MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK BIJ OVERGEWICHT:

DE VITALITEITSPAS ALS TOOL OM DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS, DIËTIST, PSYCHOLOOG EN BEWEGINGSTHERAPEUT TE OPTIMALISEREN.

Partim DE ROL VAN BEWEGINGSTHERAPIE

Charlotte GOEMAERE

Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Paul De Cort (KU Leuven)
Copromotor: Mevrouw An Vandeputte (Eetexpert.be vzw)

Academiejaren 2015 – 2017

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Met trots presenteren wij onze masterproef. Dit werk is het eindresultaat van twee jaar literatuuronderzoek en praktijkwerk. Het is de laatste stap in de negenjarige opleiding huisartsgeneeskunde. Aangezien ik dit niet had kunnen bereiken zonder de hulp van enkele mensen wil ik deze hier oprecht bedanken.

Ik wil beginnen met onze promotor, professor Paul De Cort en onze copromotor mevrouw An Vandeputte te bedanken voor hun begeleiding van de masterproef en hun deskundig advies. De kritische opmerkingen betekenen een meerwaarde voor dit eindresultaat.

Een extra dankuwel aan Sara Stockman voor haar onmisbare hulp bij het gebruik van het statistisch verwerkingsprogramma SPSS.

Ik wil zeker ook mijn praktijkopleider Elke Ottoy bedanken om dit project mee mogelijk te maken en vooral ook voor het delen van haar kennis in de huisartsgeneeskunde en ondersteuning gedurende de hele opleiding. Daarnaast wil ik mijn collega's van de groepspraktijk Medisch Huis in Haaltert bedanken: Evelien De Prez, Evert Geerts en Geert Goossens voor hun bijdrage in mijn vorming tot huisarts, de kansen die ik krijg en het aangename contact. Ook hartelijk bedankt aan Vera en Kelly, de secretaresses, voor de praktische ondersteuning en de straffe koffie.

Bedankt aan de diëtisten, psychologen en kinesisten die hebben meegewerkt aan dit project. Zonder hen was dit niet mogelijk geweest. Het was de ideale aangelegenheid om elkaar beter te leren kennen en onze samenwerking te verbeteren.

Ook ontzettend bedankt aan mijn ouders voor de onvoorwaardelijke steun! Ik wil mijn vader extra bedanken voor het kritische naleeswerk en mijn zus Laura voor de nuttige tips and trics over de layout.

Bedankt aan mijn vriendinnen, voor het aanmoedigen, luisterende oren en ontspannende momenten.

Last but not least, een enorme dankuwel aan Ilse en Pauline. Ik ben heel gelukkig dat ik dit project met jullie heb kunnen voltooien. Samen hebben we er een mooi werkje van gemaakt!

Voorwoord

In deze masterthesis werkten wij, Ilse Depestele, Pauline Dierinck en Charlotte Goemaere, samen aan een gezamenlijk praktijkverbeterend project. De opzet was een houvast te bieden voor de multidisciplinaire begeleiding van patiënten met overgewicht in onze huisartsenpraktijken. We hebben zowel samen als afzonderlijk aan dit project gewerkt. In dit voorwoord willen we kort schetsen hoe onze taakverdeling is geweest.

Wij hebben samen, onder begeleiding van professor dr. Paul De Cort en mevrouw An Vandeputte, een praktijkverbeterend project opgesteld. Dit project hebben we elk toegepast op een tiental patiënten uit onze respectievelijke huisartsenpraktijken. We hebben dus afzonderlijk patiënten geselecteerd, een intake bij hen gedaan, het project opgestart en hen ook individueel opgevolgd. Ook hebben we elk in onze regio een vijftal zorgverleners gezocht die met ons aan dit project wouden samenwerken. Bij zowel patiënten als zorgverleners hebben we afzonderlijk enkele enquêtes afgenomen. We hebben samen de resultaten verzameld en verwerkt.

Deze volledige masterthesis bestaat uit vier delen. Het eerste deel betreft het praktijkverbeterend project. Dit hebben we samen geschreven. De onderwerpen die hierin beschreven worden (inleiding, methode, resultaten, discussie en conclusie), hebben we verdeeld en daarna hebben we elkaars schrijfwerk verbeterd. Vervolgens komen er drie afzonderlijke literatuurstudies. Pauline heeft in haar literatuurstudie gefocust op de rol van de diëtist binnen de multidisciplinaire samenwerking bij overgewicht en obesitas, Ilse op de rol van de psycholoog en Charlotte op de rol van bewegingstherapie. Wij vinden dat onze masterthesis pas compleet is wanneer deze drie onderdelen er elk in opgenomen zijn.

Abstract

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK BIJ OVERGEWICHT: DE VITALITEITSPAS ALS TOOL OM DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS, DIËTIST, PSYCHOLOOG EN BEWEGINGSTHERAPEUT TE OPTIMALISEREN. PARTIM DE ROL VAN BEWEGINGSTHERAPIE.

Huisarts-in-opleiding: Charlotte Goemaere, charlotte.goemaere@ugent.be), Universiteit Gent
Academiejaar: 2015-2017
Promotor: Prof. dr. Paul De Cort, Katholieke universiteit Leuven
Copromotor: Mevrouw Ann Vandeputte, medewerker Eetexpert.be vzw
Praktijkopleider: Dr. Elke Ottoy

Context: Overgewicht en obesitas vormen een steeds groter wordend probleem in onze Westerse samenleving en gaan samen met een verhoogde mortaliteit en morbiditeit en een afname van de levenskwaliteit. De aanbevolen aanpak is een leefstijlaanpassing met aandacht voor gezonde voeding, beweging en gedragsverandering, begeleid door een multidisciplinair team.
Onderzoeksvraag: Wat is de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak bij overgewicht en obesitas, met de focus op bewegingstherapie? Wat zijn de ervaringen van de zorgverleners en patiënten met deze multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas aan de hand van de vitaliteitspas? Is er een verandering van de biopsychosociale tevredenheid en de medische parameters bij de deelnemende patiënten na zes maanden?
Methode: Aan de hand van een oriënterend literatuuronderzoek werd een protocol voor een multidisciplinair project rond de behandeling van overgewicht en obesitas in de eerste lijn ontwikkeld. Hiervoor werd de vitaliteitspas, een werk- en informatieboekje voor de patiënt, ontworpen. Het pilootproject met de huisarts, diëtist, psycholoog en bewegingstherapeut heeft plaatsgevonden in drie huisartsenpraktijken in Oost-Vlaanderen (twee duopraktijken met HAIO en PO en één groepspraktijk). In totaal hebben 24 patiënten en 14 zorgverleners deelgenomen aan het project. Via enquêtes werden de meningen en ervaringen van zowel de patiënten als de zorgverleners bevraagd. De biopsychosociale tevredenheid en de medische parameters werden voor het project en na zes maanden geëvalueerd. Er werd ook een multidisciplinair overleg georganiseerd.
Resultaten: De resultaten worden enkel beschrijvend weergegeven. De meeste patiënten (96%) zien het nut in van de multidisciplinaire aanpak. De diëtist werd door 23 van de 24 patiënten (96%), de psycholoog door 8 van de 24 patiënten (33%) en de kinesist door 12 van de 24 patiënten (50%) bezocht. De vitaliteitspas wordt positief beoordeeld. De algemene feedback is dat een online tool van de vitaliteitspas handiger zou zijn. De grote meerderheid van de patiënten lijkt tevreden (9 van de 24 patiënten, 38%) tot heel tevreden (11 van de 24 patiënten, 46%) over de multidisciplinaire begeleiding. Op lichamelijke tevredenheid tonen de resultaten dat men na zes maanden beter scoort. Dezelfde trend, zij het minder sterk, wordt ook gezien op vlak van psychische gezondheid. De gemiddelde sociale tevredenheid is licht verbeterd. Het gemiddeld gewichtsverlies op zes maanden is vijf kg (van 100,5 kg naar 95kg), met andere woorden 5% gewichtsverlies op zes maanden tijd, wat een aanbevolen en realistische progressie is. De buikomtrek is met gemiddeld 4% afgenomen (van 109 naar 104,1cm). De zorgverleners geven aan dat het multidisciplinair overleg een meerwaarde is voor de zorg van de patiënten en de samenwerking tussen de zorgverleners.
Conclusie: Patiënten én zorgverleners ervaren de multidisciplinaire aanpak met de vitaliteitspas als een meerwaarde bij de aanpak van overgewicht en obesitas. De resultaten tonen na zes maanden een gemiddelde vooruitgang in de biopsychosociale tevredenheid en een gemiddeld gewichtsverlies van bijna 5%. Een georganiseerd zorgtraject opstellen met een online versie van de vitaliteitspas en multidisciplinair overleg zou een stap vooruit kunnen betekenen in een goede eerstelijns aanpak van deze chronische aandoening.
Trefwoorden: Overgewicht, obesitas, huisarts, eerstelijnsgeneeskunde, multidisciplinair.
ICPC: [T83] overgewicht, [T82] adipositas.

Lijst met afkortingen

BMI	Body mass index
EBM	Evidence Based Medicine
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
EOSS	Edmonton Obesity Staging System
ESP	Eating Disorder Screen for Primary care
FAM	Fitness als Medicijn
GGGG	Gebeurtenis gedachten gevoel gedrag (of de 4G's)
GGR	Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico
GLI	Gecombineerde leefstijlinterventie
GMD	Globaal medisch dossier
HAIO	Huisarts in opleiding
HbA1c	Hemoglobine A1c of geglyceerd hemoglobine
HDL	High-density-lipoproteïne
ICHO	Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding
ICPC	International Classification of Primary Care
KG	Kilogram
LDL	Low-density lipoprotein
MDO	Multidisciplinair overleg
MDP	Multidisciplinair
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
PO	Praktijkopleider
PON	Partnerschap Overgewicht Nederland
SCOFF	Korte vragenlijst bij screening naar eetstoornissen; Sick/Control/ One stone (6.5 kg)/ Fat/ Food
SEL	Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK BIJ OVERGEWICHT:

DE VITALITEITSPAS ALS TOOL OM DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS, DIËTIST, PSYCHOLOOG EN BEWEGINGSTHERAPEUT TE OPTIMALISEREN.

