steun en motivatie vergt (5, 24-26).
Patiënten ervaren nog te veel dat er door zorgverleners met minachting gesproken wordt over het onderwerp 'overgewicht'. Ze ervaren weinig respect in de omgang en het contact met zorgverleners. Dit zorgt ervoor dat patiënten zich onzekerder voelen, minder motivatie tot gedragsverandering vinden en het onderwerp uit de weg gaan (5, 26).

Vervolgens geven mensen ook aan nood te hebben aan meer ondersteuning bij de behandeling van overgewicht en obesitas. Ze vinden dat er te weinig communicatie is tussen de verschillende zorgverleners en dat ze niet gemakkelijk de weg vinden om over hun problemen te praten (5, 14).

Tot slot wordt er aangekaart dat er in sommige gevallen te weinig kennis over het probleem en de juiste aanpak bestaat bij de verschillende zorgverleners. Mensen willen graag ook meer info dan enkel het opvolgen van het gewicht. Ze willen graag in een breed gezondheidsperspectief opgevolgd worden. De aandacht moet meer op de algemene gezondheid en levensstijl liggen en niet louter op het gewicht (5, 24).

RESULTATEN

Het globale doel van dit kwaliteitsverbeterproject is het onderzoeken van de factoren die een doorverwijzing naar de diëtist beïnvloeden.

1. Hoe gebeuren de huidige verwijzingen?

1.1. Wat zijn de indicaties tot doorverwijzen?

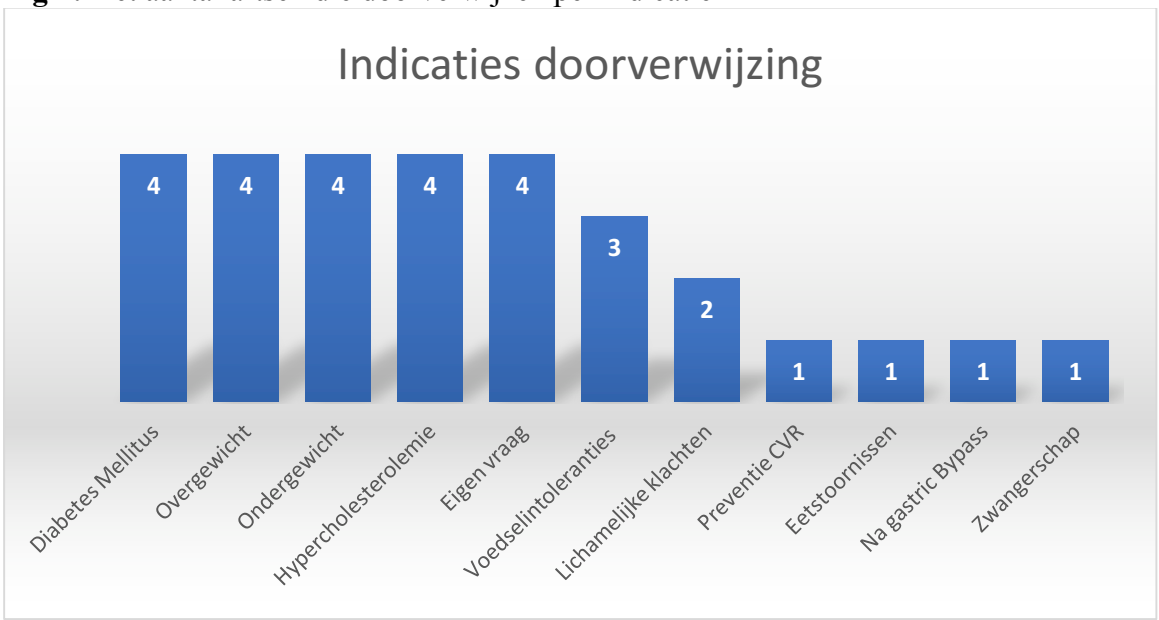
1.1.1. Volgens de artsen

Momenteel wordt er door de 4 collega's in de praktijk voornamelijk doorverwezen voor volgende indicaties: (fig. 1)

- Diabetes mellitus
- Hypercholesterolemie
- Overgewicht
- Ondergewicht
- Eigen vraag
- Voedselallergieën
- Lichamelijke klachten door gewicht
- Preventie bij een cardiovasculair risico
- Eetstoornissen
- Opvolging eetgewoonten na een gastric bypass
- Tips over voeding tijdens zwangerschap

Het aantal van de 4 ondervraagde artsen die voor een bepaalde indicatie doorverwijst is geïllustreerd in onderstaand grafiek:

Fig 1: Het aantal artsen die doorverwijzen per indicatie



1.1.2. Volgens de diëtist

Als de antwoorden van de artsen afgetoetst worden met die van de diëtist komen ze grotendeels overeen met wat de diëtist voornamelijk ziet als aanmeldingsklacht. Zij geeft aan voornamelijk patiënten met diabetes type 2 te zien en mensen die komen in het kader van gewichtsverlies. Dit zowel om gezondheidsredenen als om zichzelf beter te voelen. Ze merkt geen grote verschillen tussen de verschillende artsen wat overeenkomt met het feit dat de meeste collega's gelijkaardige indicaties vermeldden.

1.1.3. Volgens de reeds verwezen patiënten

De meeste patiënten die geïnterviewd werden gingen naar de diëtist omwille van een gewicht dat recent toenam (door bv. rookstop) of een overgewicht die al enige tijd aanwezig was maar waarbij ze zich niet meer goed voelden. (fig.2)

Patiënt: "*Ik was gestopt met roken en een half jaar later was ik 7kg bijgekomen… Er was motivatie genoeg dus.*

Patiënt*: "Het was mijn eigen beslissing omdat ik vond dat ik te zwaar werd en ik voelde me er niet goed bij."*

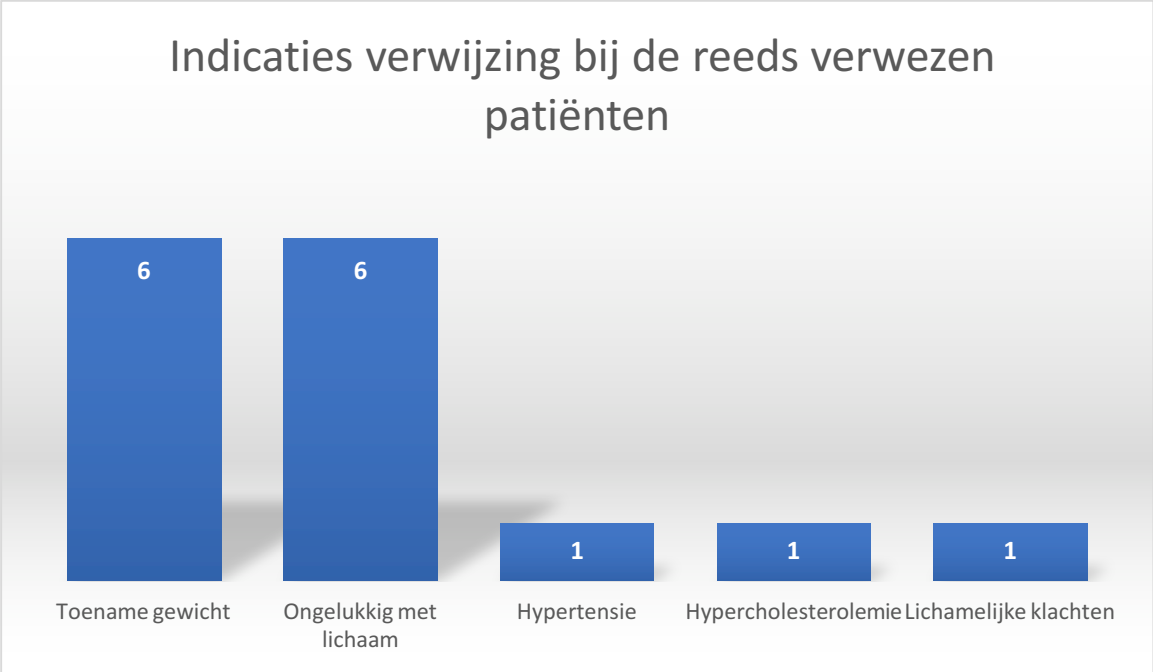
Hypertensie, een te hoge cholesterol of klachten van gewrichten door overgewicht waren echter ook redenen om doorverwezen te worden. (fig. 2)

Patiënt: *"Bovendien kamp ik al 30 jaar met een hoge bloeddruk, dus ook hiervoor kan het geen kwaad mijn eetgewoontes eens aan te pakken."*

Patiënt: *"Ik ben door de huisdokter doorgestuurd omdat mijn cholesterol veel te hoog was."*

Patiënt: *"Ik had klachten van mijn gewrichten en toen is mijn huisarts erover begonnen. Hij vertelde me dat mijn gewicht hier een belangrijke rol in speelde en dat ik baat zou hebben bij een diëtist."*

Fig 2: In deze grafiek wordt de verdeling van de indicaties bij 11 verwezen patiënten geschetst. Sommige patiënten hadden meer dan 1 reden tot verwijzing.



1.1.4. Volgens de te verwijzen patiënten

De 10 patiënten in deze groep werden geselecteerd op basis van een dossieronderzoek. Ze werden weerhouden als er sprake was van obesitas en ze een ernstig vergrootte buikomtrek hadden. (> 102 cm voor de mannen en > 88 cm voor de vrouwen)

4 van de 10 patiënten gaven in de interviews echter aan dat ze naast het gewicht ook doorverwezen worden voor andere risicofactoren of comorbiditeiten.

- Bij 1 patiënt werd er net een nieuw afwijkende suikerwaarde gevonden. Dit zorgde voor een extra reden tot doorverwijzing.

  Patiënt: *"Ik ben 14 dagen geleden gaan solliciteren bij Volvo Trucs en ik moest medische testen afleggen. Ze zagen in mijn water dat ik het suiker zou hebben. "*

- Bij 1 andere patiënt had de huisarts in een recent labo-onderzoek een hypercholesterolemie vastgesteld.

  Patiënt: *"Ik ging naar de huisarts om mijn laboresultaten te bespreken en toen zei hij dat ik moet opletten. Mijn cholesterol staat namelijk te hoog. "*

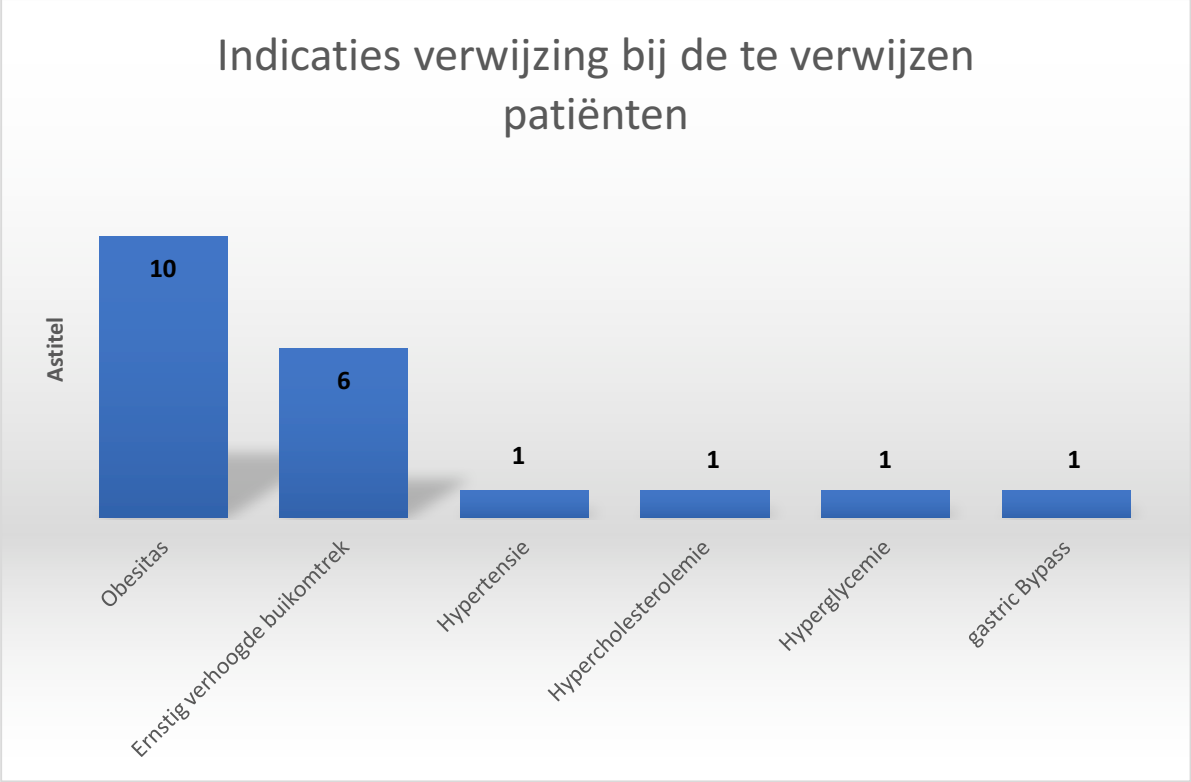
- Een 3e patiënt had een te hoge bloeddruk en rugklachten die ook gelinkt konden worden aan de obesitas van de patiënt.

  Patiënt*: "Ik weet van mezelf dat ik aan de zwaardere kant ben en dat ik met mijn hoge bloeddruk en rugpijn er misschien wel iets aan moet doen."*

- Tot slot was er nog een patiënt die recent een gastric bypass had ondergaan maar hiervoor nog niet opgevolgd werd bij een diëtist.

  Patiënt: "*Ik heb 6 maand geleden een gastric bypass gehad. Ik ben nadien 1 maal naar een diëtist in het ziekenhuis geweest maar die heeft me gewoon een boek meegegeven en ik moest het allemaal zelf uitzoeken. "*

Fig.3: In onderstaande grafiek wordt de verdeling van de indicaties geschetst bij deze patiënten. Alle 10 de patiënten waren obees, 6 van hen hadden een 'ernstig verhoogde buikomtrek'.



1.2. Hoe gebeurt de selectie van deze patiënten?

1.2.1. Volgens de artsen

Natuurlijk is er een verschil tussen de theorie en de praktijk, niet al de patiënten die voldoen aan bovenstaande indicaties worden ook effectief doorverwezen.

Bijna alle artsen merken een drempel om het onderwerp aan te kaarten als de patiënt er niet zelf over begint. Ze voelen het aan als een gevoelig onderwerp en proberen dan om eventuele weerstand te vermijden.

Arts 1: "*Als ik overtuigd ben dat het gewicht ermee te maken heeft dan zal ik het ter sprake brengen, maar dit is zeker niet vaak het geval. Soms denk ik er wel aan, maar dan komt de schroom van hoe gaan ze het opvatten, gaan ze het niet kwalijk nemen? Kwalijk in de zin van choqueren. Als je choqueert krijg je weerstand. En dan denk ik dat je ze niet kunt overtuigen en meekrijgen. "*

Arts 2: *"Vroeger sprak ik mensen daar zeer gemakkelijk over aan. Bij klachten, maar ook soms spontaan. Ik heb dit echter afgeleerd omdat ik merkte dat dat vaak niet in dank werd afgenomen."*

Vaak wordt er eerst aangeraden om thuis te proberen enkele zaken te veranderen qua voeding en beweging en dit in kaart te brengen. Zo kan bij een volgend consult de motivatie en de kennis gecontroleerd worden.

Arts 3: '*Ik zal bijna altijd voorstellen om gewicht te verliezen, dit door gezonde voeding in combinatie met meer lichaamsbeweging. Als de mensen overtuigd zijn peil ik naar hun kennis en motivatie en afhankelijk hiervan verwijs ik naar de diëtiste'*

Iedereen is het erover eens dat het belangrijk is om eerst de motivatie tot gedragsverandering te bekijken en indien nodig te bevorderen alvorens effectief door te sturen naar de diëtist. Dit om weerstand en negatieve gevoelens te vermijden en omdat er in het verleden geregeld werd opgemerkt dat er geen nuttig vervolg aan werd gegeven. Vaak werden de consultaties afgerond met 'Ik zal er eens over nadenken' maar werd er nadien geen afspraak gemaakt bij de diëtist. Dit is vooral het geval bij patiënten die aangeraden werden naar de diëtist te gaan omwille van hun overgewicht. Gemakkelijker is het bij patiënten naar aanleiding van een afwijkend laboresultaat zoals de cholesterol of de glycemie. Voornamelijk patiënten met diabetes worden heden het vlugst en laagdrempeligst doorgestuurd. Dit mede omdat patiënten met een afwijkende glucosetest recht kunnen hebben op een terugbetaling en de artsen bij deze patiënten er meer belang van inzien.

Arts 3: "*Mensen met diabetes type II zijn absolute prioriteit omdat hier ook de grootste winst te boeken valt. Deze mensen zijn ook het gemakkelijkst te overtuigen gezien de terugbetaling."*

Arts 4: "*Ik denk dat vooral patiënten die vragen hebben over laboresultaten zoals bv. hyperglycemie of hypercholesterolemie het meest te motiveren zijn."*

De eerlijkheid gebiedt ons toe te geven dat het niet enkel de weerstand van de patiënt is en de drempel, die daardoor ervaren wordt bij de artsen die ervoor zorgt dat er vandaag de dag veel te weinig patiënten doorgestuurd worden. Heel vaak is de selectie wat 'nattevingerwerk' en hangt het af van de tijdsdruk, het moment, de persoon die voor ons zit, de aanmeldingsklacht…

1.2.2. Volgens de reeds verwezen patiënten

Er kwamen 3 manieren van verwijzing naar boven in de interviews. (fig.4)

De eerste groep is de groep die door arts aangesproken en gemotiveerd werd om het gewicht aan te pakken en naar een diëtist te gaan.

Patiënt: "*Ik had klachten van mijn gewrichten en toen is mijn huisarts erover begonnen. Hij vertelde me dat mijn gewicht hier een belangrijke rol in speelde en dat ik baat zou hebben bij een diëtist."*

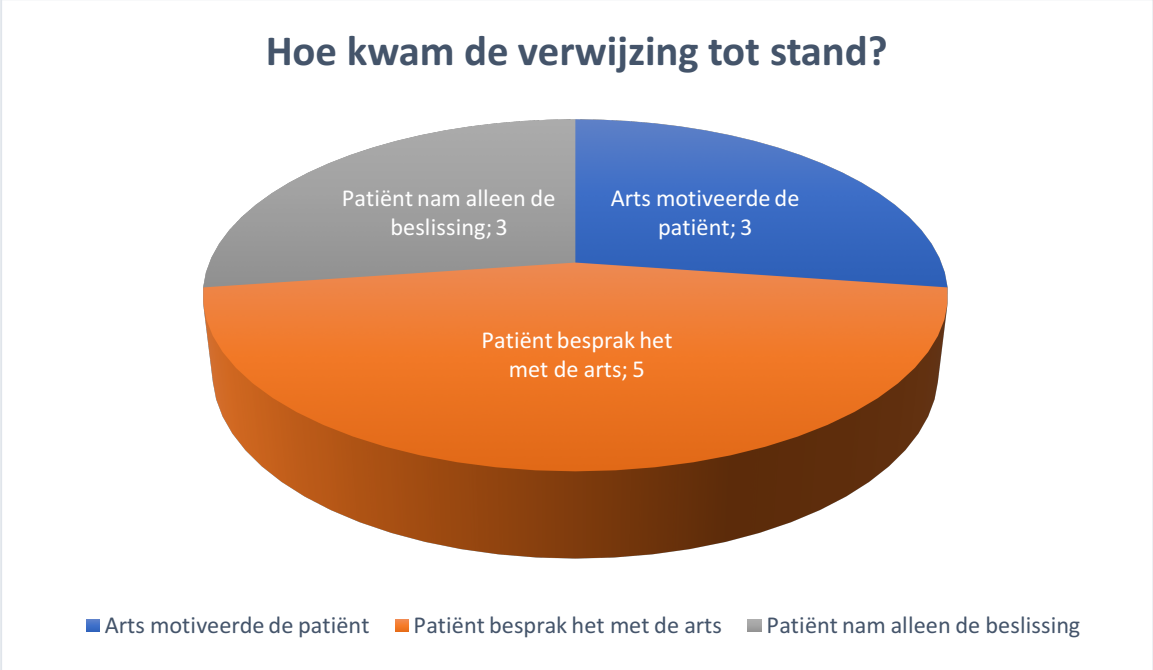
Een tweede groep bestaat uit patiënten die zelf het onderwerp aansneden bij hun huisarts. Deze groep bestaat uit patiënten die vragen hadden rondom hun gewicht en wat ze hieraan konden doen.

Patiënt: "*Ik ben zelf tegen mijn huisarts begonnen over mijn gewicht. Ik wou graag vermageren omdat ik voelde dat ik er last van kreeg. De huisarts raadde me een diëtist aan. Zo kon het op een goede en gecontroleerde manier verlopen.*"

Tot slot is er ook nog een groep patiënten die rechtstreeks een afspraak maakten bij de diëtist zonder hierover een gesprek gehad te hebben met hun arts. Zij zijn vaak geïnformeerd door kennissen of zagen bijvoorbeeld de info in de wachtzaal hangen.

Patiënt: "*Mijn vriend vertelde tijdens een weekend in Reims over een kennis van hem die met de diëtist op een paar maand tijd 30 kilo is afgevallen zonder rare/idiote dingen te moeten doen. Dat weekend had ik me juist superslecht in mijn vel gevoeld in het zwembad, en ik vond dat het genoeg was. Enkel wekelijks een paar baantjes trekken hielp blijkbaar niet, dus heb ik thuis direct naar de diëtiste gebeld, waarvan ik wist dat ze zetelde in de dokterspraktijk.*"

Fig 4: Deze grafiek toont de verdeling van de 11 ondervraagde patiënten in deze 3 groepen. 3 patiënten werden aangesproken en gemotiveerd door een arts, 3 patiënten namen zelf het initiatief en maakten rechtstreeks een afspraak bij de diëtist en 5 patiënten begonnen zelf tegen hun arts over het onderwerp en kwamen samen met de arts tot het besluit van een doorverwijzing.



1.3. De reacties van de te patiënten op de verwijzing

Deze 10 patiënten reageerden zeer uiteenlopend. Ze kunnen onderverdeeld worden in 3 groepen. (fig. 5)

1.3.1. Groep 1: Staan open voor de verwijzing

Allereerst zijn er de mensen die akkoord gaan met het voorstel en open staan om een afspraak bij de diëtist te maken. In dit geval waren dat 4 van de 10 patiënten die geïnterviewd werden.

1.3.2. *Groep 2: Weigeren een doorverwijzing*

De tweede groep zijn de mensen die resoluut weigeren te gaan. Dit kan zijn omdat ze het nutteloos vinden, omdat ze er geen motivatie voor kunnen opbrengen of omdat ze reeds slechte ervaringen ermee gehad hebben in het verleden. In deze groep zaten ook 4 mensen.

1.3.3. *Groep 3: Staan open voor aanpassingen maar proberen het liever eerst zelf*

Tot slot is er een laatste groep van patiënten. Dit is een groep die onbeslist blijft na deze eerste consultatie hierover. Ze zouden graag eerst zelf proberen kijken wat ze kunnen bereiken met dieet en meer beweging. Ze zeggen echter ook geen absolute nee. Dit waren 2 patiënten.

Fig 5: De verdeling van reacties van de patiënten wordt in onderstaande grafiek geschetst.



2. Wat zijn de grootste drempels bij zowel arts als patiënt om het onderwerp bespreekbaar te maken en het probleem aan te pakken?

2.1. De problemen en drempels die door de hulpverleners ervaren worden bij het verwijzen

2.1.1. *Volgens de artsen*

Alvorens er gekeken kan worden hoe de samenwerking en doorverwijzing geoptimaliseerd kan worden is het natuurlijk van belang om de knelpunten na te gaan.

2.1.1.1. Weerstand patiënt

Zoals hierboven reeds beschreven ervaren alle 4 de artsen heel wat weerstand bij de patiënten. Dit is het duidelijkst aanwezig bij patiënten die doorverwezen worden wegens overgewicht of obesitas. De motivatie van de patiënten is vaak erg beperkt. Ze zeggen dat ze weten waar ze op moeten letten en het wel zelf zullen proberen. Een grote groep heeft er weinig zin in en begrijpt/gelooft het nut en de eventuele meerwaarde van een diëtist niet. Dit heeft als gevolg

dat er veel afspraken geannuleerd of niet nagekomen worden en dat er veel anderen nooit een afspraak maken. Momenteel wordt dit heel slecht opgevolgd en gecontroleerd waardoor er weinig zicht is op wie er nu wel degelijk gaat en wie niet.

Arts 1: "*Ze nemen het voorstel tot een doorverwijzing vaak in beraad. Voor obesitas heb je het meeste weerstand, voor intoleranties gaat dat vlotter. Voor ondergewicht vind ik ook dat het gemakkelijker gaat. "*

Arts 4: "*De mensen zeggen heel vaak: 'Ik ga er eens over nadenken' maar het blijft vaak open dan. En dan hebben we er heel weinig zicht op wie het nu echt doet. Ze weigeren niet echt, maar het is ook niet dat ze ervoor staan te springen om het te doen."*

2.1.1.2. Vorige pogingen

Verder zijn er ook heel wat patiënten die in het verleden al pogingen tot gewichtsverlies en dieet ondernomen hebben en al naar een diëtist zijn gegaan. Dit met vaak teleurstellende resultaten of met nadien een herval in oude gewoontes of ondanks de vele pogingen geen blijvend resultaat. Deze teleurstellingen geven aanleiding tot weinig geloof in de mogelijkheid van blijvende veranderingen van levenswijze.