Partim PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT

Ilse DEPESTELE, Pauline DIERINCK en Charlotte GOEMAERE

Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Paul De Cort (KU Leuven)
Copromotor: Mevrouw An Vandeputte (Eetexpert.be vzw)

Academiejaren 2015 – 2017

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel

Dankwoord 3
Voorwoord 5
Abstract 7
Inhoudstafel 11
1 Inleiding 13
1.1 Begrippen 13
1.2 Prevalentie 13
1.3 Gezondheidsprobleem 13
1.4 Behandeling van overgewicht 14
1.5 Visie: focus op gezondheid i.p.v. gewicht 14
1.6 Biopsychosociale doelstellingen 15
2 Onderzoeksvragen 17
2.1 Onderzoeksvragen literatuurstudie 17
2.2 Onderzoeksvragen multidisciplinair project met de vitaliteitspas 17
3 Literatuuronderzoek 18
3.1 Zoekstrategie 18
3.2 Multidisciplinaire aanpak van overgewicht in de eerste lijn 18
3.3 Samenwerking tussen de zorgverleners 19
3.4 Rol van de huisarts 20
3.4.1 Preventie 20
3.4.2 Identificatie 20
3.4.3 Diagnose 20
3.4.4 Behandeling 21
3.4.5 Doorverwijzen bij therapieresistentie 23
3.5 Besluit literatuuronderzoek multidisciplinaire samenwerking 23
4 Methode 24
4.1 Methode van het project 24
4.2 Ontwerp vitaliteitspas 27
4.3 Ontwerp enquêtes 29
4.4 Ontwerp vragenlijst biopsychosociale tevredenheid 29
4.5 Ontwerp folder en poster 30
4.6 Multidisciplinair overleg 30
5 Resultaten 32

5.1 Enquête patiënten 32
5.1.1 Ideeën over multidisciplinaire aanpak 32
5.1.2 Enquête over de vitaliteitspas 33
5.1.3 Enquête over hoe de multidisciplinaire aanpak verlopen is 34
5.2 Resultaten patiënten na zes maanden 40
5.2.1 Algemeen (deelnemende patiënten, geslacht, praktijk, bezochte zorgverleners) 40
5.2.2 Biopsychosociale vragenlijst 42
5.2.3 Resultaten klinische parameters 46
5.3 Enquête zorgverleners 51
5.3.1 Vitaliteitspas 51
5.3.2 Multidisciplinair samenwerken 56
5.4 Multidisciplinair overleg 65
6 Discussie 66
6.1 Bias 66
6.1.1 Begrippen 66
6.1.2 Bias in de masterthesis 66
6.1.3 Sterktes van de studie 68
6.2 Multidisciplinaire aanpak 68
6.2.1 Patiënten 68
6.2.2 Hulpverleners 70
6.2.3 Multidisciplinair overleg 71
6.3 Vitaliteitspas 71
6.3.1 Patiënten 71
6.3.2 Hulpverleners 71
6.4 Biopsychosociale einddoelen 72
6.5 Klinische parameters 73
6.5.1 Gewicht, BMI, buikomtrek 73
6.5.2 Bloeddruk, cholesterol, glycemie, HbA1c 74
6.6 Visgraatmodel: aan de slag met de feedback van patiënten en hulpverleners 74
6.6.1 Visgraatmodel 74
6.6.2 Oplossingen 76
6.7 Persoonlijke lessen van de onderzoekers 79
7 Besluit 81
8 Referenties 82

9 Bijlagen 84

1 Inleiding

1.1 Begrippen

Obesitas kan worden gedefinieerd als een toestand van overtollige opstapeling van lichaamsvet, in vergelijking met de norm voor de leeftijd en het geslacht. Om het lichaamsvet te berekenen, gebruikt men in de praktijk indirecte methodes, zoals de Body Mass Index (BMI of Quetelet-index):

BMI= gewicht in kg /lengte in m^2

Bij een BMI van 25 tot 29,9 spreekt men van overgewicht. Vanaf een BMI van 30, spreekt men van obesitas. Vanaf een BMI van 30, stijgt het morbiditeits- en mortaliteitsrisico. Vanaf een BMI van 40 is er sprake van morbide obesitas.

Ook het type obesitas is een risicofactor voor gezondheid. De plaatsen waar het overtollige vet is gelokaliseerd, speelt een essentiële rol in de prognose. Wanneer er voornamelijk abdominale vetafzetting is, spreekt men van een 'appelvorm'. Men kan nagaan of er abdominale obesitas is door de middelomtrek te meten, ter hoogte van de navel. We spreken van abdominale obesitas bij een middelomtrek meer dan 88 cm bij vrouwen en meer dan 102 cm bij mannen. Wanneer men voornamelijk vet op de heup en dijen heeft, spreekt men van een 'peervorm'. De appelvorm brengt meer gezondheidsrisico's met zich mee dan de peervorm. Het is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van onder andere diabetes en hart- en vaatziekten (1).

1.2 Prevalentie

Overgewicht en obesitas vormen een steeds groter probleem in onze Westerse samenleving. In 2008 werd in België de vierde nationale gezondheidsenquête georganiseerd. In vergelijking met de drie vorige gezondheidsenquêtes (1997, 2001 en 2004), is zowel de gemiddelde BMI als het percentage overgewicht bij volwassenen gestegen. Met een gemiddeld BMI van 25,3 is de doorsnee volwassene te dik. Bij meer dan 47% is het gewicht te hoog: 33% valt in de categorie overgewicht, terwijl 14% van de volwassen bevolking als obees omschreven kan worden. Meer mannen (54%) dan vrouwen (40%) hebben te kampen met overgewicht; voor obesitas zijn er geen significante verschillen tussen de geslachten.

Een ander verontrustend aspect uit deze gezondheidsenquête blijkt de hoge lifetimeprevalentie van eetstoornissen in België. Deze bedraagt voor alle eetstoornissen samen 3,5%. De prevalentie ligt drie tot acht keer hoger voor vrouwen dan voor mannen. Er wordt zelfs geschat dat de prevalentiecijfers van eetstoornissen bij Belgische vrouwen tussen 10 en 30 jaar nog hoger liggen: 3,7% lijdt aan anorexia nervosa, 3,8% aan boulimia nervosa, 4,4% heeft een eetbuistoornis, 6,8% heeft allerlei eetbuien. Als men de prevalenties van al deze vormen van eetstoornissen optelt, bekomt men een prevalentie van 10,3%. Dit betekent dat in België één op de tien vrouwen op een bepaald moment tussen hun tiende en dertigste levensjaar aan een eetstoornis lijdt. Globaal gekeken in de gezondheidsenquête, kent Frankrijk de grootste prevalentie van eetstoornissen, gevolgd door België. Deze twee landen vertonen opvallende hogere prevalenties dan Nederland (2).

1.3 Gezondheidsprobleem

Obesitas is geassocieerd met een belangrijk aantal complicaties en comorbiditeiten, zoals (niet-insulinedependente) diabetes mellitus type 2, lipidenstoornissen, metabool syndroom, cardiovasculaire aandoeningen (hypertensie, angina pectoris en coronaire ziekten, varices, thrombo-embolische aandoeningen, CVA), galstenen, levercirrose, cholecystitis, jicht, skeletafwijkingen

(artrose, pes planus), intertrigo, lichamelijke bezwaren zoals gewrichtslast, dyspneu, pyrosis, zweten, slaapapneu, verhoogde kans op kanker (prostaat- en darmkanker bij mannen en borst-, lever-, galblaas-, blaas-, baarmoeder(-hals)- en ovariumkanker bij vrouwen). Al deze complicaties verhogen de mortaliteit, het aantal ziekenhuisopnames en de totale kosten voor de gezondheidszorg (3).

1.4 Behandeling van overgewicht

Op korte en lange termijn (minimum één jaar of langer) kunnen bepaalde therapeutische middelen een gunstig effect bekomen. Centraal in de behandeling staat de individueel gerichte en stapsgewijze aanpak.

Het is aangetoond dat een combinatie van dieet, gedrags- en bewegingsadvies effectiever is in gewichtsreductie en -behoud dan elk van deze behandelingen apart. Begeleiding van dieet vertrekt van het voedingspatroon van de patiënt en gebeurt het best door een diëtist. Fysieke activiteit heeft een beperkte invloed op het gewichtsverlies zelf, maar speelt wel een belangrijke rol in het behoud van de gewichtsvermindering. Het is belangrijk dat obese patiënten zoveel mogelijk beweging inbouwen in hun dagelijkse leven. Driemaal per week een halfuur wandelen is een realistisch vertrekpunt om de fysieke activiteit te verhogen.

Door deze maatregelen is het haalbaar om in zes tot twaalf maanden een gewichtsdaling te bereiken van 5 à 10 %.

Farmacotherapie met orlistat of sibutramine kan enkel ondersteunend werken bij patiënten met een BMI hoger dan of gelijk aan 30 of bij patiënten met comorbiditeit en met een BMI tussen 27 en 29,9 . Het te verwachten bijkomende effect op het gewicht is beperkt (met name lager dan 5 %) en dit bij langdurige therapie (zes tot 24 maanden). Het kan een multidisciplinaire aanpak niet vervangen, maar kan wel voorgesteld worden als adjuvans.

Chirurgie wordt toegepast wanneer alle andere minder invasieve behandelingen hebben gefaald en is voorbehouden aan patiënten met morbide obesitas (BMI hoger dan 40) en patiënten met een BMI boven de 35 met comorbiditeit. Na de ingreep is een multidisciplinaire begeleiding essentieel voor het welslagen van de gewichtsreductie en het opsporen van neveneffecten van de procedure.

Men start een behandeling enkel op voor obesitas bij een BMI ≥30 of bij overgewicht met een BMI tussen 25-29,9 als er comorbiditeit aanwezig is. In alle andere gevallen geeft de huisarts geen advies over een behandelingsaanpak, maar kan hij op vraag van de patiënt wel voedingsadvies geven of hiervoor doorverwijzen.

Bij oudere patiënten met obesitas (ouder dan 80 jaar) moet het instellen van een behandeling worden afgewogen ten opzichte van de levenskwaliteit en het veronderstelde voordeel (1, 3).

1.5 Visie: focus op gezondheid i.p.v. gewicht

Een overmatige focus op gewicht en BMI heeft enkele bijzondere valkuilen. Ten eerste lijkt het dat gezondheid enkel gebaseerd is op gewicht, en vergeet men dat dit een breder begrip is dat ook fysieke, sociale en mentale gezondheid omvat. Ten tweede beschouwt men personen met een gezond BMI ook als gezond, ongeacht de eetpatronen, fysieke activiteit en ander gezondheidsgerelateerd gedrag. Ten derde kan de focus op gewicht stigmatisatie veroorzaken, ontevredenheid met het lichaam en preoccupatie met gewicht. Dit zijn risicofactoren voor gewichts-gerelateerde aandoeningen zoals overgewicht, obesitas en eetstoornissen. Ten vierde moet men de

beperkingen erkennen van BMI en gewicht als indicatoren voor gezondheid en vetgehalte. Zeker in de Aziatische populatie, bij heel gespierde personen, personen met spierziekten en bij kinderen zijn deze heel onbetrouwbare indicatoren. Ten vijfde stelt de Academy of Eating Disorders dat gewicht geen gedrag is en dus ook geen gepast doel is voor gedragsverandering. Er zijn andere doelen voor gedragsverandering, bijvoorbeeld het vermijden van uren televisiekijken per dag of het ontijt overslaan. Men focust zich dus beter op gedragsverandering om de persoonlijke en socioculturele gezondheid te verbeteren (4).

Gewichtstverlies gebruiken als bron van motivatie voor de levensstijlverandering is geen duurzame bron van motivatie. Snel gewichtsverlies garandeert niet dat dit behouden blijft en kan leiden tot ongewenste jojo-effecten. Bovendien is het echte doel dat men wil bereiken om een betere gezondheid en levenskwaliteit te hebben. Dit wordt echter soms vergeten wanneer de patiënt zich te veel focust op de gewichtsreductie an sich.

Een focus op gezonde eet- en beweeggewoonten en een gezond lichaamsbeeld levert al gezondheidsvoordelen op, zelfs wanneer er geen gewichtsverlies bereikt wordt. Het halen van de doelstellingen op vlak van gewicht aan de hand van ongezonde methoden moet ten zeerste worden ontmoedigd door de zorgverleners (1).

1.6 Biopsychosociale doelstellingen

In de behandeling wordt aanbevolen om samen met de patiënt een individueel behandelplan op te stellen, op basis van realistische doelen. Het werken met doelstellingen is richtinggevend in de behandeling. Om de doelstelling op te stellen, moet rekening gehouden worden met de aard en de ernst van het eet- of gewichtsprobleem, de context en de (on)mogelijkheden van de patiënt om van de hulp te kunnen en willen profiteren. Goede doelen zijn bij voorkeur pragmatisch: concreet, haalbaar en gepast voor de betrokken patiënt. Deze doelen zullen ook bijgestuurd worden naarmate de behandeling vordert. Bijvoorbeeld, een patiënt die regelmatig junkfood eet en gesuikerde frisdrank drinkt, zal eerst zijn focus willen leggen op het zoeken naar en bereiden van gezonde hoofdmaaltijden. Hij kan ook al starten met het drinken van light-varianten. Later zal zijn doel mogelijks worden om meer frisdranken weg te laten en meer water te drinken. Nog later kan zijn focus meer liggen op beweging, enzovoort.