Arts 3: "*Sommige patiënten zijn vroeger al geweest en zeggen dan dat ze weten waar ze op moeten letten. Veel van deze mensen hebben geen zin om nog eens te gaan na een vorige teleurstellende ervaring."*

2.1.1.3. Financiële last

Naast de motivatieproblemen die aangepakt kunnen worden door beter te luisteren en in te spelen op de gevoelens en bezorgdheden van de patiënt blijft de financiële last ook een belangrijk bepalende factor. Alle 4 de artsen vermeldden dit als drempel. Een raadpleging bij een diëtist is niet goedkoop en aangezien de mutualiteiten er maar heel beperkt in tussenkomen is dit vaak toch een grote kost. Er is wel een hogere terugbetaling bij mensen die in een zorgtraject of voortraject zitten. Vertraging bij het aanvragen en goedkeuren van de mutualiteiten zorgen evenwel vaak voor problemen.

Arts 3: "*Een grote drempel die ik ervaar zijn de financiële problemen. Ook in het goedkeuren van het voortraject diabetes zijn er nog verbeteringen mogelijk om de terugbetaling sneller te regelen. Ik zeg meestal met wat schroom:' ja het kost 60 euro voor een eerste raadpleging en nadien 45 euro.' De mensen geven aan dat het te veel is voor hen. Er bestaat een kleine terugbetaling door de mutualiteiten maar dat is niet zo veel."*

Arts 1: "*Voornamelijk de kostprijs is een grote drempel. Momenteel is het ook nog een uitdaging om het voortraject op tijd geregeld te krijgen voor de terugbetaling.*

2.1.1.4. Tijdsnood

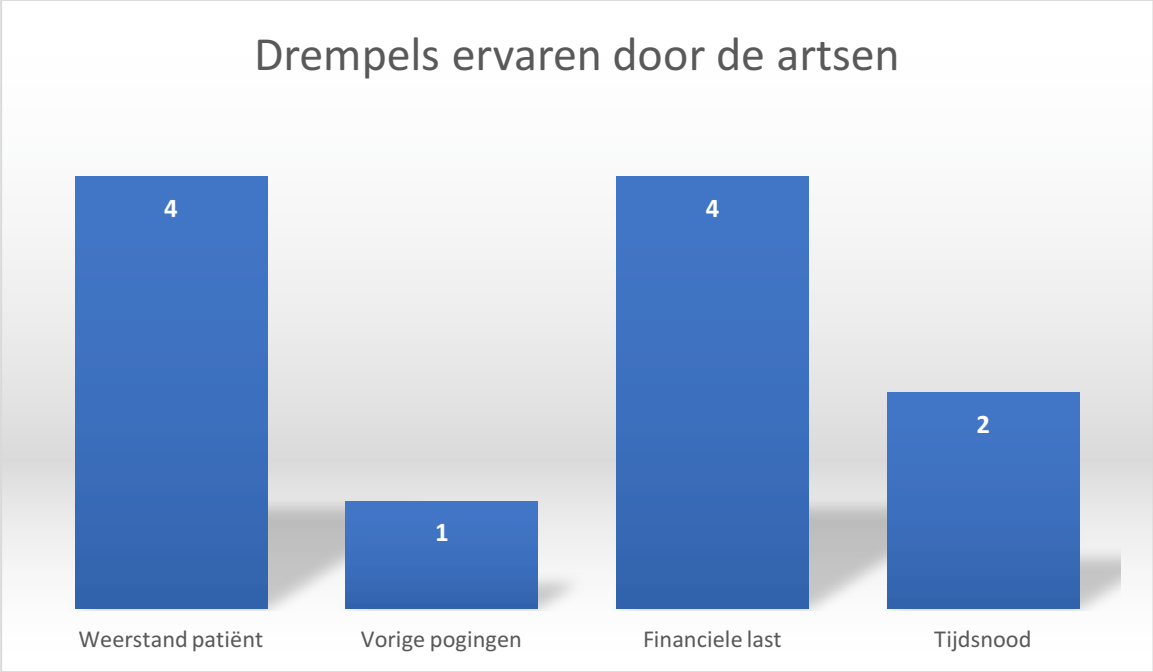
De consultaties zitten vaak al erg vol en patiënten komen maar zelden zelf met een hulpvraag rondom deze problematiek. Er moet dus bewust tijd gemaakt worden om patiënten voldoende te motiveren en op een juiste manier door te sturen.

Arts 4: "*Tijd speelt een belangrijke rol. Als het druk is dan ga ik er inderdaad minder zelf over beginnen en ga ik minder de motivatie aftasten van de patiënt*."

De 4 artsen geven aan dat deze belemmeringen leiden tot het minder snel aankaarten van het onderwerp 'overgewicht en obesitas.' De weerstand bij de patiënt en de problemen bij een doorverwijzing naar een diëtist zorgen er voor dit et een doorverwijzing is, die tijd en investering vergt.

Arts 2: "*Het belangrijkste probleem is dat mensen te weinig bereid zijn om iets aan dergelijke problemen te doen en dat ikzelf dat soms ook zo aanvoel en dan ook te weinig tijd steek in een deftige doorverwijzing.*"

Fig 5: De grafiek hieronder toont het aantal artsen die een bepaalde drempel aangaven. Alle 4 de collega's gaven aan dat de weerstand en de financiële last hen soms weerhoudt om het onderwerp aan te kaarten.



2.1.2. Volgens de diëtist

In analogie met wat de artsen bij zichzelf ervaren, merkt de diëtist in de praktijk op dat er eigenlijk niet veel wordt doorverwezen en dat dit zeer periode gebonden is. Ze vraagt zich af of dit te maken heeft met de motivatie van de patiënten of met het 'eraan denken' van de artsen. Uit de interviews met de artsen blijkt dat beide factoren spelen.

Diëtist: "Het *ene moment krijg ik meer doorverwijzingen dan het andere moment. Komt dit doordat de huisarts er niet steeds aan denkt om door te verwijzen of is dit omdat de patiënt niet gemotiveerd is om te komen*"

Als diëtist staat ze natuurlijk aan de andere kant. Ze merkt op dat patiënten soms met te hoge verwachtingen komen die ze niet kan inlossen. Zo worden er soms door artsen onrealistische streefdoelen van gewicht meegegeven terwijl er beter op gedragsverandering in plaats van louter op gewichtsreductie dient gehamerd te worden.

Diëtist: *"De problemen die ik ondervond hadden vooral te maken met de doelstellingen. Soms wordt door de arts een streefgewicht vooropgesteld dat voor de patiënt onhaalbaar is. Dit zorgt*

ervoor dat hij snel zijn motivatie kwijt kan raken. Dit is nu zeker niet specifiek voor de huisartsen van de praktijk maar meer in het algemeen."

2.2. De problemen en drempels die door de patiënten ervaren werden.

2.2.1. Volgens de reeds verwezen patiënten

2.2.1.1. Hoe hebben de patiënten de verwijzing ervaren?

Alvorens we kunnen komen tot de drempels is het nuttig te weten te komen welke emoties en gevoelens er gepaard gaan bij een verwijzing naar een diëtist.

2.2.1.1.1. Tevreden met genomen beslissing

De patiënten die ondervraagd werden in de groep die reeds naar een diëtist ging waren grotendeels tevreden dat ze deze stap genomen hadden. Ze zien het vaak als een onderdeel van de taak als huisarts en zijn dan ook van mening dat de huisarts hem hier zeker mag over beginnen. Patiënten geven aan dat dit een goede hulp kan zijn om bijvoorbeeld medicatie voor een te hoge cholesterol te vermijden.

Patiënt: "*Ik ben heel tevreden en voel me veel gezonder."*

Patiënt: "*De doorverwijzing is prima verlopen. Het leek me een goede oplossing om eerst via aangepaste voeding te proberen om mijn cholesterol naar beneden te krijgen. Een bijkomend pluspunt was dat ik opgevolgd kon worden en iets aan mijn gewicht kon doen."*

2.2.1.1.2. Nood aan motivatie

Eén van de patiënten vertelde dat ze pas na verschillende keren gemotiveerd kon worden door zowel de huisarts als de cardioloog. Nadien bleek ze hiervoor wel dankbaar en gelukkig.

Patiënt: "*Ik ben bij de diëtist terecht gekomen op aanraden/motivatie van de huisarts en de cardioloog. Ze hebben me verschillende keren moeten motiveren alvorens ik ben gegaan."*

2.2.1.1.3. Weerstand

Deze patiënt was niet de enige die aangaf in het begin weerstand te voelen tegenover het voorstel. Het moeten opgeven van een bepaald comfort, het idee niet meer alles te kunnen eten: dit zijn bezwaren die worden vermeld. Er zijn ook mensen die samenwonen met anderen en 'eten wat de pot schaft'. Dan is het zeker niet evident om de stap te zetten naar een aangepast voedingssysteem.

Patiënt: "*Ik zag het in het begin echt niet zitten. Ik eet graag en wou dit niet opgeven. Ik kook eigenlijk meestal ook niet zelf waardoor ik de anderen er niet lastig mee wou vallen. Uiteindelijk heb ik het dan toch een kans gegeven."*

2.2.1.1.4. Hoop en opluchting

Een ander gevoel dat naar boven kwam was een gevoel van hoop. Hoop dat een dieet eindelijk eens zou kunnen lukken, hoop dat ze met deze stap te nemen, een goede en professionele opvolging en begeleiding zouden krijgen. Opluchting nadien als bleek dat het goed deed om naar de diëtist te gaan, dat er begrip was, dat er expertise en toegankelijkheid heerst. Opluchting dat er adequate tips konden gegeven worden waardoor er doelen bereikt konden worden. Bij

anderen waren de emoties gemengd. In het begin was er blijdschap maar toen het effect stagneerde volgde er teleurstelling.

Patiënt: "I*k krijg er nuttige tips over herprogrammeren van gewoontes en ik heb al veel bijgeleerd over eten. Ik kan mijn vragen op basis van de actualiteit stellen. Aangezien ik veel belang hecht aan expertise, is dat voor mij wel belangrijk. Ik heb het gevoel dat ik zelfstandig betere beslissingen kan maken."*

2.2.1.2. Problemen en drempels verbonden aan de behandeling

Problemen verbonden aan de verwijzing - buiten de weerstand om een bepaald comfort op te geven zoals hierboven reeds aangehaald - kwamen niet echt naar boven. De problemen die naar boven kwamen waren vooral gerelateerd aan het vermageren op zich.

2.2.1.2.1. Invloed van de omgeving

Er werd aangegeven dat het moeilijk is om een dieet vol te houden als de omgeving er niet positief tegenover staat. Het is niet evident als er in normale omstandigheden gegeten wordt 'wat de pot schaft' en men dus afhankelijk is van wat anderen koken. In dat geval moet er soms naar een goede middenweg gezocht om toch het dieet te kunnen blijven volgen.

Patiënt: "*Het is wel moeilijk om een dieet vol te houden als de omgeving niet positief staat. Ik heb dat gelukkig kunnen bespreken en in het weekend deed ik dan geen dieet."*

Patiënt: "*Ik woon thuis bij mijn zoon en schoondochter en eet samen met hen. Ik eet dus wat de pot schaft aangezien zij koken voor mij. Dit is niet evident om dan de tips van de diëtist te volgen. Ik probeer nu wel erop te letten en te vragen om voor mij aangepast te koken af en toe."*

2.2.1.2.2. Sociale contacten

Eén van de moeilijkste momenten voor de patiënten zijn de etentjes en het moeten letten op voeding tijdens sociale activiteiten. Dan is de verleiding vaak heel groot en heb je ook niet steeds zelf de keuze wat er op tafel komt.

Patiënt: "*Door mijn sociaal leven is het dikwijls moeilijk om mij te houden aan de dieetregeltjes, vooral in het weekend. Ik ga nogal graag iets gaan eten met vrienden of familie en dan lukt het niet altijd om op m'n dieet te letten."*

2.2.1.2.3. Tijdsnood

Het is voor patiënten niet altijd evident tijd te blijven vrij maken om naar een diëtist te gaan. Als de resultaten van het dieet dan ook nog stagneren wordt er al snel beslist om andere activiteiten voor te laten gaan.