Het werken met doelstellingen zal de hulpverleners tevens helpen om hun aanpak beter af te stemmen op de individuele patiënt. In het vorige voorbeeld kan het zijn dat de patiënt naar junkfood grijpt omdat hij geen tijd heeft om gezonde maaltijden te bereiden, of niet weet hoe hij hieraan moet beginnen. Bij andere patiënten is het grijpen naar ongezonde voeding ook een copingmechanisme om om te gaan met stress.

Het werken met doelstellingen kan ook motiverend werken. Wanneer er alweer een doelstelling gehaald wordt, heeft dit een belonend effect op de patiënt. Het concretiseren van doelstellingen in mogelijke tussenstappen bevordert de haalbaarheid en daarmee de kans op succeservaringen. Uiteindelijk zullen doelstellingen dienen als criteria voor de beoordeling van het behandelingsverloop.

Werken met en aan doelen betekent ook prioriteiten stellen. Men kan gezien de complexiteit van de problematiek geconfronteerd worden met een stapel doelstellingen. Hierin moet planmatig geselecteerd worden. Een goed behandelplan oriënteert hierbij en plaatst die doelen centraal die belangrijke thema's zijn voor de patiënt.

Gezien de complexiteit van de problematiek, wordt tijdens de behandeling op verschillende thema's gefocust. Herstel van een normaal eetpatroon en/of gewicht is dus niet het enige behandeldoel, maar er wordt ook aandacht besteed aan de functie van het (eet)gedrag in een bredere context: het biopsychosociaal functioneren (2) (tabel 1).

Lichamelijk functioneren	Fysieke gezondheid
	Eetgedrag en eetstructuur
	Beweging
Psychisch functioneren	Copingvaardigheden
	Zelfbeeld en zelfwaardering
	Lichaamsbeleving en seksualiteit
Sociaal functioneren	Familiecontext
	Vrienden en relaties
	Werk- en leefklimaat

Tabel 1: Biopsychosociale doelstellingen – Eetexpert.be vzw (2)

Doelen op vlak van het lichamelijk functioneren zijn het bevorderen van de fysieke gezondheid en het normaliseren van eet- en beweeggedrag. Het psychisch functioneren gaat onder andere over hoe eten functioneert als een manier om met problemen of moeilijke gevoelens om te gaan. Zoeken naar een gezondere copingstrategie kan dus een belangrijk aspect van de behandeling worden.

Daarnaast hebben patiënten met een gewichtsprobleem vaak last van een laag zelfbeeld of een minderwaardigheidsgevoel. Kenmerkend is dat de stemming en zelfwaardering kan schommelen volgens het gewicht op de weegschaal. Een belangrijke doelstelling is dan ook de ontwikkeling van een positiever zelfbeeld en lichaamsbeleving. Tot slot zijn veel patiënten sociaal geïsoleerd geraakt. Schaamte, gebrekkig zelfvertrouwen, pesterijen kunnen bijdragen tot een verder isolement en afbrokkelen van het netwerk. De (her)opbouw van sociale contacten en de uitbreiding van sociale vaardigheden zijn dan kerndoelstellingen (2).

2 Onderzoeksvragen

Er werd een literatuuronderzoek verricht naar bestaande richtlijnen en andere artikels rond de multidisciplinaire aanpak bij overgewicht en obesitas om volgende onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

2.1 Onderzoeksvragen literatuurstudie

Wat is de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak bij overgewicht en obesitas?

Wat is de rol van de dietist/psycholoog/kinesist binnen de multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas in de eerste lijn?

Aan de hand van dit literatuuronderzoek wordt een protocol tot een multidisciplinair project in de eerste lijn en een werkboekje, genaamd de vitaliteitspas, ontwikkeld. Dit wordt in de praktijk toegepast met volgende onderzoeksvragen.

2.2 Onderzoeksvragen multidisciplinair project met de vitaliteitspas

Wat zijn de ervaringen van de zorgverleners en patiënten met deze multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas aan de hand van de vitaliteitspas?

Is er een verandering van de biopsychosociale tevredenheid na zes maanden bij de deelnemende patiënten?

Is er een verandering van de medische parameters (gewicht, suiker-en lipidenprofiel, bloeddruk, comorbiditeiten) bij de deelnemende patiënten?

3 Literatuuronderzoek

3.1 Zoekstrategie

Allereerst werd gezocht naar algemene nationale richtlijnen over obesitas of overgewicht die bruikbaar zijn voor de huisarts. Er werden twee nationale Nederlandstalige richtlijnen weerhouden: de Domus Medica richtlijn "Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk" België 2013 (3) en de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) standaard "Obesitas" Nederland 2010 (5). Eetexpert.be vzw is een kenniscentrum in verband met eet- en gewichtsproblemen en hun site biedt veel informatie op basis van de meest recente inzichten. Op de site zijn er draaiboeken voor de eerstelijnszorg beschikbaar (2). Een deel van de literatuur werd aangereikt via PubMed aan de hand van de zoektermen 'obesity', 'overweight', 'multidisciplinary', 'patient-centered'. Enkel de fulltext-artikels van de laatste vijf jaar werden weerhouden en op basis van titel en abstract geselecteerd op relevantie. Op Minerva EBM (Evidence Based Medicine) werd gezocht met de zoektermen 'obesitas' en 'overgewicht'. Met behulp van Cebam werden ook een aantal relevante richtlijnen gevonden. Tevens werd de databank van het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding) geraadpleegd om te bekijken welke thesissen er reeds geschreven zijn rond de thema's overgewicht, obesitas en multidisciplinaire samenwerking. Er werd gezocht via de ICPC (International Classification of Primary Care) code: T82 Adipositas en T83 Overgewicht. Ten slotte werden uit de referenties bijkomende artikels bekomen.

3.2 Multidisciplinaire aanpak van overgewicht in de eerste lijn

Het American Medical Association House of Delegates (AMA) heeft onlangs obesitas voorgesteld als een chronische ziekte die een langdurige behandeling vereist. Obesitas wordt geassocieerd met een veelzijdigheid aan medische, psychologische en functionele complicaties die de levensverwachting en levenskwaliteit doen dalen. Patiënten met obesitas zouden dus een uitgebreide inventarisatie moeten ondergaan om deze complexe ziekte in kaart te kunnen brengen en zo een multidimensionale en geïndividualiseerde behandeling te kunnen krijgen. Deze aanpak gebeurt het best door een multidisciplinair team (6).

Voordelen van multidisciplinair samenwerken zijn onder meer een verbetering van de kwaliteit van de zorg, een betere communicatie tussen de patiënt en zijn hulpverleners en tussen de hulpverleners onderling en een betere verdeling van de werklast. Dit leidt tot een optimalisatie van de continuïteit van de zorg voor de patiënt. De verschillende disciplines hebben elk hun eigen specifieke opleiding en expertise en kunnen zo de anamnese meer uitdiepen. Daardoor is de behandeling meer afgestemd op de individuele behoeftes van de patiënt. Anderzijds kunnen de hulpverleners bijleren van elkaar waardoor hun eigen kennis in de aanpak van obesitas ook toeneemt. Door deze voordelen uit te leggen aan de patiënt, zal zijn motivatie om multidisciplinair begeleid te worden, toenemen (2, 7).

Ook de richtlijnen van Domus Medica (België) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) bevelen aan dat de huisarts bij de aanpak van overgewicht en obesitas best samenwerkt met andere hulpverleners uit de eerste lijn, zoals de diëtist, psycholoog en bewegingstherapeut. Om patiënten met eetbuistoornissen gericht te kunnen doorverwijzen, is het noodzakelijk dat de huisarts beschikt over een netwerk van hulpverleners en organisaties die deze problematiek deskundig kunnen aanpakken. Naarmate de obesitas ernstiger is, is er een sterkere intensiteit van de behandeling aangewezen. Dit geldt ook voor obesitaspatiënten met comorbiditeiten. Verder spelen de voorkeur van de patiënt en de mogelijkheden in de regio een rol bij de concrete invulling van het behandelplan (3, 5).

De richtlijnen en het draaiboek van Eetexpert.be vzw pleiten voor een centrale rol voor de huisarts binnen het multidisciplinaire team. De huisarts heeft een coördinerende functie in zowel de inventarisatie, de aanpak als de opvolging van zijn patiënten met overgewicht of obesitas. De diëtist zorgt voor een grondige voedingsanamnese, familiale anamnese en het in kaart brengen van het eet- en beweeggedrag. De psycholoog verdiept zich in het psychosociale luik, het algemeen functioneren en welbevinden, een grondige probleemanalyse en het detecteren van eventuele eetstoornissen. De bewegingsdeskundige of kinesist maakt een balans op van het bewegingsniveau van de patiënt. Patiënten met een sedentaire levensstijl worden gemotiveerd om een actiever leven te leiden. Ook kijkt hij concreet welke beweging of sport er aangewezen of haalbaar is (2, 3, 5).

3.3 Samenwerking tussen de zorgverleners

De communicatie tussen de huisarts en de andere hulpverleners kan gebeuren met een kort verslag of via een gezamenlijk overlegmoment. Deze samenwerking in de eerste lijn in Vlaanderen is nog niet vanzelfsprekend. Zowel organisatorisch als inhoudelijk bestaan er nog heel wat hinderpalen. De huidige zorg voor een patiënt met overgewicht of obesitas vertrekt nu nog te vaak vanuit één discipline, waarbij andere disciplines vaak pas laattijdig of zelfs niet betrokken worden. Inhoudelijk leidt het tekort aan kennis en expertise van de aanpak van overgewicht en obesitas bij huisartsen en andere hulpverleners tot moeilijkheden om tot een gemeenschappelijke visie te komen. Doordat de verschillende disciplines onvoldoende op elkaar zijn afgestemd, wordt de verantwoordelijkheid over de behandeling te vaak doorgeschoven naar een andere hulpverlener. De visies op obesitas zijn soms zo individueel verschillend dat dit ten koste gaat van een gemeenschappelijk actieplan. Deze inhoudelijke problemen komen voornamelijk door het ontbreken van een goede basisopleiding over deze complexe aandoening. Organisatorische hinderpalen zijn onder andere een gebrek aan financiële middelen, gebrek aan tijd, te weinig kennis over doorverwijsopties en geen goede organisatie van een multidisciplinair overleg. Er is ook een tekort aan studies die onderzoeken hoe de multidisciplinaire samenwerking in de aanpak van overgewicht en obesitas kan verbeterd worden.

Volgens de werkgroep van Eetexpert.be vzw is het delen van informatie binnen een multidisciplinair obesitasteam niet zo vanzelfsprekend. Praktisch is er nog geen gemeenschappelijk patiëntendossier voorzien. Het elektronisch patiëntendossier biedt wel mogelijkheden voor de toekomst. Volgens de deontologische regels van elke discipline is het tevens onduidelijk welke informatie gedeeld mag worden. Een gedeeld beroepsgeheim (= het doorgeven van de strikt noodzakelijke gegevens over de patiënt voor zijn hulpverlening door de betrokken disciplines van eenzelfde of van verschillende instellingen) zou hierbij aangevuld moeten worden door een gezamenlijk beroepsgeheim (= binnen één team zijn er tussen de teamleden onderling geen grenzen van beroepsgeheim). Op die manier zou het doorspelen van informatie rond de patiënt veel vlotter kunnen gebeuren.

Ook over de timing van opvolging zouden goede afspraken gemaakt moeten worden, zodat er tijd is voor overleg binnen het team en het doorspelen van informatie. Dit kan in het gedrang komen door de agenda's van de verschillende zorgverleners, die vaak niet op elkaar afgestemd zijn. Voor een goede samenwerking zou er dus voldoende gericht overleg moeten gebeuren. Omdat dit ook tijd vraagt van de verschillende zorgverleners, zou dit financieel vergoed kunnen worden (2, 7-10).