Patiënt: "*In het begin liep het allemaal heel goed en zag ik vooruitgang. Maar toen er een hele tijd geen gewichtsverlies meer was (na 25kg minder) lukte het niet meer om me te motiveren er tijd voor vrij te blijven maken. Dit was dan ook net de periode dat de andere activiteiten erbij kwamen dus was de keuze snel gemaakt."*

2.2.1.2.4. Verkrijgen van de producten

Er was 1 patiënt die een proteïnedieet volgde, maar hierbij waren er problemen met het leveren van de producten en het verkrijgen van de noodzakelijke informatie. Ze had hierdoor het gevoel

aan haar lot overgelaten te worden. Na een gesprek met haar huisarts kwam dit gelukkig wel in orde en kon er na deze valse start toch verder gegaan worden.

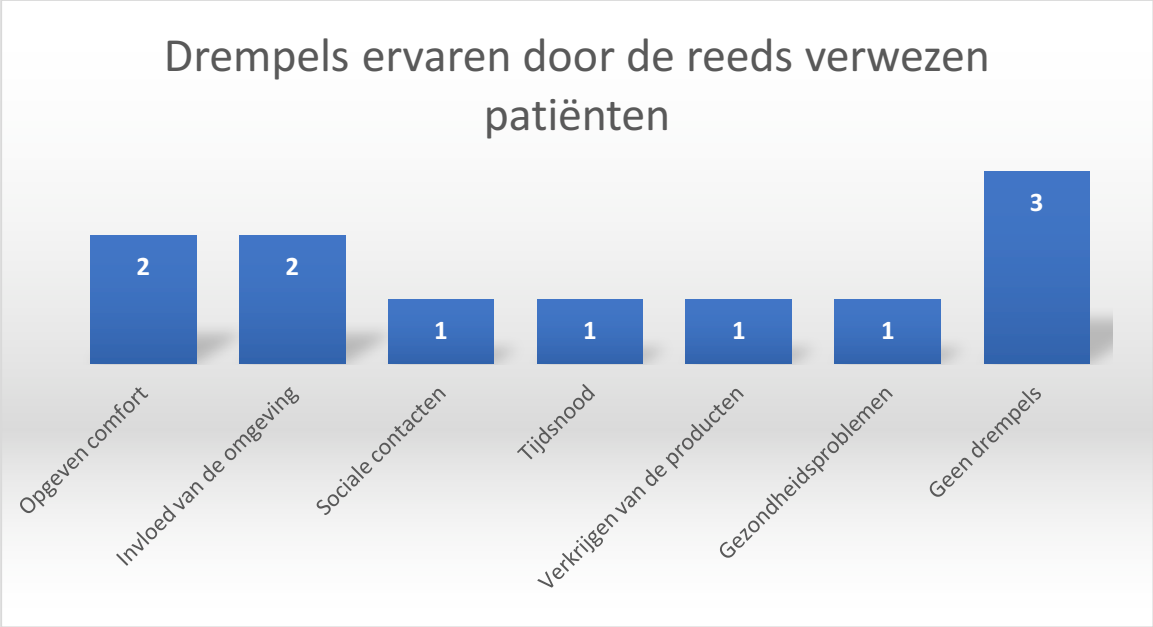
Patiënt: "*Er waren in het begin wel wat problemen. Ik kreeg beperkte uitleg over het proteïnedieet en de producten werden niet tijdig besteld waardoor ik me wat aan mijn lot overgelaten voelde. Na een gesprek met m'n huisarts - die vroeg hoe het liep- legde ik het probleem uit. De hele situatie is dan wel recht getrokken.*"

2.2.1.2.5. Gezondheidsproblemen

Tot slot was er 1 patiënt die recent een schouderfractuur had opgelopen met een zeer lange revalidatie. Dit belemmerde haar in het onderhouden van haar sport en lichaamsbeweging. Ze merkte hierdoor een stabilisatie van het gewicht.

Patiënt: "*Ik moest van de diëtist meer bewegen maar door een recente schouderblessure zie ik mij nu genoodzaakt het fietsen te vervangen door wandelen.*"

Fig 6: De grafiek toont het aantal patiënten die bepaalde drempels aangaven. In de groep van patiënten die zelf beslist hadden om naar de diëtist te gaan waren er 3 die geen drempels of problemen konden aankaarten.



2.2.2. Volgens de te verwijzen patiënten

2.2.2.1. Financiële last

Eén van de frequenste drempels die door de patiënten werd aangehaald was de financiële last die met een doorverwijzing gepaard gaat. Van de 10 patiënten die geïnterviewd werden gaven er 5 aan dat dit niet vanzelfsprekend was.

Patiënt: *"Goh, voor mij persoonlijk zie ik het nut van een diëtist niet. Het is ook niet goedkoop, als je enkele keren moet gaan loopt het snel op. Dit zijn toch ook zaken die meespelen bij veel mensen. Armoede neemt toe en dan is een diëtist een van de eerste mensen waarvan je zegt die heb ik niet echt nodig. "*

Patiënt: *"Mijn huisarts vroeg me ook of het een probleem was om het te betalen, we hebben het bekeken en misschien moet ik het gewoon proberen zo kort mogelijk te houden. Als ik al de juiste info krijg, kan ik het misschien wel verder zelf doen. Want ja het is stom dat het niet terugbetaald wordt. "*

2.2.2.2. Lekkers moeten vermijden

Naast de financiële drempel is het voor bepaalde mensen ook moeilijk om de stap te zetten uit angst dat ze bepaalde zaken zullen moeten missen. Het gevoel van niet meer vrijuit te kunnen genieten van eten en aan regeltjes gebonden te zijn houdt mensen tegen om een diëtist een kans te geven.

Patiënt: "*Ik ben ook bang dat ze te streng zal zijn en dat ik niets meer zal mogen eten dat lekker is. Dat ik nooit meer iets met vrienden zal kunnen gaan eten omdat ze daar niet zo gezond zijn. Maar de dokter zei dat het niet zo extreem hoeft te zijn. Dus ik hoop het. "*

2.2.2.3. Tijdsnood

De 3^{e} meest aangehaalde drempel bleek dat patiënten het soms niet zien zitten om er tijd in te steken. Mensen hebben het vaak al erg druk met werk, gezin en hobby's zodat ze het gevoel hebben er niet veel extra bij te kunnen nemen. Dan wordt een diëtist vaak uitgesteld naar een 'later' moment.

Patiënt: *"Goh, het is er nooit van gekomen om de stap te zetten. Het was te druk, ik had geen tijd. "*

2.2.2.4. Mentale last

Verder geven mensen aan dat ze ongelukkig en prikkelbaar worden als ze aan het diëten zijn. Het heeft in sommige gevallen een impact op de omgeving en dat is bij sommige mensen een reden om te stoppen. Het mogelijk gewichtsverlies weegt voor hen niet op tegen de mentale last.

Patiënt: *"Mentaal blijven functioneren is ook belangrijk. Mijn man zegt dan tegen me: 'dat diëten is allemaal goed en wel maar zo'n humeur dat je hebt'. Als dat zo een impact heeft is dat niet plezant he. "*

2.2.2.5. Teleurstelling bij falen

Hierbij aanleunend komt er een volgende drempel naar boven. Mensen gaan soms liever een uitdaging uit de weg dan het risico te lopen op een teleurstelling.

Patiënt: *"Als je na 2-3 jaar het effect dat je wou nog niet bereikt hebt, stop je er mee. Ik denk niet dat het aan de diëtist lag, maar aan het concept. Ze deed wel echt moeite om bij te sturen en om te zoeken naar hoe het doel bereikt kon worden. Maar toch lukte het niet. Dan verlies je de moed"*

2.2.2.6. Weinig hoop na mislukte pogingen

De reacties van patiënten kunnen beïnvloed worden door voorgaande ervaringen of pogingen die mensen uit hun dichte omgeving ondernomen hebben.

Twee mensen meldden dat ze zelf nog niet naar de diëtist geweest waren maar het wel al gezien hadden bij mensen uit de dichte omgeving. Deze mensen stonden weigerachtiger tegenover een doorverwijzing, omdat ze gezien of gehoord hadden dat het niet veel geholpen had.

Patiënt: "*Mijn broer weegt zeker 120 kg en is al verschillende keren naar een diëtist gegaan. Hij verloor een aantal kilo's met sporten en diëten. Maar daar bleef het bij en na een tijdje nam zijn gewicht terug toe. Dat zie ik bij veel mensen uit mijn omgeving.*"

Twee van de tien patiënten die ik ondervraagd heb hadden wel al contact gehad met een diëtist. Bij 1 patiënt was dat maar eenmalig na een gastric bypass en was het contact met de diëtist niet denderend verlopen en bij een andere was het al een hele tijd geleden.

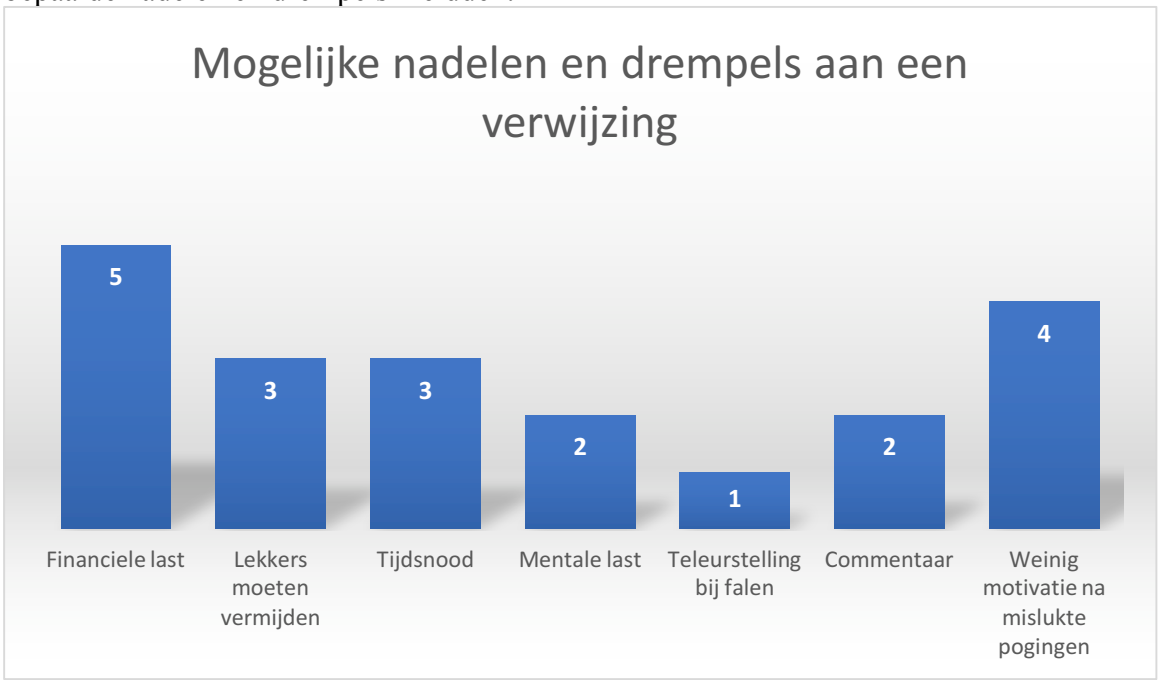
Patiënt: *"Ja lang geleden ben ik eens geweest maar ik heb daar weinig hulp van ondervonden. Ik heb nadien nog enkele diëten geprobeerd maar ik eet zo graag."*

2.2.2.7. Commentaar

Tot slot geven sommige patiënten aan schrik te hebben voor commentaar. Dit kan zowel de commentaar zijn die de diëtist zou geven op hun huidige voedingspatroon als opmerkingen die door de buitenwereld gegeven worden.

Patiënt: *"Ik heb misschien wat schrik voor opmerkingen en commentaar, schrik wat de diëtist zal zeggen over wat ik allemaal verkeerd doe. Wat ga ik allemaal moeten veranderen?*
Er is ook schrik voor wat m'n vrienden gaan zeggen… Ik krijg sowieso al af en toe commentaar op mijn gewicht en als ze zullen horen dat ik een diëtist nodig heb omdat ik het niet alleen kan… Het is stom, ik weet het, maar ik zit er wel mee in"

Fig 7: Onderstaande grafiek toont het aantal patiënten uit de te verwijzen patiëntengroep die bepaalde nadelen en drempels meldden.



3. Wat zijn de voordelen voor mensen met obesitas om naar de diëtist te gaan?

Als het doel is meer patiënten te motiveren voor een verwijzing, is het ook belangrijk de verwachtingen en mogelijke voordelen van een verwijzing na te vragen aan de patiënten, zodat er beter op ingespeeld kan worden.