Moeilijkheden binnen de multidisciplinaire samenwerking zouden gedeeltelijk verholpen kunnen worden door het organiseren van multidisciplinaire groepspraktijken. Onderstaande studies tonen de voordelen aan van het groeperen van zorgverleners in dezelfde praktijk. Zo toont Rumball-Smith et al. aan dat interprofessionele samenwerking onder één dak leidt tot betere toegang en kwaliteit voor patiënten met een chronische aandoening omwille van het aanbod van een brede, preventieve en

gespecialiseerde zorg (11). Het werken op dezelfde locatie verbetert de transactie van informatie en faciliteert de communicatie (12-14). Rice et al. concluderen dat een verbeterde omgeving en vormgeving van een eerstelijnspraktijk leidt tot een verbetering van de perceptie door de patiënten van de patiënt-arts communicatie, een angstreductie bij de patiënten voor en na het artsenconsult en verbetering in de tevredenheid over de zorg zowel bij patiënten als hulpverleners (15).

3.4 Rol van de huisarts

3.4.1 Preventie

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 **preventie** door de huisarts (1-3).

3.4.2 Identificatie

Zelden consulteert de obese patiënt zijn arts met klachten die rechtstreeks verband houden met zijn overgewicht. Het probleem van gewichtstoename wordt dikwijls op een verdoken manier aangebracht. Soms komt de patiënt voor een ander probleem op de raadpleging, maar kan de huisarts onmiddellijk zien dat er een probleem is van overgewicht of obesitas. De patiënt met overgewicht kan ook met het 'gewichtsprobleem' als enige klacht langskomen (op eigen initiatief of door zijn omgeving gestuurd) (1).

De huisarts kan een centrale rol spelen bij de **identificatie** van overgewicht en obesitas (1-3). Door de langdurige opvolging van de patiënten, met kennis van de eventuele comorbiditeiten en beheer van het GMD (globaal medisch dossier), is de huisarts goed geplaatst om het thema aan te kaarten (16). Het is belangrijk dat het hele gezin van de patiënt bij de behandeling wordt betrokken. Daarom is de huisarts hier een geschikte persoon omdat deze meestal ook op de hoogte is van de familiale context (5).

3.4.3 Diagnose

3.4.3.1 Anamnese

Bij de patiënt in de beslissingsfase met een duidelijke vraag naar verandering, kan de huisarts het klassieke consultatiemodel toepassen: diagnostische fase met gericht informeren, klinisch onderzoek en therapeutische fase. Hij verzamelt eerst een aantal anamnestische gegevens. 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.

Wordt de diagnose van eetbuistoornis vermoed, dan verwijst de arts de patiënt bij voorkeur door naar een psychiater of psycholoog gespecialiseerd in de behandeling van eetstoornissen (1-3).

3.4.3.2 Klinisch onderzoek

Het is noodzakelijk eerst de gewichtstoename te objectiveren. De arts kan aan de hand van het klinisch onderzoek evalueren welke schade het overgewicht al heeft aangebracht aan de gezondheid van de patiënt.

- Mate van gewichtstoename: de arts meet het lichaamsgewicht op een goede weegschaal en de lengte in cm. Aan de hand daarvan berekent hij een BMI-index.
- Mobiditeits- en mortaliteitsrisico: de arts bepaalt het type obesitas ('appelvorm' versus 'peervorm'). Hiervoor meet hij de middelomtrek.

Een algemeen klinisch onderzoek gaat verder na wat de oorzaak is van het overgewicht (metabole of genetische aandoeningen) en of er reeds een weerslag is op de lichamelijke conditie: bloeddrukmeting, algemene inspectie van de huid, hart- en longauscultatie en palpatie van de schildklier (1, 16).

3.4.3.3 Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek heeft geen zin bij een BMI<30, tenzij er op basis van de familiale anamnese en/of het klinsch onderzoek (middelomtrek) een verhoogd cardiovasculair risico bestaat. Bij een verhoogd cardiovasculair risico en/of bij obesitas (BMI>30) is een laboratoriumonderzoek wel nuttig, met volgende bepalingen op een nuchter bloedstaal: glucose, cholesterol (totaal en HDL) en triglyceriden (1).

3.4.4 Behandeling

Men start een behandeling op voor obesitas bij een BMI ≥30 of bij overgewicht met een BMI tussen 25-29,9 als er comorbiditeit aanwezig is. In alle andere gevallen geeft de huisarts geen advies over een behandelingsaanpak, maar kan hij op vraag van de patiënt wel voedingsadvies geven of hiervoor doorverwijzen (1).

Het is de taak van de huisarts om een gecoördineerde, bij voorkeur multidisciplinaire **behandeling** op te starten en op te volgen (2, 3).

Een belangrijke voorwaarde is echter dat de patiënt voldoende gemotiveerd is. Het is belangrijk dat de huisarts dit in het begin van de consultatie achterhaalt. De aanpak van gewichtsproblemen vergt immers een grote inzet van de patiënt (dieet, leefstijlveranderingen, medicatie, enzovoort). Enkele centrale vragen vanuit de klinische psychologie kunnen hierbij helpen:

1. Hoe belangrijk vindt u het om te vermageren? Wat moet er veranderen opdat u vermageren belangrijker zou vinden?
2. Hoe belangrijk vindt u het om uw eetgewoonten/leefstijl te veranderen?
3. Als u zou beslissen om te vermageren, hoeveel vertrouwen hebt u dan in uzelf om hierin te slagen? Wat moet er veranderen opdat u meer vertrouwen zou krijgen om succesvol te vermageren?

Hier wordt gebruik gemaakt van het motivationele model van Prochaska en DiClemente (zie tabel 2).

Fase	Kenmerk	Actiebereidheid	Mogelijke interventie
Voor-beschouwende fase	Een persoon in dit stadium overweegt helemaal geen verandering en ziet zijn gedrag niet als een probleem (hij is te weinig geïnformeerd over de gevolgen of uitgeblust door de vele pogingen)	De patiënt is niet van plan om actie te ondernemen in de nabije toekomst (zes maanden)	Verhoog het inzicht via gepersonaliseerde informatie
Beschouwende fase	De persoon erkent het probleem, maar staat nog erg ambivalent tegenover verandering. Hij is zich wel meer bewust van	De patiënt denkt wel aan veranderen, maar dan in de nabije toekomst (zes weken)	Bespreek voor- en nadelen van verandering en verhoog het zelfvertrouwen van de patiënt om de nodige

	de voordelen van verandering, maar ziet ook veel nadelen		gedragsverandering te kunnen realiseren
Beslissingsfase	De patiënt maakt een plan op. Het is mogelijk dat hij al wat aan het experimenteren is met kleine veranderingen. Er bestaat nog steeds een zekere mate van ambivalentie	De patiënt maakt zich klaar voor verandering, meestal binnen de maand	Stel een concreet plan op met een realistisch doel en ondersteun kleine veranderingen bij de patiënt
Actiefase	De persoon in dit stadium verandert specifiek en openlijk zijn leefstijl. Dit gedrag is duidelijk observeerbaar	De patiënt is geëngageerd in een actieplan	Verwijs door voor voedingsadvies en gedragsverandering en bied zelfhulpmateriaal, medicatie en dergelijke aan
Onderhoudsfase	Het nieuwe gedrag krijgt een plaats in het leven van de persoon. Verandering van eetgedrag en gewichtsdaling zijn ontstaan. Het gewichtsbehoud wordt een nieuw doel	De patiënt is geëngageerd in een actieplan	Leer de patiënt probleemoplossend gedrag aan, zodat hij leert anticiperen op moeilijkheden
Hervalfase	Herval is altijd mogelijk en is eerder de regel dan de uitzondering	De patiënt gaat gemiddeld zes keer door de fasen van verandering, vooraleer een stabiele verandering tot stand is gekomen	Ondersteun het zelfvertrouwen van de patiënt en geef inzicht in de aanleidingen tot herval

Tabel 2: Fasen van gedragsverandering (1)

Om een persoon tot verandering te motiveren, is het van belang hem aan te spreken op een manier die aangepast is aan het motivationele stadium waarin hij zich bevindt (1).

De behandeling van obesitas is individueel gericht en verloopt stapsgewijs. Het is zinvol en haalbaar om in zes tot twaalf maanden een gewichtsdaling te bereiken van 5 à 10 %. Zoals eerder vermeld, is het gewichtsverlies geen doelstelling op zich. Een combinatie van dieet, gedrags-en bewegingsadvies is effectiever in gewichtsreductie en -behoud dan elk van deze behandelingen apart, zowel op korte als lange termijn (minimum één jaar of langer) (1).

De huisarts verwijst door voor begeleiding van dieet. Fysieke activiteit heeft een beperkte invloed op het gewichtsverlies, maar speelt wel een belangrijke rol in het behoud van de gewichtsvermindering. Het is belangrijk dat obese patiënten zoveel mogelijk beweging inbouwen in hun dagelijkse leven. Driemaal per week een halfuur wandelen is een realistisch vertrekpunt om de fysieke activiteit te

verhogen. Indien nodig wordt de patiënt dan doorverwezen naar een psycholoog met ervaring in eetstoornissen en obesitasproblematiek. De huisarts heeft in deze multidisciplinaire samenwerking een **coördinerende rol** (2). De huisarts verzamelt alle gegevens en geeft de gepaste verwijsbrieven mee (16). Hiertoe kan hij een samenwerking opbouwen met andere eerstelijnshulpverleners. De huisarts draagt ook de verantwoordelijkheid in de **continuïteit** van de zorg (1-3).

Farmacotherapie met orlistat of sibutramine kan enkel ondersteunend werken, als adjuvans bij een multidisciplinaire aanpak, bij patiënten met een BMI hoger dan of gelijk aan 30 of bij patiënten met comorbiditeit en met een BMI tussen 27 en 29,9 . Het te verwachten bijkomende effect op het gewicht is beperkt, met name lager dan 5 % en dit bij langdurige therapie (zes tot 24 maanden) (1).

3.4.5 Doorverwijzen bij therapieresistentie

Bij obese patiënten die al verschillende onsuccesvolle pogingen hebben ondernomen (therapieresistentie), dient de huisarts vooral de mogelijke complicaties vroegtijdig op te sporen en adequaat te behandelen (**tertiaire preventie**).

Chirurgie wordt toegepast wanneer alle andere minder invasieve behandelingen hebben gefaald en is voorbehouden aan patiënten met morbide obesitas (BMI hoger dan 40) en patiënten met een BMI boven de 35 met comorbiditeit.

Na de ingreep is een multidisciplinaire begeleiding essentieel voor het welslagen van de gewichtsreductie en het opsporen van neveneffecten van de procedure (1, 3).

3.5 Besluit literatuuronderzoek multidisciplinaire samenwerking

Uit bovenstaand literatuuronderzoek kan besloten worden dat de multidimensionale en geïndividualiseerde obesitaszorg opgebouwd wordt door een multidisciplinair obesitasmanagement team. Huisartsen hebben de verantwoordelijkheid om overgewicht en obesitas te herkennen als een aandoening en om deze patiënten te motiveren voor een gepaste preventie en behandeling.

Multidisciplinair samenwerken in de eerstelijnsgezondheidszorg leidt ertoe dat het aanbod aan diensten zo goed mogelijk wordt afgestemd op de vragen en problemen van de patiënt met overgewicht of obesitas. Door gebruik te maken van elkaars deskundigheid kunnen we de kwaliteit in de zorg verbeteren. Binnen een multidisciplinair team wordt gestreefd naar efficiënt en doelmatig werken, met goede communicatiemiddelen. Tot slot wordt de continuïteit van de obesitaszorg verbeterd.

4 Methode

4.1 Methode van het project

In drie huisartsenpraktijken in Oost-Vlaanderen (twee duopraktijken met praktijkopleider (PO) en huisarts-in-opleiding (HAIO) en één groepspraktijk met HAIO) werd een project rond overgewicht en obesitas opgestart en geëvalueerd. Het doel van het project was een multidisciplinaire behandeling te organiseren voor patiënten met overgewicht en obesitas in de huisartspraktijk (zie bijlage 1: Goedgekeurd protocol en gunstig advies ethische commissie, en bijlage 2: Formulier schriftelijke toestemming patiënt).

Het eerste deel van het project bestond uit het ontwerpen van de vitaliteitspas (zie hoofdstuk 5.2.: Ontwerp vitaliteitspas en bijlage 3: Vitaliteitspas). Dit is een soort werk- en informatieboekje, dat de patiënt zelf aanvult en bijhoudt. Het biedt de patiënt en de verschilllende zorgverleners een houvast gedurende de multidisciplinaire behandeling van overgewicht en obesitas. Het voordeel van het werkboekje is dat de autonomie van de patiënt in zijn behandeling vergroot en zo zijn motivatie wordt gestimuleerd.

Elke HAIO contacteerde diëtisten, psychologen en bewegingstherapeuten in de regio van de praktijk om te vragen of ze bereid waren om mee te werken aan dit project. De communicatie met de zorgverlener gebeurde via telefonie, brieven en e-mailen. De deelnemende zorgverleners werden bezocht of uitgenodigd om in de huisartsenpraktijk langs te komen. Tijdens dit overleg werd de studie geschetst en werd er gepolst naar bezorgdheden, vragen en feedback over de eerste versie van de vitaliteitspas.

In de volgende stap werd gezocht naar gemotiveerde patiënten, die geïnteresseerd waren in de deelname aan het project.

Een patiënt mocht deelnemen aan het project wanneer voldaan werd aan volgende criteria: BMI >25, leeftijd >18 jaar, motivatie (beslissingsfase, actiefase, consolidatiefase en terugval) en vanaf één extra comorbiditeit die mild aanwezig was. Deze comorbiditeit kan medisch zijn (hart- en vaatziekten, arteriële hypertensie, metabool syndroom, obsructief slaapapneu syndroom, hypercholesterolemie, gestoorde glucoseintolerantie, artrose, leversteatose, polycyclisch ovarieel syndroom,..), een lichamelijk symptoom (bijvoorbeeld dyspnoe), psychisch (psychisch lijden, eetstoornissen), een weerslag op welzijn en functionele beperkingen. Deze comorbiditeiten worden ingeschat aan de hand van de Edmonton Obesity Staging System (EOSS) (zie bijlage 4: EOSS- score).

Exclusiecriteria waren leeftijd <18 jaar, een beperkte motivatie (voorbeschouwingsfase), bariatrische voorgeschiedenis en een zeer ernstige comorbiditeit met weerslag op welzijn en functionele beperkingen (EOSS stadium 4).

De patiënten werden geinformeerd over het project door middel van folders en posters in de wachtzaal en in de praktijkkabinetten (zie hoofdstuk 5.5: Ontwerp folder en poster) (zie bijlage 5: Folder en bijlage 6: Poster). Zowel bij een directe hulpvraag over het overgewicht, als bij een verdoken hulpvraag (een klacht die niet direct gerelateerd is aan het overgewicht zoals kniepijn) werd het project voorgesteld.

Er werd meer uitleg gegeven over de studie als de patiënt voldeed aan de inclusiecriteria. De patiënt werd vervolgens uitgenodigd voor de deelname aan het project. Bij interesse tot deelname werd een folder meegegeven en een afspraak vastgelegd voor het verdere intakeconsult.

De intake werd afgenomen op basis van de anamneseformulieren beschikbaar op de site van Eetexpert.be vzw. Er werd vervolgens een klinisch onderzoek door de huisarts verricht, met het

bepalen van de lengte, het gewicht, het BMI en de buikomtrek. Een nuchtere bloedafname (nuchter glucose, cholesterol) werd uitgevoerd en met deze resultaten werd het cardiovasculair risico (volgens de SCORE-tabel) berekend. Aan de patiënt werd gevraagd om de vragenlijst over de biopsychosociale tevredenheid in te vullen (zie hoofdstuk 5.4: Ontwerp vragenlijst biopsychosociale einddoelen) (zie bijlage 7: Vragenlijst biopsychosociale tevredenheid).

Deze biopsychosociale parameters zijn gebaseerd op het lichamelijk functioneren (fysieke gezondheid, eetgedrag, eetstructuur en beweging), het psychisch functioneren (copingvaardigheden, zelfbeeld, zelfwaardering, lichaamsbeleving en seksualiteit) en het sociaal functioneren (familiecontext, vrienden en relaties, werk- en leefklimaat) (zie tabel 1).

In het tweede consult, enkele dagen later, werd deze vragenlijst samen met de huisarts overlopen. De huisarts noteerde een samenvatting van de anamnese, het klinisch onderzoek en de biopsychosociale doelen in de vitaliteitspas en in het medisch dossier.

De huisarts maakte vervolgens in samenspraak met de patiënt een klinische inschatting van de verdere behandeling. De patiënt werd doorverwezen naar de diëtist en/of de psycholoog en/of de bewegingstherapeut voor behandeling en follow-up. Hierbij werden de voordelen van de multidisciplinaire aanpak uitgelegd aan de patiënt. De huisarts contacteerde de zorgverleners en maakte een eerste afspraak voor de patiënt. Op het einde van dit tweede consult werd ook een enquête meegegeven aan de patiënt met vragen die toetsen naar hun ervaring van deze intake en hun ideeën over de multidisciplinaire aanpak (zie hoofdstuk 5.3: Ontwerp enquêtes) (zie bijlage 8: Enquête na het intakeconsult).

De vitaliteitspas werd tijdens het intakeconsult ingevuld door de huisarts en meegegeven met de patiënt. De bedoeling was dat de vitaliteitspas steeds meegenomen werd naar de verschillende zorgverleners. De vervolgafspraken zouden ingevuld worden door de patiënt. De huisarts is de medische expert en manager, waarbij de patiënt na zes weken, drie maanden en zes maanden op consultatie gezien werd. Indien nodig werd de patiënt frequenter opgevolgd. Het overleg tussen de zorgverleners gebeurde zowel via telefonie, via e-mail als via de notitiepagina's in de vitaliteitspas. In de groepspraktijk werd ook een multidisciplinair overleg georganiseerd (zie hoofdstuk 5.6: Multidisciplinair overleg).

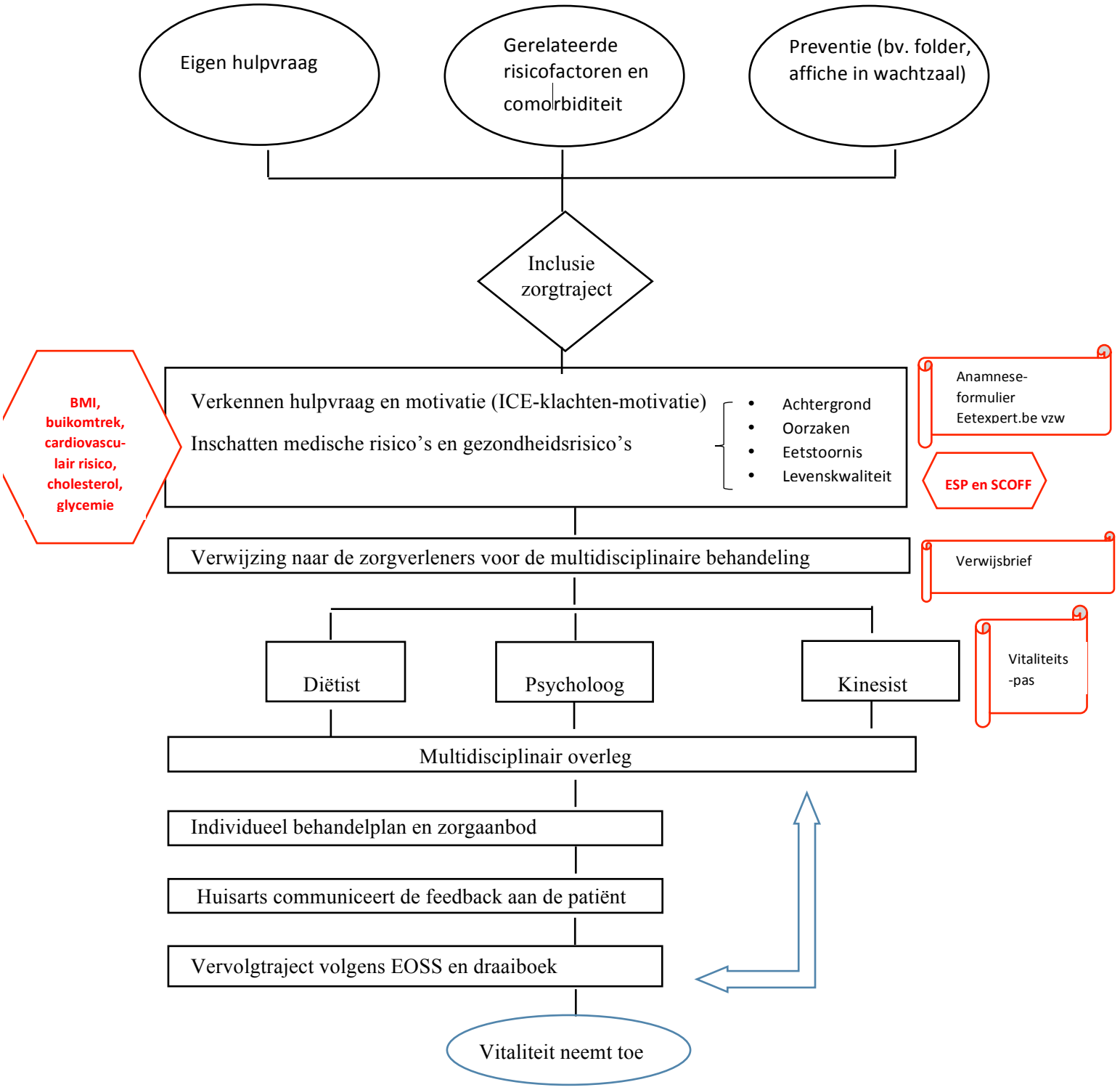
Na zes maanden werd een evaluatieconsult vastgelegd met elke deelnemende patiënt. Hierbij werd gepeild naar de ervaringen van de patiënt en werden het klinische onderzoek (gewicht, lengte, BMI, buikomtrek, nuchtere bloedafname voor glucose en cholesterol, berekening van het cardiovasculair risico) herhaald. Aan de patiënt werd opnieuw gevraagd de vragenlijst over de biopsychosociale tevredenheid in te vullen. De patiënt vulde ook een tweede enquête in over de meningen en de ervaringen rond het project en de vitaliteitspas (zie hoofdstuk 5.3: Ontwerp enquêtes) (zie bijlage 9: Enquête patiënten na zes maanden).

Na zes maanden werd aan de zorgverleners gevraagd een vragenlijst, die peilt naar het multidisciplinair project en de vitaliteitspas, in te vullen (zie hoofdstuk 5.3: Ontwerp enquêtes) (zie bijlage 10: Enquête zorgverleners na zes maanden).

Vervolgens werden alle resultaten (de klinische gegevens, de biopsychosociale vragenlijsten, de enquêtes van zorgverleners en patiënten) van de drie huisartspraktijken samengelegd en geëvalueerd.

Hiervoor werd zowel het statistisch verwerkingsprogramma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) als Excell gebruikt.

De opbouw van deze studie kan worden weergegeven in een flowchart (zie figuur 1: Flowchart masterthesis onderzoek).



Figuur 1: Flowchart masterthesis onderzoek

4.2 Ontwerp vitaliteitspas

Zie bijlage 3: Vitaliteitspas.

Vanuit het literatuuronderzoek werd gezocht naar een project rond de aanpak van overgewicht en obesitas in de eerste lijn dat te implementeren was in de praktijk. Het idee groeide om een dossier te ontwerpen dat de communicatie tussen de patiënt, de huisarts en de andere zorgverleners zou ondersteunen.

Als leidraad voor de huisarts bij de aanpak van overgewicht en obesitas kan het draaiboek "Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas", gepubliceerd door Eetexpert.be vzw in 2013, gehanteerd worden. Uit een masterproef blijkt dat huisartsen het draaiboek als een relevante meerwaarde beschouwen, maar er nood is aan een korte, vlotte versie voor de huisartsenpraktijk (8).