3.1. Volgens de te verwijzen patiënten

3.1.1. Expertise en adequate info

De grootste verwachting die naar boven kwam bij een verwijzing was de expertise van de diëtist. Als men de stap neemt om naar de diëtist te gaan verwachten ze adequate info en nuttige tips.

Patiënt: *"Ik vermoed dat die persoon daarvoor gestudeerd heeft en dus wel zal weten wat te zeggen, en misschien zijn er dus wel extra tips die ik zou kunnen krijgen."*

3.1.2. Extra motivatie

Daarenboven zijn er ook mensen die hopen dat het voor extra motivatie kan zorgen om bepaalde gewoontes aan te passen. Het geeft een geruststelling dat ze er niet alleen voor staan en er iemand helpt bij het uitwerken van een aangepast voedingspatroon.

Patiënt: *"Een voordeel kan zijn dat ik dan misschien meer gemotiveerd zou zijn, nu komt het er niet van. Ik blijf verder leven zoals ik bezig ben."*

3.1.3. Bevorderen van gezonde levenspatronen

Er was 1 persoon die aangaf dat het een voordeel kan zijn om het besef van een gezond levenspatroon mee te krijgen. Zelfs als dit niet zorgt voor een groot gewichtsverschil kan het nuttig zijn om alert gemaakt te worden van het belang van een gezonde levensstijl.

Patiënt: *"Mijn schoonzus is lang bij een diëtist geweest - en die deed haar best - maar uiteindelijk heb ik nog niet veel verschil gezien. Ze geven u wel goeie levenspatronen mee en dat heeft natuurlijk ook al zijn nut."*

3.1.4. Opvolging

Een laatste voordeel dat opgemerkt werd in de interviews is dat er zo een opvolging omtrent het dieet kon georganiseerd worden.

3.1.5. Geen voordeel

Tot slot waren er ook 2 patiënten die geen voordelen konden bedenken. Dit waren patiënten die een verwijzing niet zagen zitten. De motivatie bij deze mensen was erg laag waardoor ze niet openstonden om verder te denken naar een mogelijk voordeel.

Patiënt: *"Ik ben altijd al zwaarder geweest dus het is niet dat er nu iets veranderd is. En volgens mij ga ik toch nooit echt veel kunnen vermageren."*

Fig 8. Het aantal keren dat bepaalde verwachtingen en voordelen werden aangehaald tijdens de interviews met de 10 patiënten.



4. Wat zijn de werkpunten volgens de hulpverleners die kunnen leiden tot een betere samenwerking?

Hoe zien de hulpverleners zelf een betere samenwerking tot stand komen? Wat zijn volgens hen de oplossingen om bepaalde drempels te vermijden of voorkomen?

4.1. Volgens de artsen

4.1.1. Zelf het belang zien van en tijd nemen voor een doorverwijzing

Het is een belangrijk werkpunt om als huisarts eerst zelf meer het belang te zien van de baat van een adequate behandeling bij mensen met overgewicht.

Arts 1: "*We moeten nog meer patiënten doorsturen. We moeten zelf sneller denken aan de mogelijkheid van dieetadvies!"*

Dit wordt best op maat van de patiënt bekeken. Bij nood aan een doorverwijzing naar een diëtist is het belangrijk hierbij voldoende tijd te nemen en de patiënten op het juiste moment te motiveren en het bespreekbaar te maken. De beslissingen die genomen worden zouden beter opgeschreven moeten worden in de dossiers zodat er meer gevolg aan kan gegeven worden en een betere opvolging kan voorzien worden.

Arts 2: "*Ik geloof wel in minimale interventies door onszelf... dus vooral op het moment dat de mensen zelf ook maar iets vragen in de richting van juiste levensgewoontes erop inspelen en het onderwerp bespreken"*

4.1.2. Organisatie consulten

Verder is het aangeraden te bekijken hoe de diabetesconsulten en het bespreken van de laboresultaten consequenter en adequater kunnen georganiseerd worden zodat er in deze consulten meer tijd is om een doorverwijzing te bespreken.

Arts 2: "*Het is belangrijk dat we eens kijken hoe we het in de praktijk kunnen regelen om de labo's consequent met de patiënt te bespreken en diabetesconsulten beter te structureren. Het start alvast met zelf het belang in te zien. Dat zou al veel kunnen helpen. "*

4.1.3. Communicatie en overleg

Daarnaast geven de verschillende partijen aan dat er baat zou zijn bij een betere communicatie tussen de artsen en de diëtist. Momenteel geven de artsen bijna altijd een doorverwijsbrief mee met de patiënt. Ze zijn echter vragende partij om meer verslagen terug te krijgen. Er wordt door de diëtist af en toe eens iets in het dossier in 'Careconnect' geschreven, dit wordt als interessant en nuttig ervaren maar gebeurt volgens de artsen momenteel te weinig. Er moet gekeken worden hoe dit kan geoptimaliseerd worden. Nuttig zou zijn bijvoorbeeld een verslagje te sturen na de opstart, na enkele weken opvolging en bij het afsluiten. Voor een vast overlegmoment staat niet iedereen te springen.
Wel lijkt het belangrijk om als arts de juiste informatie te hebben om door te geven aan de patiënt. Zo is het een meerwaarde als je bij de doorverwijzing de juiste prijs, duur van een consult en de manier van werken van de diëtist kan meegeven aan de patiënt. Nadien zijn er dan minder teleurstellingen en vroegtijdige onderbrekingen van de behandeling. Hiervoor is het natuurlijk wel nuttig met z'n allen nog eens rond de tafel te zitten om een aantal zaken op papier te zetten.

Arts 4: "*Communicatie in het algemeen blijft het moeilijkste, het is fijn om meer te weten van de opvolging, nu weet ik het gewoon als ik het zie in het dossier maar dat is niet steeds zo duidelijk."*

Arts 2: "*Ik ben zelf geen voorstander van veel meer overleg te plannen. Ik denk niet dat dit voor betere zorg zou zorgen. Ik denk wel dat het nuttig is als er meer informatie in het dossier kan komen."*

4.2. Volgens de diëtist

Ook de werkpunten komen wel goed overeen tussen artsen en diëtist. Een betere communicatie en duidelijkere afspraken rond doelstellingen om zo teleurstellingen bij de patiënten te voorkomen is wenselijk. Langs haar kant meldt ze ook dat het nuttig zou zijn als het verloop van haar consultaties besproken kan worden tussen de patiënt en de huisarts.

5. Wat was de uiteindelijke beslissing van de patiënten uit de groep van de 'te verwijzen patiënten'?

Op het einde van het onderzoek van deze masterproef werd er gekeken hoeveel van de geïnterviewde patiënten uiteindelijk bij de diëtist een afspraak hadden. Dit gebeurde ongeveer 2 maand nadat de interviews plaats hadden gevonden.

Tijdens de interviews hadden 4 patiënten gezegd dat ze akkoord waren om naar de diëtist te gaan. Tot op heden zijn er 2 patiënten op consultatie bij de diëtist geweest.

DISCUSSIE

In deze masterproef werd op zoek gegaan naar antwoorden op volgende onderzoeksvragen:

- Hoe kan de doelgroep voor een doorverwijzing gedefinieerd worden?
- Hoe gebeuren de huidige verwijzingen?
- Wat zijn de grootste drempels bij zowel arts als patiënt om het onderwerp bespreekbaar te maken en het probleem aan te kunnen pakken.
- En wat zijn volgens de patiënten de voor- en de nadelen voor mensen met overgewicht om naar de diëtist te gaan?
- Wat zijn de werkpunten om tot een betere samenwerking tussen huisarts en diëtist te kunnen komen?

Dit werd onderzocht aan de hand van bestaande literatuurgegevens en een kwalitatief onderzoek. In de discussie zullen de antwoorden van de deelnemers aan de studie met elkaar en met de resultaten uit de literatuurstudie vergeleken worden.

1. Hoe kan de doelgroep voor een doorverwijzing gedefinieerd worden?

Niet iedereen met overgewicht moet door worden gestuurd naar een diëtist. Uit literatuur blijkt dat het aangewezen is om eerst het medisch risico te bekijken aan de hand van verschillende parameters. De parameters die hier het meest belangrijk zijn de BMI en de buikomtrek. De buikomtrek omdat dit een indicator is van het risico op hart en vaatziekten. Centrale obesitas heeft namelijk een groter risico dan obesitas waarbij het vet zich gecentraliseerd heeft op de billen. Naast deze parameters spelen het cardiovasculair risico, de aanwezigheid van (pre)diabetes, een hypercholesterolemie en de aanwezigheid van bepaalde comorbiditeiten een rol (4-7).

Dit komt redelijk goed overeen met de indicaties voor doorverwijzing die de bevrragde huisartsen aangeven. Dit zijn namelijk diabetes mellitus, hypercholesterolemie, gewichtsproblemen, lichamelijke klachten door gewicht en preventie van een cardiovasculair risico. Ook voor de opvolging na een gastric bypass is het volgens een arts aangewezen door te verwijzen. Dat vindt men terug in de literatuur (4, 6, 7). In mindere mate wordt er ook doorverwezen voor voedselallergieën, eetstoornissen, tips tijdens de zwangerschap… Deze zaken zijn zeker nuttig maar vallen voor een verdere bespreking buiten deze masterproef.

Behalve de klachten van een te hoog gewicht, hypertensie, een te hoge cholesterol en lichamelijke klachten door het gewicht was er een extra reden tot doorverwijzing die naar boven kwam bij de patiënten die reeds verwezen werden. Heel wat patiënten namen het besluit omdat ze zich niet meer goed in hun vel voelden. Dit toont dat ook de psychologische klachten die samengaan met overgewicht niet onderschat mogen worden. Dit wordt de laatste jaren meer en meer aangekaart in de richtlijnen rond de behandeling van obesitas maar wordt ook hier in deze studie weinig aangehaald door de hulpverleners.

In de laatste groep die ondervraagd werd kwamen er enkel zeer gelijkaardige indicaties naar boven. Deze patiënten werden initieel geselecteerd op basis van hun BMI en buikomtrek zoals genoteerd in het dossier. Aan het begin van deze studie stonden hierover heel weinig gegevens in de dossiers van de patiënten. Na frequente motivatie en herhaaldelijk aandringen werd er

uiteindelijk door de artsen in de praktijk heel wat info hierover aangevuld. Dit blijft dit een belangrijk aandachtspunt. Er is nog een lange weg te gaan om alle patiënten met een medisch risico aan de hand van hun dossier te kunnen opsporen.

Het onderzoek toont dat de kennis over de indicaties goed zit bij de hulpverleners maar dat er in de praktijk nog veel te weinig doorverwezen wordt. De risicofactoren worden nog te weinig bevraagd of gecontroleerd en er gaat nog te weinig aandacht naar de mentale toestand bij patiënten met overgewicht. Gemakkelijker gaat het momenteel bij patiënten die buiten het overgewicht een extra risicofactor hebben die besproken kan worden aan de hand van een duidelijk aantoonbare parameter zoals een afwijkende glycemiewaarde of een te hoge cholesterol. Dit gaat hoogstwaarschijnlijk samen met de schrik die artsen hebben om te confronteren of weerstand op te roepen. Dit ervaren ze minder bij een doorverwijzing bij bv. diabetes.

2. Hoe gebeuren de huidige verwijzingen?

Alvorens definitieve conclusies te kunnen trekken waarom artsen vandaag nog te weinig doorverwijzen moet er gekeken worden hoe er vandaag een beslissing genomen wordt. Wat zijn de factoren die hierbij een rol spelen?

Bijna alle artsen gaven toe een drempel te ondervinden om het onderwerp aan te kaarten als de patiënt er niet zelf over begint. Ze zijn bang om weerstand op te wekken bij de patiënt omdat ze het zelf aanvoelen als een gevoelig onderwerp. Ze ervaren dat het belangrijk is om de motivatie af te toetsen en te bevorderen alvorens tot effectieve gedragsverandering over te gaan. Dit wordt soms gedaan aan de hand van verschillende consulten waartussen de patiënt thuis de tijd heeft om het te laten bezinken en na te denken over hun voedings- en bewegingspatroon. Al te vlug geraakt het onderwerp, na een eerste consult, verloren in de drukte en routine van de volgende consulten en wordt er verder niets mee gedaan.

Tot op heden is er geen vast protocol in de praktijk dat de huisartsen begeleidt bij het adequaat doorverwijzen. Het gebeurt momenteel voornamelijk lukraak. Als eraan gedacht wordt, als de tijd het toelaat, als de patiënt er open voor lijkt te staan, als de aanmeldingsklacht het gesprek op gang kan brengen… Deze willekeur in doorverwijzen is zeker een reden waarom er nog te weinig wordt doorgestuurd. Als er geen vast patroon bestaat wordt uitstel gemakkelijker en verval je snel in de eenvoudigste weg. Dat is de weg die weerstand en conflict vermijdt. Patiënten rustig proberen motiveren en begeleiden in dit chronisch probleem is een tijdrovende en energie-intensieve bezigheid.