Op basis hiervan werd eerst voorgesteld een kortere versie van dit draaiboek te ontwerpen. Dit zou echter niet eenvoudig zijn. De tekst inkorten zorgde voor een belangrijk informatieverlies en een tekort aan leidraad voor de huisarts. In samenspraak met de promotor professor De Cort en copromotor mevrouw An Vandeputte werd uiteindelijk besloten dat een aanvulling op het draaiboek zinvoller zou zijn. Er werd vervolgens, hoofdzakelijk gebaseerd op het draaiboek, een dossier ontworpen waarin er ruimte is voor aantekeningen van de huisarts, de diëtist, de psycholoog, de bewegingstherapeut en de patiënt. Dit multidisciplinair dossier zou er vervolgens voor zorgen dat dubbelwerk zoveel mogelijk vermeden wordt en dat alle informatie genoteerd wordt in één dossier.

Bij het voorstellen van dit concept aan de andere zorgverleners werden er enkele opmerkingen geformuleerd. De meeste diëtisten hebben reeds hun eigen systeem ontwikkeld om anamnese en klinisch onderzoek op een efficiënte manier te noteren. Ook de psychologen en bewegingstherapeuten waren niet bereid hun eigen dossiers te verlaten. Anderzijds viel de bemerking dat het niet aangewezen is alle informatie te noteren in het dossier omwille van het beroepsgeheim. En als laatste struikelblok was het voor de huisarts, wegens te weinig kennis en expertise, ook niet evident een goed dossier te ontwerpen.

Uiteindelijk werd besloten om af te stappen van het ontwerpen van een volledig dossier. Er werd besproken om een werkboek voor de patiënt, de vitaliteitspas, te maken. De inspiratie hiervoor werd gehaald uit de vroegere diabetespas. Met het werkboek kan de multidisciplinaire samenwerking tussen de patiënt en de zorgverleners ondersteund worden.

Tijdens het ontwerpen van de vitaliteitspas werd frequent getoetst naar de mening van de promotor en de copromotor. Ook tijdens de eerste bezoeken aan de andere zorgverleners werden er aanpassingen gedaan aan de vitaliteitspas, gebaseerd op hun opmerkingen en tips. Na enkele herzieningen was de uiteindelijke versie van de vitaliteitspas afgerond. De mening van de patiënten rond het ontwerp van de vitaliteitspas werd pas bij afloop van het onderzoek geëvalueerd.

De vitaliteitspas is een werkdossier, dat de patiënt meeneemt bij een bezoek aan een zorgverlener en hem meer houvast kan geven bij de behandeling. De patiënt vult de vitaliteitspas zelf in en brengt deze zelf mee op consultatie. Door de patiënt deze verantwoordelijkheid te geven wordt de selfempowerment en de autonomie versterkt Zo wordt vervolgens de motivatie tot gedragsverandering vergroot (2). De patiënt kan ook correcte en verstaanbare informatie over overgewicht en obesitas in de vitaliteitspas lezen. Vervolgafspraken en behandelingsdoelen worden eveneens genoteerd. Bovendien vormt de vitaliteitspas een uitstekend instrument om binnen het team te communiceren.

Voor de naam vitaliteitspas werd bewust gekozen. Met de vitaliteitspas zal het gewichtsverlies op zich nooit het primaire doel zijn. Een aanpassing van de levensstijl met gunstig effect op de drie biopsychosociale einddoelen (fysisch, psychisch en functioneel welbevinden) zal steeds een centrale plaats krijgen.

De vitaliteitspas is opgebouwd uit zeven grote luiken. In het **eerste luik** kan de patiënt zijn persoonlijke gegevens, naam en contactgegevens van de huisarts en de andere zorgverleners noteren. Zo kan de communicatie tussen de verschillende partijen efficiënter verlopen.

Het **tweede luik** bestaat uit uitleg rond het gebruik en het doel van het boekje. In het **derde luik** wordt er concrete en verstaanbare informatie gegeven over de aanpak van overgewicht en obesitas. Dit educatieve luik begint met een stukje tekst over de rol van de huisarts, gebaseerd op de tekst van de Domus Medica richtlijn over overgewicht en de tekst van het draaiboek van Eetexpert.be vzw (2, 3). Er volgt uitleg over het belang van motivatie. De cirkel van gedragsverandering, gebaseerd op het schema van Prochaska en DiClementi, wordt op een zeer toegankelijke manier voorgesteld. Deze figuur werd uit de masterproef van dr. Mirjam Slenders overgenomen (17). Vervolgens is er een informatieve tekst over gezonde voeding, gebaseerd op de tekst van de website thuisarts.nl (18), en uitleg over het nut van psychologische begeleiding bij de aanpak van overgewicht en obesitas. Deze tekst en de bijhorende figuur zijn overgenomen van de website van Eetexpert.be vzw. Ten slotte volgt er informatie over het belang van beweging. Deze tekst is ook gebaseerd op deze van thuisarts.nl (19).

In het **vierde luik** kunnen vervolgafspraken genoteerd worden. Op die manier blijft het voor alle partijen overzichtelijk wanneer de patiënt gezien wordt door de huisarts, de diëtist, de psycholoog en/of de bewegingstherapeut. Het is de taak van de huisarts deze afspraken te coördineren en goed op te volgen.

Het **vijfde luik** van de vitaliteitspas begint met een informatieve tekst over de biopsychosociale einddoelen. Het is belangrijk dat de patiënt begrijpt dat niet het gewichtsverlies, maar wel de leefstijlverandering het primaire doel is. Met deze tekst, gebaseerd op die van het draaiboek Eetexpert.be vzw (2), is er getracht in verstaanbare taal deze belangrijke, doch wat complexere materie, naar de patiënt over te brengen. Vervolgens worden de verschillende biopsychosociale einddoelen opgesplitst en kunnen er door de huisarts, de patiënt en de zorgverleners concrete doelstellingen worden geformuleerd en geëvalueerd. Tussen haakjes wordt aangegeven welke zorgverlener er het beste geschikt is per doelstelling. Dit is echter niet bindend maar louter leidend bedoeld. De andere partijen kunnen ook noteren in deze vrijgelaten stukken. Het zijn dan ook deze pagina's die de multidisciplinaire samenwerking communicatief versterken. Door deze doelstellingen per patiënt zo concreet mogelijk te formuleren wordt de individualiteit van de patiënt en de autonomie nog sterker benadrukt. Het laatste deeltje van dit vijfde luik is voornamelijk voor de huisarts bedoeld, hierin worden de cijfers (BMI, buikomtrek, cholesterol -en suikerwaarden en het cardiovasculair risico) genoteerd tijdens het consult. Ook hier kunnen de andere zorgverleners en de patiënt zelf deze evoluties mee opvolgen.

In het **zesde luik** worden nuttige links met wetenschappelijk informatie over de aanpak van overgewicht en obesitas vermeld. De vitaliteitspas wordt ten slotte afgesloten met het **zevende luik**, namelijk extra notitiepagina's.

4.3 Ontwerp enquêtes

Zie bijlage 8: Enquête na het intake consult, bijlage 9 : Enquête patiënten na zes maanden, bijlage 10: Enquête zorgverleners na zes maanden en bijlage 11: Enquête na het MDO.

Er werd feedback verzameld van patiënten en hulpverleners over dit onderzoek. Er wordt onderzocht wat patiënten vinden van een multidisciplinaire aanpak, wat zij als positief of negatief ervaren en wat mogelijke optimalisatiepunten kunnen zijn voor dit project. Aan de patiënten wordt na afloop van het eerste consult een eerste vragenlijst hierover gegeven. In de vragenlijst wordt gepolst of zij een begeleiding bij de diëtist, de psycholoog en/of de bewegingstherapeut nuttig vinden. Ook wordt onderzocht of een minimale interventie door de huisarts hun motivatie voor levensstijlverandering kan verhogen. Hiervoor worden zowel meerkeuze als open vragen gebruikt.

Op het einde van het onderzoek, nadat ze zes maanden begeleid zijn door de verschillende disciplines, wordt gevraagd een tweede vragenlijst in te vullen over hun ervaringen na de multidisciplinaire aanpak. Deze feedbackverzameling gebeurt opnieuw door middel van meerkeuze- en open vragen.

Aan de hulpverleners die meewerken aan het project, wordt aan het begin en aan het einde van het project mondelinge feedback gevraagd. Op het einde van het onderzoek vullen ze ook een schriftelijke vragenlijst in over hun ervaringen en punten voor optimalisatie van het project en de samenwerking. Er wordt feedback gevraagd over het gebruik en de inhoud van de vitaliteitspas en over de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners binnen de eerste lijn in kader van dit project. Dit gebeurt aan de hand van een schaal waarbij ze bepaalde stellingen evalueren (“helemaal oneens” – “oneens” – “neutraal” – “eens” – “helemaal eens”), ja/nee-vragen en er is ook ruimte voor een open antwoord om hun mening te staven.

Ook na het multidisciplinair overleg in de groepspraktijk werd aan de zorgverleners gevraagd nog een korte vragenlijst in te vullen.

4.4 Ontwerp vragenlijst biopsychosociale tevredenheid

Zie bijlage 7: Vragenlijst biopsychosociale tevredenheid.

Vooraleer het literatuuronderzoek werd gestart om een vragenlijst over het biopsychosociaal model (zie tabel 1: Biopsychosociale eindoelen – Eetexpert.be vzw) te zoeken, werd er gebrainstormd wat van deze vragenlijst verwacht wordt. Het zou moeten dienen om de evolutie te onderzoeken van de biopsychosociale tevredenheid aan het begin en het einde van de studie. Daarom is het nuttig om met scores of een schaal te werken. Omwille van praktische overwegingen, zou het idealiter een vragenlijst zijn die de patiënten zelf kunnen invullen. Indien nodig is er begeleiding van de huisarts mogelijk. Het zou ook een bondige vragenlijst moeten zijn, zodat het invullen voor de deelnemers-patiënten niet te tijdsintensief is. De vragenlijst zou een overzicht moeten bieden van de biopsychosociale status van de patiënt. Tevens moet de biopsychosociale vragenlijst aangepast zijn aan het onderwerp waarop deze wordt toegepast, namelijk overgewicht en obesitas.

In eerste instantie werd een uitgebreide zoekopdracht gedaan naar gestandaardiseerde vragenlijsten over dit model. De geraadpleegde databanken waren Google, Google Scholar, Web of Science en Pubmed. Zowel Nederlandstalige (biopsychosociaal model vragenlijst, enquête, intake) als Engelstalige (biopsychosocial approach questionnaire, tool, assesment, enquête) zoektermen werden gehanteerd. Deze zoekopdracht leverde resultaten op die voor dit onderzoek niet bruikbaar waren. Er werden vooral artikels gevonden die het belang van een biosychosociale aanpak aanbevelen. De

gevonden vragenlijsten waren zeer specifiek voor een bepaalde aandoening, bijvoorbeeld lage rugpijn, reumatoïde arthritis, levenseinde,... Andere waren veel te uitgebreid en niet relevant voor dit onderzoek.

Deze zoekopdracht leverde dus geen bruikbaar resultaat. Eetexpert.be vzw beschikt evenmin over een uitgewerkte vragenlijst hierover. Helaas bestaan er dus geen gestandardiseerde vragenlijsten over dit onderwerp.

Daarom werd een eigen ontwerp van de vragenlijst opgesteld. De omschrijving van het biopsychosociaal model van Eetexpert.be vzw was hiervoor het vertrekpunt. Dit is een eenvoudige en eenduidige weergave van wat algemeen gekend is in de literatuur over dit biopsychosociaal model. In deze thesis wordt ook consistent dit model van Eetexpert.be vzw toegepast.

De verschillende aspecten van het biopsychosociaal model (zie tabel 1) werden in vraagvorm gegoten. Daarna werden achttien vragen aangepast zodat er een antwoord kon gegeven worden via een schaal: zeer ontevreden, tevreden, neutraal, tevreden en zeer tevreden.