Dat er vandaag nog te weinig door de artsen verwezen wordt, wordt aangetoond doordat 8 van de 11 ondervraagde patiënten zelf over het onderwerp begonnen zijn.

3. Wat zijn de grootste problemen en drempels in de doorverwijzing?

3.1. Volgens de hulpverleners

De resultaten in deze studie komen perfect overeen met de drempels die in voorgaande studies naar boven kwamen (15-19).

Naast de schrik om weerstand uit te lokken zijn er ook nog andere drempels die de ondervraagde artsen aangaven. Zelfs als er geen duidelijke weerstand ervaren wordt bij de patiënten merken ze geregeld dat de motivatie tot gedragsverandering beperkt is. Voorgaande pogingen met eventueel teleurstellende resultaten kunnen hier soms mee aan de basis liggen. Patiënten zeggen wel te gaan, maar maken geen afspraak of annuleren de afspraak op het laatste moment. Dit laatste is voor de diëtist erg storend. Zo kan een agenda in het begin van de week vol lijken tot uiteindelijk puntje bij paaltje komt. Hierdoor kunnen anderen maar later een afspraak boeken wat tot nutteloze vertraging van de zorg kan leiden. Dit zou beter opgevolgd en genoteerd moeten worden in de dossiers. Beide partijen dragen hier verantwoordelijkheid voor, dan kunnen de patiënten erover aangesproken worden bij een volgende consultatie bij de arts. In theorie zou dit probleem ingeperkt kunnen worden als de doorverwijzers meer tijd zouden nemen om de motivatie af te toetsen op een rustige, begripvolle manier. Ook hier is het belangrijk de emoties en psychologische lasten van de patiënt na te vragen.

Verder is de financiële last die gekoppeld is aan een doorverwijzing naar de diëtist een grote bepalende drempel. Een eerste consult kost 60 euro, een 2^{e} 45 euro en nadien 25. Daarbuiten mag er ook niet onderschat worden dat 'gezonde voeding' vaak een duurder prijskaartje heeft dan 'ongezonde eenzijdige voeding'. Dit is voor veel patiënten niet evident om er maandelijks bij te nemen. Studies (1,2,24) tonen aan dat overgewicht meer voorkomt in de lage sociaaleconomische klassen. Net voor deze kwetsbare groepen zou het nuttig kunnen zijn om aangepast advies te kunnen krijgen. Tot op vandaag bestaat er helaas nog geen terugbetaling en blijft dit dus een zeer moeilijk aan te pakken drempel. De patiënten hier goed rond informeren is belangrijk om teleurstellingen te vermijden. In situaties waar deze drempel een doorverwijzing onhaalbaar maakt is het belangrijk dat de huisarts de behandeling zo goed mogelijk zelf blijft ondersteunen met juiste info op maat van de patiënt. Uitgebreidere kennis en opleiding kan hiervoor noodzakelijk zijn. De terugbetalingen van mutualiteiten voor de zorgtrajecten maakt dat mensen die hierin zitten gemakkelijkere toegang krijgen tot de aangepaste zorg.

Tot slot melden de artsen als laatste drempel het tijdsgebrek. Zelden komen de patiënten specifiek voor dit probleem op consultatie. Dit zorgt ervoor dat de arts bewust tijd moet maken om dit probleem aan te pakken. Het kan nuttig zijn om dit te integreren in anderen preventieve consulten of om te vragen aan de patiënten of ze het zien zitten om terug te komen om dit rustig te kunnen bespreken. Voor andere onderwerpen zoals bijvoorbeeld rookstop wordt dit reeds meer en meer gedaan. Het is belangrijk ook de waarde van overgewicht juist in te schatten en hier meer tijd voor vrij te maken. Het is inderdaad vaak geen onderwerp dat snel eens afgehandeld kan worden. Nog te weinig wordt dit gezien als een chronisch probleem dat blijvende zorg en aandacht vergt.

In de literatuur werd er nog een extra drempel gevonden die de artsen hier niet aanhaalden. Verschillende artsen gaven in voorgaande onderzoeken aan dat ze niet genoeg kennis en skills bezitten om deze problematiek aan te pakken. Ze vonden de opleiding rond dit onderwerp ontoereikend (15-19). Dat dit in deze studie minder naar boven komt kan verschillende redenen hebben. De andere studies gingen niet door in Vlaanderen, het kan dus zijn dat er hier meer aandacht gegeven wordt aan de behandeling van overgewicht en er zijn hier wel verschillende richtlijnen voorhanden waarop artsen zich kunnen baseren (3-5). Wat ook bepalend kan zijn is dat er natuurlijk een diëtist in de praktijk werkt en er laagdrempelig info kan gevraagd worden. Het schept ook het gevoel dat we kunnen doorverwijzen als we het gevoel hebben dat onze kennis niet toereikend is, waardoor dit minder een drempel vormt.

De diëtist merkt dat patiënten soms met te hoge verwachtingen komen die niet ingelost kunnen worden. Het is belangrijk dat de nadruk bij de doorverwijzing kan liggen op de gedragsverandering in plaats van op het gewichtsverlies. Want heel vaak is het niet realistisch om iemand met obesitas naar een 'normaal gezond gewicht' te krijgen.

3.2. Volgens de patiënten

Studies geven aan dat er verschillende zaken meespelen in het ontwikkelen van een weerstand die patiënten met overgewicht mogelijks voelen bij een doorverwijzing. Het is lastig en vraagt veel wilskracht om bepaalde voedingsgewoontes te veranderen, sommige patiënten hebben geen of weinig vertrouwen in hun eigen slaagkans. Het vraagt ook discipline om bepaalde veranderingen vol te houden en veel mensen ervaren hier problemen mee, daarbij komt ook dat sommige diëten maar heel weinig variatie in voeding toelaten. Waardoor het dieet als saai ervaren kan worden. Al deze zaken kunnen erin meespelen dat ze het niet zien zitten om eraan te beginnen (14, 20-25).

De omgeving heeft vaak een bepalende rol in de slaagkansen van de behandeling. Afhankelijk of de naaste omgeving er al dan niet achter staat, kan dit voor een extra drempel of voor een grotere slaagkans zorgen. De moeilijkste momenten zijn vaak de afspraken met vrienden of kennissen, het uit eten gaan, het geïnviteerd worden… Dan is er meestal geen keuze van eten, of zijn de keuzes niet afgestemd op het te volgen dieet (14,22).

Een aantal drempels komen overeen met drempels die aangegeven werden door de hulpverleners. De kostprijs van het totale plaatje mag niet onderschat worden, deze drempel die ook opgemerkt werd door de hulpverleners heeft een grote impact. Zoals de artsen aangaven dat tijdgebrek een belangrijke invloed had bij het motiveren en opvolgen, zo geven de patiënten ook aan dat het volgen van een dieet bij een diëtist extra tijd vraagt. Dit moet vaak gecombineerd worden met al een druk leven. Tijd maken om op consultatie te komen, de eerste keer is dit meestal een uur, de opvolgconsulten zijn meestal 30 min. Maar daarnaast vraagt het klaar maken van de gerechtjes, het kopen van aangepaste voeding en het alerter zijn op een actievere levensstijl ook extra tijd van de patiënten (5,14,20,24).

Als extra drempel ervaren patiënten stigma's en vooroordelen rond het overgewicht. Ook de zorgverleners zijn hier geregeld schuldig aan. Overgewicht is een langdurig probleem dat door de zorgverleners ook zo bekeken en behandeld zou moeten worden. Nu wordt het mislukken van de therapie nog te vaak gezien als schuld van de patiënt zelf. Patiënten voelen vaak weinig respect van de zorgverleners waardoor ze minder snel geneigd zijn te vertrouwen in het eigen kunnen en dus niet gemotiveerd geraken om er samen iets aan te proberen veranderen (5, 24-26).

Bij een doorverwijzing hebben mensen met overgewicht vaak blijvende nood aan steun en begrip. Ze hebben het gevoel dat er weinig communicatie en overleg is tussen de verschillende partijen en dat ze niet altijd weten waar ze dan best terechtkunnen. De nood aan meer communicatie werd door de ondervraagde hulpverleners ook aangehaald als werkpunt (5,14).

Als laatste drempel komt er uit de literatuur dat patiënten vinden dat sommige zorgverleners te weinig kennis hebben over het probleem en de beste behandeling. Ze krijgen dan enkel voor de hand liggende info die ze inderdaad vaak zelf al weten. Het is belangrijk dat de mensen die deel uitmaken van het multidisciplinaire team in de aanpak van obesitas genoeg geschoold worden om hier juist op te kunnen inspelen (5,24).

De patiënten uit deze kwalitatieve studie gaven heel gelijkaardige drempels aan. In de groep die reeds verwezen werd, was er duidelijk te zien dat dit redelijk gemotiveerde patiënten waren. Ze gaven wel aan dat het niet altijd evident is om het comfort van oude voedingsgewoontes op te geven en dat het moeilijk is om sociale contacten te onderhouden. Maar een groot deel van de ondervraagden zeiden geen drempels te ervaren en tevreden te zijn met de behandeling.

Dit was een duidelijk verschil met de groep die net aangesproken was door de huisarts om een eventuele doorverwijzing te bekijken. Hier was er veel meer weerstand voelbaar. Dit spiegelde zich ook in de resultaten van de patiënten die uiteindelijk naar een diëtist gegaan zijn. Dit zijn er tot op vandaag – dit is natuurlijk wel op een korte termijn- maar 2 van de 10 patiënten.

Een extra drempel die hier werd aangehaald was dat patiënten zeiden dat ze prikkelbaar en soms zelfs ongelukkig worden bij het diëten. Lekker en vooral zoet kunnen eten maakt blijkbaar gelukkig, of toch ongelukkig bij het verplicht moeten mijden van deze lekkernijen. Ze zagen dit als drempel omdat hun omgeving er ook van af zag. 'Is het dit wel allemaal waard?'

4. Wat zijn voordelen voor mensen met overgewicht om naar de diëtist te gaan?

Er zijn natuurlijk niet enkel nadelen en drempels aan een verwijzing. De voordelen zijn belangrijk om na te vragen aangezien zij moeten zorgen dat het evenwicht tussen voor- en nadelen in de juiste richting kantelt bij het motiveren van de patiënten.

De patiënten zijn er bijna allemaal van overtuigd dat de diëtisten op zich wel goed werk leveren. Ze hebben gestudeerd en zijn experten als het op juiste info rond een gezond voedingspatroon aankomt. Op zich is het geloof in de diëtisten zelf nog niet zo slecht bij deze studie. Ze verwachten dit dan natuurlijk ook en dit leunt nauw aan bij een mogelijke teleurstelling of drempel als deze verwachting niet ingevuld wordt.

Er wordt gehoopt om met deze info in staat te zijn om een gezonder levenspatroon aan te nemen. Zodanig dat het op de algemene levenskwaliteit kan werken. Studies kunnen het belang hiervan duidelijk aantonen (4, 6, 7).

De patiënten hopen door naar de diëtist te gaan extra motivatie te krijgen om vol te houden in het dieet. Ze worden opgevolgd en ervaren zo een lichte druk om zeker niet slechter te doen en zo mogelijk zelfs beter dan de vorige consultatie. Er is ook altijd tijd en ruimte om vragen of bekommernissen te stellen en ze voelen zich niet alleen staan. Dit is een zeer belangrijke meerwaarde aan een verwijzing.

Helaas waren er in de groep van te verwijzen patiënten ook een 2-tal die er niet in slaagden een voordeel te bedenken. Deze patiënten waren duidelijk niet gemotiveerd en stonden (nog) niet open een verder gesprek errond. Het heeft op dat moment dan ook niet veel nut ze te forceren richting een doorverwijzing.

5. Wat zijn de werkpunten om tot een betere samenwerking tussen huisarts en diëtist te kunnen komen?

De huisartsen in de praktijk geven het zelf aan dat het belangrijk is dat ze een doorverwijzing naar de diëtist meer leren appreciëren en het nut ervan inzien. Dat is natuurlijk een eerste stap alvorens de rest van werkpunten kan volgen.

Het is belangrijk dat er aandacht gaat naar de totaliteit van de persoon en niet enkel naar het overgewicht. Zo kunnen bepaalde stigma's en vooroordelen beperkt worden. Dit lijkt momenteel goed mee te vallen bij de zorgverleners werkend in de praktijk. Enkele patiënten gaven zelfs aan dat de verwijzing op een goede manier was verlopen waardoor ze het zeker niet direct afwimpelden om verwezen te worden.