Bij elk van deze vragen is er ruimte voorzien waar de patiënt wat uitleg kan geven over het gekozen antwoord. Verder waren er nog drie open vragen, namelijk het beschrijven van het gemiddelde dagelijkse eetpatroon (eetdagboek), hoe ze zichzelf beschrijven en hoe anderen hen zouden beschrijven. Deze vragenlijsten worden op het ogenblik van het intakegesprek voor de eerste keer ingevuld en een tweede keer na zes maanden, op het einde van het onderzoek.

4.5 Ontwerp folder en poster

Zie bijlage 4: Folder en bijlage 5: Poster.

Dr. Moerenhout onderzocht voor haar masterproef het nut van medische folders in de wachtzaal. Uit tien deelnemende praktijken werden 903 vragenlijsten verzameld. De resultaten tonen aan dat folders in de wachtzaal vaak gelezen worden door patiënten: 37,8% leest regelmatig of vaak een folder. Folders worden minder frequent meegenomen: 7,7% doet dit regelmatig of vaak. Slechts 5,6% geeft aan nooit een folder te lezen of mee te nemen. Patiënten met een lager diploma hebben het meeste baat bij de folders. Uit de stellingen blijkt dat 60% van de patiënten aangeeft makkelijker een poster te lezen dan een folder (20). Dr. Barzeele schreef haar masterproef over kwalitatieve informatieverstrekking in de wachtzaal. Het onderzoek komt tot de vaststelling dat de patiënten kwalitatieve informatie in de wachtzaal appreciëren en graag informatie lezen waar hun eigen huisarts achter staat. De praktijkkrantjes worden duidelijk meer gesmaakt door de patiënten dan de klassieke commerciële folders. Als huisarts moeten we dus voldoende belangstelling tonen voor de wachtzaal (21).

Met deze informatie in het achterhoofd werd er een poster en een folder ontworpen omtrent het project. Er is geen adequate richtlijn over het plaatsen van informatief materiaal in de wachtzaal (20). De folder werd gebaseerd o.b.v. die van het Magnifit-programma. Dit is een multidisciplinair programma georganiseerd door het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis te Aalst voor patiënten met obesitas. De bedoeling was om essentiële informatie over het pilootproject en de vitaliteitspas op een vlot leesbare folder en poster met een mooie lay-out en duidelijke patiëntgerichte taal te bekomen. Het informatief materiaal werd in de wachtzaal en in de praktijkkabinetten geplaatst.

4.6 Multidisciplinair overleg

Het multidisciplinair overleg werd georganiseerd op woensdag 22 februari 2017 in Haaltert. Alle zorgverleners die samengewerkt hebben met HAIO Dr. Charlotte Goemaere, in het kader van het

pilootproject, werden via e-mail uitgenodigd. Via een doodle werd gezocht naar een geschikte datum en het overleg ging door in de groepspraktijk. De aanwezigen waren de betrokken thesisstudenten, twee kinesisten, één diëtiste en één psychologe. Dr. Charlotte Goemaere coördineerde het overleg. Dr. Pauline Dierinck was verslaggever.

Het **eerste deel** van het overleg bestond uit de patiëntenbespreking. Zestien patiënten werden besproken. De betrokken zorgverleners kregen de gelegenheid feedback te geven over de intake, de diagnose, de behandeling en de follow-up van de patiënt. Ook patiënten die met het project gestopt waren, werden besproken. Na de patiëntenbespreking werd een kort besluit geformuleerd door de huisarts.

In het **tweede deel** van het overleg volgde een gesprek over het project. Ervaringen en feedback werden uitgewisseld en samengevat.

De functionaliteit van het multidisciplinair overleg werd besproken. Na het overleg werd aan de zorgverleners gevraagd om een korte enquête in te vullen over het overleg zelf (zie bijlage 11: Enquête zorgverleners na het MDO). Op deze manier werd er geschreven feedback hierover verkregen. Er werd afgesproken dat de zorgverleners een verslag van het multidisciplinair overleg per e-mail zouden ontvangen. De huisarts zou de patiënten inlichten over de conclusie van de patiëntenbespreking tijdens het overleg.

5 Resultaten

5.1 Enquête patiënten

5.1.1 Ideeën over multidisciplinaire aanpak

Na het intake gesprek vullen de deelnemende patiënten een enquête in waarin gepeild wordt naar hun visie ten opzichte van een multidisciplinaire aanpak van hun overgewicht. Alle 24 patiënten vulden deze vragenlijst in.

5.1.1.1 Houding ten opzichte van een multidisciplinaire aanpak

Er wordt aan de patiënten gevraagd het antwoord aan te duiden waar ze zich het best bij kunnen vinden.

> *Hoe staat u ten opzichte van de multidisciplinaire aanpak van uw overgewicht die we willen bekomen met de vitaliteitspas? (multidisciplinair betekent: de samenwerking van uw huisarts met diëtist, psycholoog en/of kinesist of bewegingsdeskundige)*
> - *Ik zie er het nu niet van in*
> - *Ik zie het niet zitten door andere hulpverleners dan mijn huisarts begeleid te worden.*

Zo ja, wat is de reden hiervoor?.....

- *Begeleid worden door verschillende disciplines lijkt me een meerwaarde bij de aanpak van mijn overgewicht.*

In het algemeen zien alle patiënten, op één patiënt na, de meerwaarde in van een multidisciplinaire begeleiding bij de aanpak van hun overgewicht. De patiënt die aangeeft dit niet te zien zitten, geeft hierbij als opmerking dat ze bang is voor de stress van de verschillende afspraken.

5.1.1.2 Houding specifiek ten opzichte van verwijzing naar een discipline

Vervolgens wordt hen gevraagd hoe ze specifiek staan ten opzichte van een verwijzing naar een bepaalde discipline. Volgende antwoordmogelijkheden kunnen per discipline worden aangevinkt:

> - *Ik vind dit overbodig en zie het nut er niet van in*
> - *Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar ik heb hiervoor geen tijd*
> - *Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar ik vind dit financieel niet haalbaar*
> - *Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar (vul een andere reden in waarom je deze verwijzing niet ziet zitten) ……..*
> - *Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht en ik zie een intakegesprek zitten*

Verwijzing naar een diëtist

Alle 24 patiënten zien de meerwaarde in van de begeleiding door een diëtist. Negentien van de 24 patiënten (79%) zien een verwijzing naar een diëtist zitten. Redenen waarom de andere patiëntene het dan toch niet haalbaar vinden, zijn:

- Tijdsgebrek
- Financieel niet haalbaar
- "*Ik denk dat ik me niet aan een dieet kan houden*."

Verwijzing naar een psycholoog

De houding ten opzichte van een verwijzing naar een psycholoog ligt anders. Slechts elf patiënten (46%) zien de meerwaarde in van een verwijzing naar een psycholoog. Negen van hen (38% van het totaal aantal patiënten of 82% van diegenen die er de meerwaarde van inzien) zien een verwijzing naar een psycholoog zitten. De twee anderen haken toch af voor psychologische hulp wegens tijdsgebrek of financiële onhaalbaarheid. Elf andere patiënten (46%) vinden psychologische begeleiding om overgewicht aan te pakken overbodig en zien er het nut niet van in. Twee patiënten (8%) beantwoorden deze vraag niet.

Verwijzing naar een kinesist/bewegingstherapeut

Twintig patiënten (83%) vinden begeleiding door een kinesist nuttig. In deze groep willen zestien patiënten (80% van de patiënten die er het nut van inzien of 67% van de totale groep) ook daadwerkelijk begeleid worden, voor vier patiënten is begeleiding niet haalbaar wegens tijdsgebrek, de stap niet durven zetten of zelf al regelmatig bewegen. Drie patiënten (13%) vinden een verwijzing naar een kinesist overbodig, één patiënt geeft hierbij als opmerking dat hij zelf al veel aan sport doet. Eén patiënt vult deze vraag niet in.

5.1.2 Enquête over de vitaliteitspas

Bij de evaluatie na zes maanden vullen de patiënten een tweede enquête in waarvan vier vragen peilen naar hun mening over de vitaliteitpas. Deze vier stellingen kunnen de deelnemers beantwoorden met "niet akkoord"/"geen mening"/"akkoord". Ze worden telkens door 23 van de 24 patiënten ingevuld.

5.1.2.1 Zijn de teksten in de vitaliteitspas duidelijk verstaanbaar?

De meerderheid van de patiënten vindt de teksten verstaanbaar, twee patiënten hebben hierover geen mening, niemand is niet akkoord.

5.1.2.2 Motiveert de vitaliteitspas u extra in de aanpak van uw overgewicht?

Achttien (75%) patiënten vinden dat de vitaliteitspas hen extra motiveert in de aanpak van hun overgewicht, twee patiënten (8%) vinden dat de vitaliteitspas hun motivatie niet versterkt en drie (12%) patiënten hebben hierover geen mening.

5.1.2.3 Staat er voldoende informatie in de vitaliteitspas?

De grote meerderheid (22 van de 23 of 92%) van de patiënten vindt dat er voldoende informatie staat in de vitaliteitspas. Eén patiënt heeft hierover geen mening.

5.1.2.4 Vindt u het goed dat er feedback gegeven wordt door de hulpverleners via de vitaliteitspas?

Iets meer dan de helft van de patiënten (14 van de 23 of 58%) vindt het goed dat ze meer feedback krijgen en kunnen geven aan hun hulpverleners via de vitaliteitspas. Twee patiënten (8%) zijn hiermee niet akkoord en zeven patiënten (29%) hebben hierover geen mening.

5.1.2.5 Opmerkingen over de vitaliteitspas

De patiënten krijgen ook ruimte om extra opmerkingen te maken over hun ervaring met en ideeën over de vitaliteitspas.

- *"Een digitale of online versie zou beter zijn."*
- *"Je geeft zelf geen feedback op de behandeling als patiënt."*
- *"De motivatie neemt af naarmate duur van het dieet."*

5.1.3 Enquête over hoe de multidisciplinaire aanpak verlopen is

Het tweede deel van de enquête na zes maanden multidisciplinaire behandeling bestaat uit enkele vragen over hun ervaringen met de andere disciplines.

5.1.3.1 Hoeveel sessies heeft u doorlopen bij diëtist/psycholoog/kinesist?

Slechts één patiënt van de 24 deelnemers (4%) heeft geen enkele keer een diëtist bezocht. Al de rest (96%) deed dit wel. De psycholoog werd door acht van de 24 patiënten (33%) bezocht en twaalf van de 24 patiënten (50%) gingen minstens één keer bij een kinesist.

Het gemiddeld aantal sessies (van de patiënten die de respectievelijke hulpverlener minstens één keer bezochten) dat werd gevolgd bij een diëtist/psycholoog/kinesist bedroeg (afgerond) respectievelijk vijf sessies, vier sessies en negentien sessies (tabel 3).

Aantal sessies per discipline				
	Aantal patiënten die minstens 1 keer bij de discipline gingen	Minimum aantal gevolgde sessies (*)	Maximum aantal gevolgde sessies (*)	Gemiddeld aantal gevolgde sessies (*)
Bij diëtist	23	1	20	4,87
Bij psycholoog	8	1	9	3,88
Bij kinesist	12	1	38	18,92

Tabel 3: Aantal sessies per discipline

(*)van de patiënten die de respectievelijke hulpverlener minstens 1 keer bezochten

5.1.3.2 Is de aanpak van de zorgverleners afgestemd op maat van de patiënt?

De meerderheid (20 van de 23 of 83%) van de patiënten die een diëtist geconsulteerd heeft, vindt dat de aanpak van de diëtist is afgestemd op hun individuele persoonlijkheid en rekening houdt met eigen mogelijkheden en beperkingen (tabel 4). Vijf van de zeven (71%) patiënten die naar de psycholoog zijn gegaan, vinden die begeleiding aangepast aan hun individuele behoeftes. De twee andere patiënten beantwoorden deze vraag niet (tabel 5). Alle patiënten die begeleid werden door een kinesist, vinden deze behandeling aangepast aan hun noden (tabel 6).