Waar wel extra aandacht in de praktijk dient naartoe te gaan is dat het belangrijk is dat er gekeken kan worden hoe de consulten beter georganiseerd kunnen worden. Zodat je als arts meer tijd hebt om zo'n gesprek op rustige en constructieve manier te laten verlopen. De fase van motivatie waarin de patiënt zich bevindt, alsook de genomen beslissingen omtrent de behandeling, dienen nauwkeurig genoteerd te worden in het patiëntendossier. Zo kan de opvolging vlotter verlopen.

Tot slot gaven zowel de 4 artsen als de diëtist aan dat de communicatie een belangrijk struikelblok is. Hier kan nog heel wat aan verbeterd worden. Momenteel geven de artsen al meer dan vroeger een verwijsbrief mee met de patiënt. Ze missen echter verslagen van de diëtist. De artsen zouden het een meerwaarde vinden als de diëtist frequenter iets in het dossier zou kunnen schrijven. Ze heeft echter geen persoonlijk account dat kan gekoppeld worden maar schrijft nu na een aantal keren via een account van 1 van de artsen in het dossier. De artsen zijn vragende partij om deze notities vaker te krijgen. In de literatuur wordt er aangeraden een verslagje te sturen na de start, na enkele weken opvolging, na het afsluiten en tussendoor als er iets speciaals te melden valt. Misschien is het geen slecht idee dit als praktijkrichtlijn hieromtrent over te nemen. De mengingen zijn verdeeld als het aankomt op een extra overlegmoment in te plannen. Er zijn vandaag de dag echter genoeg manieren om opvolging en communicatie gemakkelijk te maken.

Door deze kwalitatieve studie kwamen er enkele belangrijke knelpunten en drempels naar boven bij zowel de hulpverleners als de patiënten. Hier kan er binnen de praktijk zeker al verder mee aan de slag gegaan worden. De aandacht voor patiënten met overgewicht en voornamelijk obesitas is nu terug aangewakkerd bij de hulpverleners in de praktijk. Het zal belangrijk blijven deze interesse te behouden om zo een blijvende stijging van het aantal doorverwijzingen te zien. Tijdens het onderzoek was het wellicht gemakkelijker om het onderwerp overgewicht aan te kaarten bij de patiënten omdat er een duidelijke reden was waarom er nu over begonnen werd. Naar de toekomst toe is het echter belangrijk dat de artsen zich niet te veel laten belemmeringen door de angst om weerstand uit te lokken. Er zullen altijd patiënten zijn die niet open staan voor een verwijzing maar dit kan maar afgetoest worden door het te bespreken. Zelfs de groep die niet wou gaan, gaf aan het niet erg te vinden dat de huisarts erover begonnen was. Zolang dit op een respect en begripvolle manier kan verlopen.
Een belangrijk minpunt aan deze studie is natuurlijk het beperkte aantal geïnterviewde personen. Dit bedraagt natuurlijk maar een heel klein aandeel van de totale patiëntenpopulatie met obesitas van de praktijk.
Verder onderzoek naar hoe de drempels het best aangepakt kunnen worden is nuttig.

CONCLUSIE

Deze kwalitatieve studie ging op zoek naar de drempels die een doorverwijzing naar de diëtist beïnvloeden. Zowel uit de kant van de arts als uit groep van de patiënten kwamen gelijkaardige drempels naar boven. De belangrijkste drempels waren tijdsgebrek, de financiële last, de weerstand van de patiënt en de angst die de artsen hieromtrent voelen. De weerstand die patiënten ervaren heeft vaak te maken met voorgaande ervaring, met de omgeving, met het vertrouwen in het kunnen veranderen van gewoontes en met de vooroordelen of stigma's die een patiënt ervaart rond zijn/haar overgewicht.

Consulten anders organiseren, waardoor er meer tijd kan gemaakt worden voor het bespreken van overgewicht, kunnen helpen in het beperken van een aantal drempels. Motivationele gesprekstechnieken kunnen een meerwaarde zijn om de weerstand van de patiënt te proberen verkleinen en de motivatie en het zelfvertrouwen van de patiënt te verhogen. Dit lukt vandaag vaak niet omdat het gesprek uit de weg wordt gegaan en er geen tijd voor gemaakt wordt. Verder onderzoek kan helpen om te kijken hoe deze consulten beter georganiseerd kunnen worden en hoe er beter ingespeeld kan worden op de weerstand die ervaren wordt.

Communicatie blijkt het belangrijkste werkpunt om de samenwerking tussen de artsen en de diëtist te verbeteren. Het is voor de patiënt nuttig als diëtist en huisarts op dezelfde golflengte staan qua verwachtingen en doel van de behandeling. Hiervoor is het belangrijk beter te communiceren aan de hand van verwijsbrieven en verslagen. Als elke partij meer zou noteren in het dossier kan er al een grote stap richting een betere zorg en samenwerking bereikt worden.

BRONNEN

1. WHO. Nutrition, Physical activity and obesity: Belgium. 2013. Beschikbaar via: http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/country-work/belgium2. Geraadpleegd 02/04/2017.
2. WHO. Fact sheet n° 311: Obesity and overweight. 2016 Beschikbaar via: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/. Geraadpleegd 02/04/2017.
3. De Backer G. Obesitas reduceert levensverwachting. Minerva. 2003;2(10):159-61.
4. Eetexpert.be. Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen: Draaiboek voor huisartsen. 2013. Beschikbaar via: http://www.draaiboeken.eetexpert.be/static/uploads/huisartsendraaiboek/draaiboek_huisarts_2013_eetexpert_vzw_2.pdf. Geraadpleegd 20/08/2016.
5. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. 2008 Beschikbaar via: https://www.nhg.org/themas/publicaties/obesitas. Geraadpleegd 15/04/2017.
6. Domus Medica. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. 2011. Beschibaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/obesitas-volwassenen-horizontaalmenu-386.html. Geraadpleegd 28/08/2016.
7. Binsbergen JV, Langens F, Dapper A, VanHalteren M, Glijsteen R, Cleyndert G, et al. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet. 2010;53:609-25.
8. Nederlandse huisartsen genootschap. NHG-Zorgmodule Leefstijl Voeding. 2015 Beschikbaar via: https://www.nhg.org/thema/nhg-zorgmodules. Geraadpleegd 15/04/2017.
9. Duodecim Medical Publications Ltd. Beoordeling van een zwaarlijvige patiënt. 2013 Beschikbaar via: www.ebmpracticenet.be. Geraadpleegd 28/08/16.
10. Lydia Gisle, Stefaan Demarest et al. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête 2013 Rapport 2: gezondheidsgedrag en leefstijl.2013. Beschikbaar via: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_LS_NL_2013.pdf Geraadpleegd 22/04/2017.
11. Domus Medica. Globaal cardiovasculair risicobeheer. 2007 Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/cardiovasculair-horizontaalmenu-381.html. Geraadpleegd 20/04/2017.
12. Avenell A, Broom J, Brown TJ, Poobalan A, Aucott L, Stearns SC, et al. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. Health Technol Assess. 2004;8(21):iii-iv, 1-182.
13. Duodecim Medical Publications Ltd. Interventies in de behandeling en preventie van obesitas. 2006. Beschikbaar via: www.ebmpracticenet.be. Geraadpleegd 28/08/16.
14. Hammarstrom A, Wiklund AF, Lindahl B, Larsson C, Ahlgren C. Experiences of barriers and facilitators to weight-loss in a diet intervention - a qualitative study of women in northern Sweden. BMC Womens Health. 2014;14:59.
15. Blackburn M, Stathi A, Keogh E, Eccleston C. Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses. BMJ Open. 2015;5(8):e008546.
16. Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. BMC Fam Pract. 2006;7:35.
17. Hansson LM, Rasmussen F, Ahlstrom GI. General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. BMC Fam Pract. 2011;12:7.

18. Kushner RF. Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. Prev Med. 1995;24(6):546-52.
19. Wynn K, Trudeau JD, Taunton K, Gowans M, Scott I. Nutrition in primary care: current practices, attitudes, and barriers. Can Fam Physician. 2010;56(3):e109-16.
20. Andajani-Sutjahjo S, Ball K, Warren N, Inglis V, Crawford D. Perceived personal, social and environmental barriers to weight maintenance among young women: A community survey. Int J Behav Nutr Phys Act. 2004;1(1):15.
21. Burke LE, Steenkiste A, Music E, Styn MA. A descriptive study of past experiences with weight-loss treatment. J Am Diet Assoc. 2008;108(4):640-7.
22. Greaney ML, Less FD, White AA, Dayton SF, Riebe D, Blissmer B, et al. College students' barriers and enablers for healthful weight management: a qualitative study. J Nutr Educ Behav. 2009;41(4):281-6.
23. Sabinsky MS, Toft U, Raben A, Holm L. Overweight men's motivations and perceived barriers towards weight loss. Eur J Clin Nutr. 2007;61(4):526-31.
24. Mama SK, Soltero EG, Ledoux TA, Gallagher MR, Lee RE. Solving the obesity epidemic: voices from the community. Nurs Inq. 2014;21(3):192-201.
25. Mold F, Forbes A. Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. Health Expect. 2013;16(2):119-42.
26. Ogden J, Clementi C. The experience of being obese and the many consequences of stigma. J Obes. 2010;2010.

BIJLAGES

1. Bijlage 1: Gunstig advies van het ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0425	02-mei-16	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
De samenwerking met een diëtist: welke patiënten motiveren en doorsturen? (MaNaMa Marilien De Vydt)

Belgisch Registratienummer: B670201628382

* Antwoord onderzoekers via mail dr. Marilien De Vydt dd. 03/04/2016 (ontv. dd. 04/04/2016) op opmerkingen EC dd. 21/03/2016
* Rekruteringsmateriaal
  - info scherm wachtzaal
* Vragenlijsten
  - interview collega's
  - interview diëtist
  - vragen verwezen patiënten
  - vragen te verwijzen patiënten
* Antwoord onderzoekers via mail dr. Marilien De Veyt dd. 24/04/2016 (ontv. dd. 25/04/2016) op opmerkingen EC dd. 21/03/2016
* Adviesaanvraagformulier dd. 3/04/2016 (aangepaste versie ontvangen dd. 25/04/2016)
* Informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie ontvangen dd. 25/04/2016)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/05/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/05/2016

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

J.

2. Bijlage 2: Goedgekeurd protocol

Inleiding
Obesitas is een steeds frequenter probleem in onze maatschappij. Slechts een klein deel van deze patiënten wordt hier consequent voor opgevolgd. Ik werk in een groepspraktijk waar er ook 1 dag in de week een diëtist werkt. Op heden is er buiten het gemakkelijk verwijzen niet echt een hechte samenwerking. Iedereen in de praktijk staat echter open om deze samenwerking te optimaliseren. Een betere samenwerking tussen arts en diëtist en zo ook een betere opvolging voor patiënten met obesitas zou nuttig kunnen zijn voor zowel arts, diëtist als patiënt.

Onderzoeksvraag
Welk deel van onze patiëntenpopulatie zou in aanmerking komen om doorgestuurd te worden naar de diëtist en hoe consequent gebeurt dit reeds?

Methode

- Literatuuronderzoek: Welke patiënten lopen het meeste risico op complicaties door hun overgewicht? Aan de hand van welke parameters kan er best een selectie gemaakt worden van patiënten die nood hebben aan verdere opvolging wegens hun obesitas?

- Kwalitatief onderzoek:

    a. Er zullen interviews gebeuren met de artsen en de diëtist over de huidige manier van verwijzen, de redenen van verwijzing en de problemen die hierbij optreden.
    b. Er zullen ook interviews plaatsvinden met de verwezen patiënten. Deze zullen voornamelijk gaan over de manier van verwijzen, hoe ze dit ervaren hebben en of er problemen geweest zijn.
    c. Na het dossieronderzoek zullen er interviews gebeuren met de patiënten die in aanmerking komen voor een doorverwijzing. Hoe staan ze tegenover een eventuele doorverwijzing, wat zijn voor hen de pro's en de contra's van een doorverwijzing?

- kwantitatief onderzoek aan de hand van de patiëntendossiers: welke patiënten komen omwille van criteria gevonden in de literatuur in aanmerking voor doorverwijzing naar de diëtist? welk deel van deze patiënten is effectief aangesproken, welke barrières heeft de verwijzer ondervonden?

resultaten
Er wordt verwacht dat er na deze studie een duidelijker zicht zal zijn op hoe het verwijzen tot op heden reeds ging en vooral hoe dit nog verbeterd kan worden. Verder is het de bedoeling dat er rekening kan gehouden worden met de wensen van de patiënten zelf in combinatie met wat de wetenschappelijke literatuur ons leert. Zo zal er gezorgd kunnen worden voor een zo goed mogelijke opvolging en behandeling van mensen met obesitas.

Winst
Deze studie zal zowel voor de patiënten van de praktijk als voor de zorgverleners winst opleveren. Voor de patiënten zal er een betere, adequatere en juistere doorverwijzing kunnen gebeuren en zo dus ook een betere opvolging en behandeling.
Voor de praktijk zal dit zeer nuttig zijn aangezien er een duidelijker plan zal gevormd kunnen worden over hoe en vooral wie er best doorverwezen kan worden. Dit zal verder ook zorgen voor een betere samenwerking tussen artsen en diëtist.

3. Bijlage 3: Beoordeling Voedingspatroon op een Snelle Manier (BV- SM)

Hieronder vindt u de BV-SM vragenlijst die door de patiënt kan ingevuld worden of via een interview kan worden afgenomen. Indien de patiënt meer dan 4 keer 'Meestal/vaak' antwoordt wordt aangeraden om de persoon door te sturen naar een erkende diëtist. (4)

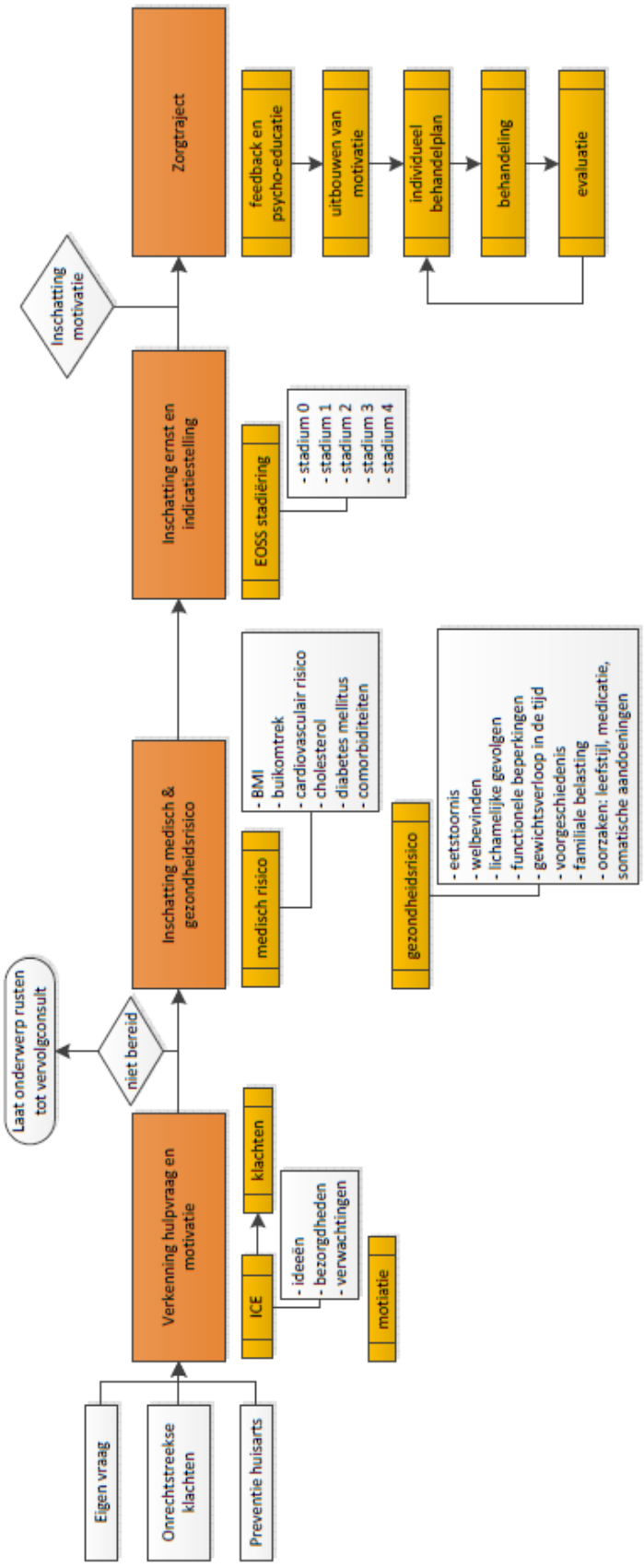
THEMA	In een gemiddelde week hoe vaak:	Meestal/ vaak	Soms	Zelden/ nooit	Niet van toepassing
MAALTIJDEN	1. Slaat u het ontbijt over?	○	○	○	
	2. Eet u 4 of meer kant-en-klare maaltijden of buitenshuis?	○	○	○	
Aardappelen en graanproducten	3. Eet u minder dan 2 porties volkoren graanproducten per dag? ***1 Portie:*** *1 snede brood = 3 eetlepels muesli of 20 g ongekookte rijst of pasta of 2 beschuiten*	○	○	○	
Groenten	4. Eet u minder dan een half bord groenten per dag? ***Een half bord groenten*** *= 3-4 porties of 300 g groenten of 2 volle handen*	○	○	○	
Fruit	5. Eet u minder dan 2 porties fruit per dag? ***1 portie*** *= 1 stuk fruit = 1 schaaltje bessen* ***Noot:*** *kan ook diepvries zonder toegevoegde suiker*	○	○	○	
Melkproducten en calcium verrijkte sojaproducten	6. Eet of drinkt u minder dan 2 porties melk, yoghurt, of kaas per dag? ***1 Portie*** *= 1 klein glas melk (= 150 ml) of 125 g yoghurt (kleine potjes uit de handel), 20 g kaas (1 sneetje)* ***Melk/yoghurt*** *kan ook calcium verrijkte soja producten of andere calcium verrijkte plantaardige producten zijn*	○	○	○	

THEMA		In een gemiddelde week hoe vaak:	Meestal/ vaak	Soms	Zelden/ nooit	Niet van toepassing
Vlees, vis eieren en vervangproducten		7. Eet u meer dan 170 g vlees of gevogelte per dag? ***Noot**: 100 gram vlees heeft de grootte van een pak kaarten of één gemiddelde hamburger. Gemiddelde biefstuk is 150 g* 8. Eet u regelmatig 'vette' vleeswaren in plaats van 'magere' vleeswaren? ***'Vette'** vleeswaren: salami, varkensgehakt(bereidingen), hespenworst* ***'Magere'** vleeswaren: kalkoenham, gekookte ham*	○ ○	○ ○	○ ○	
Smeer- en bereidingsvet		9. Voegt u aan tafel meer dan 1 eetlepel boter, margarine of olie toe aan uw brood, aardappelen, rijst of groenten? **1 eetlepel:** 18 g boter of margarine of 10 g olie				
Restgroep	Gefrituurde producten	10. Eet u meer dan 1 keer gefrituurde producten zoals frieten, kroketten, kipnuggets?	○	○	○	
	Snacks en snoepgoed	11. Eet u meer dan 2 keer per week chips, nacho's, crackers, popcorn, nootjes? 12. Eet u meer dan 2 keer per dag snoepgoed zoals cake, koekjes, gebak, chocolade, ijs, pannekoeken en wafels	○ ○	○ ○	○ ○	○ eet zelden deze snacks ○ eet zelden dit snoepgoed
	Frisdrank	13. Drinkt u meer dan een halve liter (500 ml) frisdrank of fruitsap per dag? ***Noot**: 1 blikje frisdrank = 33 cl*	○	○	○	

4.

Vragen omtrent voedingsgerelateerde zelfszorg	Ja	Nee
14. Kookt u meestal zelf uw eten (of familielid), in plaats van uit eten te gaan? 15. Heeft u soms moeite om zelf te winkelen of koken? 16. Volgt u een special dieet, eet je bepaald voedsel al dan niet omwille van gezondheidsredenen of andere redenen?	○ ○ ○	○ ○ ○
17. Hoe bereid bent u om uw voedingspatroon aan te passen ten einde gezonder te leven? Zeer bereid 5 4 3 2 Helemaal niet bereid 1		

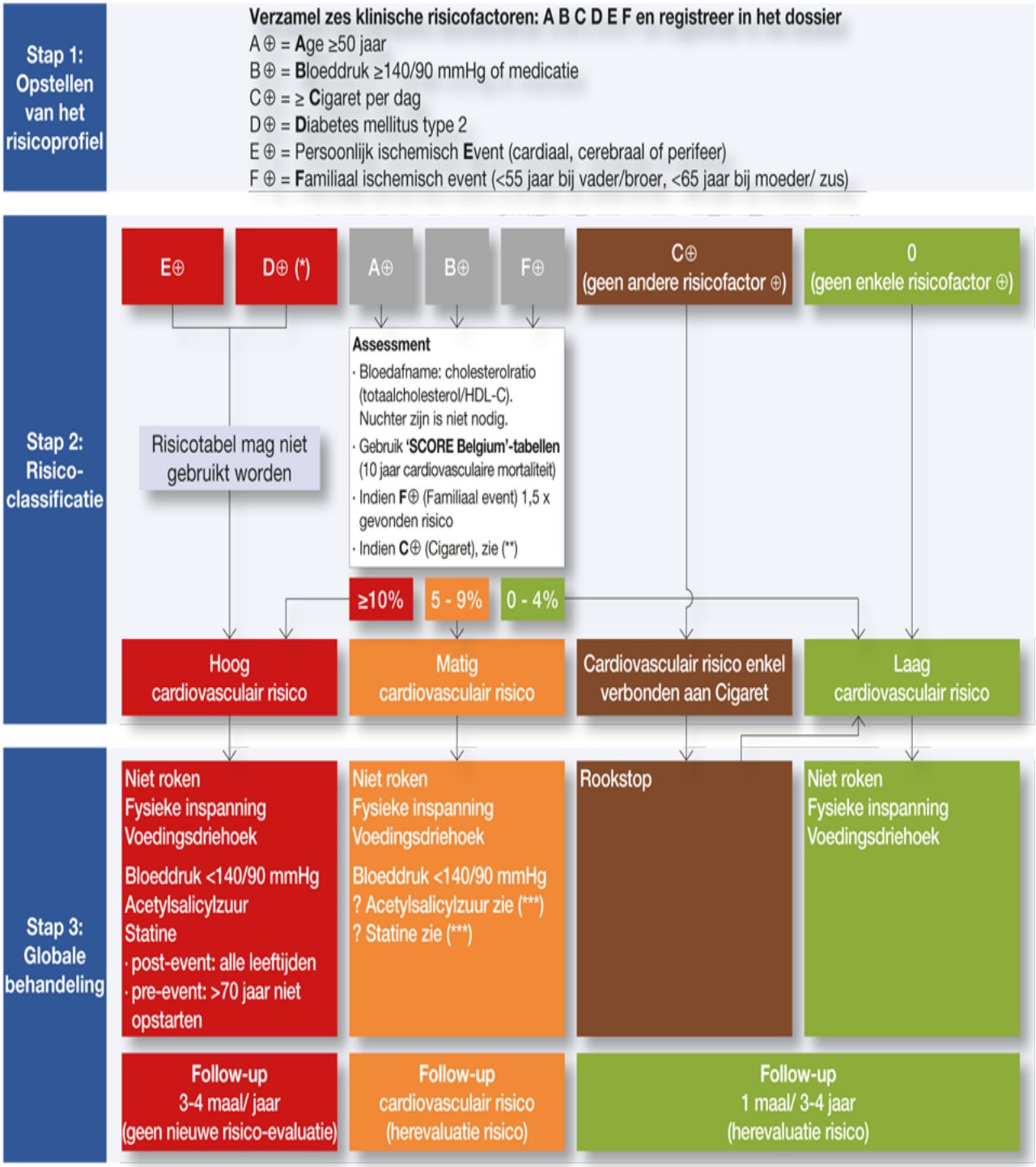
5. Bijlage 4: Flowchart stappenplan van ‘eetexpert’ (4)



© Eetexpert.be vzw

6. Bijlage 5: Het cardiovasculair risico berekenen adhv het algoritme van 'Domus Medica' (11)

Cardiovasculair algoritme bij elke persoon tussen 40 en 75 jaar.



(*) In het uitzonderlijke geval dat uw diabetes type 2-patiënt jonger is dan 50 jaar en geen andere risico-factoren heeft (B, C, F negatief en ook geen microalbuminurie), zal hij ingedeeld worden in de oranje groep.

(**) Rookstopadvies bij rokers is in alle gevallen dé prioritaire maatregel. Het cardiovasculaire risico verbonden aan roken is na twee jaar rookstop verdwenen. Soms kan rookstop medicamenteuze behandeling overbodig maken of uitstellen.

(***) Overweeg het opstarten van medicamenteuze therapie. De beslissing hangt daarbij af van de aan- of afwezigheid van bijkomende factoren (zoals obesitas, sedentarisme), wens en motivatie van de patiënt, alsook comorbiditeit die impact heeft op de levensverwachting.

verschenen ook in Huisarts Nu 2007;36(7):339-69