Is de aanpak van de diëtist afgestemd op maat van de patiënt?	
	Aantal patiënten
Ja	20
Neen	2
Niet van toepassing (geen begeleiding door diëtist)	1
Geen antwoord	1
Totaal	24

Tabel 4: Is de aanpak door de diëtist op maat van de patiënt?

Is de aanpak van de psycholoog afgestemd op maat van de patiënt?	
	Aantal patiënten
Ja	5
Neen	0
Niet van toepassing (geen begeleiding door psycholoog)	17
Geen antwoord	2
Totaal	24

Tabel 5: Is de aanpak door de psycholoog op maat van de patiënt?

Is de aanpak van de kinesist afgestemd op maat van de patiënt?	
	Aantal patiënten
Ja	11
Neen	0
Niet van toepassing (geen begeleiding door kinesist)	13
Geen antwoord	0
Totaal	24

Tabel 6: Is de aanpak door de kinesist/bewegingstherapeut op maat van de patiënt?

5.1.3.3 *Geeft de zorgverlener concrete tips? Leert die de patiënt iets bij?*

De grote meerderheid (20 van de 23 of 87%) van de patiënten die een diëtist bezocht hebben, vinden dat zij concrete tips van deze zorgverlener krijgen en/of er iets van bijleren. Ook de begeleiding door een psycholoog en door een kinesist zijn leerrijk volgens de patiënten: zes van de zeven patiënten die door een psycholoog opgevolgd werden en tien van de elf patiënten die bij een kinesist gingen, gaan met deze stelling akkoord (tabel 7)

Leert men iets bij door concrete tips van de zorgverleners?			
	Patiënten bij diëtist	Patiënten bij psycholoog	Patiënten bij kinesist
Ja	20	6	10
Neen	1	1	0
Niet van toepassing (geen begeleiding door deze zorgverlener)	1	17	13
Geen antwoord	2	0	1
Totaal	24	24	24

Tabel 7: Leren de patiënten iets bij over de behandeling van overgewicht door concrete tips die gegeven worden door de verschillende zorgverleners?

5.1.3.4 *Zou de patiënt in de toekomst verder willen begeleid worden door de zorgverlener?*

De meerderheid (16 van de 23 of 70%) van de patiënten die bij een diëtist in behandeling zijn, ziet dit als een meerwaarde en wil in de toekomst verder door een diëtist begeleid worden. Zes van hen geven aan dit niet verder te willen zetten. Iets meer dan de helft van de patiënten vindt dit ook over hun begeleiding door een psycholoog: vier van de zeven (57%) willen de behandeling met een psycholoog verder zetten, drie (43%) willen dit niet. De meeste patiënten (10 van de 12 of 83%) wensen hun bewegingstherapie bij een kinesist verder te zetten, twee patiënten (17%) willen dit niet (tabel 8).

Wilt men de begeleiding door de zorgverleners verderzetten?			
	Patiënten bij diëtist	Patiënten bij psycholoog	Patiënten bij kinesist
Ja	16	4	10
Neen	6	3	2
Niet van toepassing (geen begeleiding door deze zorgverlener)	1	17	11
Geen antwoord	1	0	1
Totaal	24	24	24

Tabel 8: Willen de patiënten hun huidige multidisciplinaire begeleiding verderzetten?

Opmerkingen die bij deze stellingen genoteerd werden rond tevredenheid over de verschillende disciplines staan hieronder opgesomd (tabel 9).

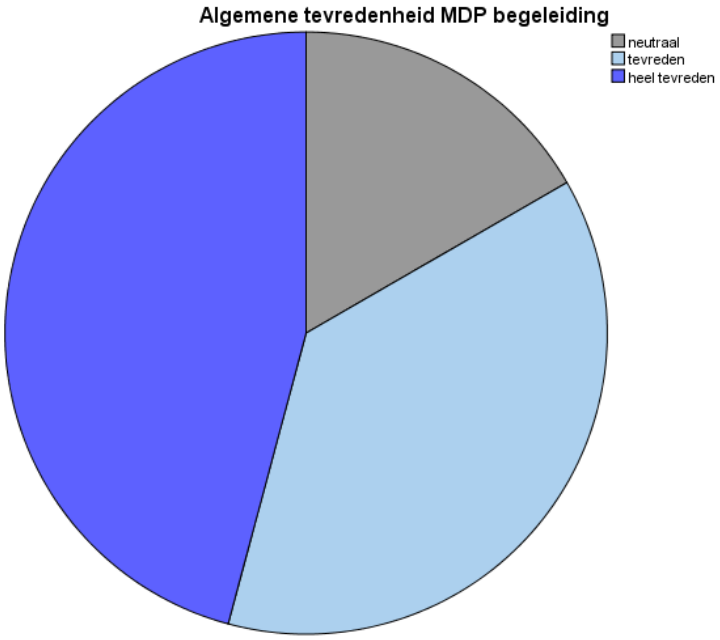
POSITIEF	VERBETERPUNTEN
• *Ik voel me beter nu ik al gewicht kwijt ben. Maar er is nog werk.* • *De tips en begeleiding bij het begin waren zeker heel waardevol. Nadien niet meer nodig. Opvolging door de huisarts blijft wel noodzakelijk.* • *Unieke en gemotiveerde ervaring, ben zeer blij dat ik heb deelgenomen.* • *Dank aan de zorgverleners (drie maal geantwoord).*	• *Nog niet doorverwezen naar een bewegingsdeskundige, zou dit willen doen.* • *Ik zou naar de toekomst toe minder frequent met de diëtist afspreken.* • *Ik had iets meer begeleiding verwacht betreffende hoe de werksituatie aan te pakken. Heb het gevoel dat het voorgeschreven dieet redelijk algemeen was en wanneer er meer specifieke begeleiding nodig was, kreeg ik te weinig tips.* • *Motivatie is moeilijk.* • *Een stappenteller terugbetaald via de mutualiteit zou een aanrader zijn.*

Tabel 9: Tevredenheid van de patiënt over de zorgverleners

5.1.3.5 Algemene tevredenheid over de multidisciplinaire begeleiding van het overgewicht? Opmerkingen?

De stelling, waarbij de patiënten moeten scoren van één tot vijf hoe tevreden ze zijn over de multidisciplinaire begeleiding (waarbij 1= heel ontevreden en 5= heel tevreden) van hun overgewicht, levert volgende resultaten op.

De grote meerderheid van de patiënten lijkt tevreden (9 van de 24 patiënten, 38%) tot heel tevreden (11 van de 24 patiënten, 46%) over de multidisciplinaire begeleiding. Geen enkele patiënt geeft aan ontevreden te zijn. Vier patiënten (17%) staan ten opzichte van deze stelling neutraal (zie figuur 2: Algemene tevredenheid multidisciplinaire begeleiding)



Figuur 2: Algemene tevredenheid multidisciplinaire begeleiding

Door middel van open vragen wordt deze vraag verder uitgediept. Zo worden de voor- en de nadelen van de multidisciplinaire begeleiding bevraagd en of de begeleiding voldoet aan hun verwachtingen.

- *Wat vindt u dat er goed loopt bij de multidisciplinaire begeleiding van uw overgewicht? Welke voordelen ervaart u?*
- *Wat vindt u dat er minder goed loopt in uw multidisciplinaire begeleiding? Welke nadelen ervaart u?*
- *Komt de multidisciplinaire begeleiding in het algemeen overeen met uw verwachtingen op voorhand? Beter? Slechter? Specifieer zo mogelijk.*

De antwoorden staan in onderstaande tabel samengevat (tabel 10).

VOORDELEN	**NADELEN**	**OVEREENKOMST MET VERWACHTINGEN**
• *De controle is een stimulans en tevens een stok achter de deur. De positieve commentaar geeft moed om door te gaan.* • *Vetgehalte is verminderd. Gewicht en buikomtrek zijn slechts beperkt verminderd.* • *Het zelf inzien waar het fout liep, iedereen helpt mee zoeken.* • *Alle mogelijke oorzaken bekijken.* • *Goed team, goede stimulatie, en toch het gevoel dat ik niet echt dieet.* • Steun bij begeleiding en nuttige tips (twee maal geantwoord). • Goeie resultaten van overgewicht. • Aanmoediging, begrip. • Gecoördineerde, structurele aanpak met regelmatige feedback. • Bewust van gezond leven d.m.v. multidisciplinair team. • Rol van arts als coördinerende persoon. Gemakkelijke doorverwijzingspatroon. • Contact tussen de zorgverleners. Ieder weet wie en hoe men het best kan helpen. <u>Specifieke commentaren over de diëtist:</u> • *Toffe diëtist. Manier van diëten is haalbaar. Ik heb niet het gevoel dat er niets meer mag.* • *Goede tips van diëtist.* • *Goeie ervaring met diëtiste.* • *Controle over het gewicht door de diëtiste.*	• Acht patiënten geven aan dat tijdsgebrek een nadeel is. • Nog iets meer communicatie. • Geen gewichtsafname. • Zorgverleners niet in dezelfde praktijk, waardoor minder individuele opvolging. • Nog iets meer via het vitaliteitspas werken. • Snel herval in oude gewoonten desondanks multidisciplinaire samenwerking. • *Uiteindelijk moet je het toch zelf doen.* • *Bij de start vlot het heel goed, maar de motivatie vermindert.* • Organisatie vereist omwille van afstand. • Kostprijs • Locatie <u>Specifieke commentaren over de diëtist:</u> • Meer persoonlijke begeleiding <u>Specifieke commentaren over de kinesist:</u> • Een patiënt vraagt naar	• Dertien patiënten geven aan dat het project overeenkomt met de verwachtingen. • Zes patiënten geven aan dat de project beter was dan hun verwachtingen. • 2 patiënten geven aan dat het project beter kon verlopen. • Een patiënt antwoordt niet gezien het de eerste ervaring was met een diëtist en psycholoog. <u>Positieve feedback:</u> • *Ik voel me vooral gesteund.* • *Geen nadelen bij de psychologe.* • *Ik ben met zeer veel twijfels er aan begonnen maar ze hebben mij kunnen overtuigen.* • *Ik zal er sterker uitkomen.* • *Het concept was heel goed. Bedoeling langzaam vermageren, beter voelen in mijn vel. We zijn goed bezig.* • *Opvolging diëtiste en dokter is een positieve ervaring.* • *In begin was het een aanpassing van de tijdsindeling om tijd te maken voor fitness. Maar nu geweldig motiverend.* • *Sneller resultaat.* • *Ik ben nog altijd zeer tevreden.* • *Diëtiste verloopt zoals verwacht, was daar in het begin bang voor.* <u>Negatieve feedback:</u> • Ik had misschien een concreter

• *Diëtiste stelt menuutjes op, wat zeer handig is.* <u>Commentaren over andere zorgverleners:</u> • Huisarts en kinesist zijn sterk motiverend.	meer begeleiding door de kinesist, welke niet toegepast werd. • *Bij de kinesist vooral werken om rugpijn te ontlasten, maar niet alle oefeningen zijn mogelijk.*	*uitgewerkt plan verwacht. Ik vond het niet nodig naar de kinesist te gaan maar uiteindelijk had ik geen bewegingsplan.* • *De tijdspanne van de begeleiding zou langer dan zes maanden mogen zijn.* • Jojo-effect.

Tabel 10: Bevindingen multidisciplinaire begeleiding

Ook wordt gepolst naar de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners en de opvolging door de huisarts.

- *Vindt u dat de verschillende hulpverleners goed op de hoogte zijn van het verloop van uw traject? Vind u dat ze dezelfde doelstellingen nastreven?*
- *Hebt u opmerkingen over de opvolging bij uw huisarts? Is er een opvolggesprek geweest bij uw huisarts? Is uw huisarts op de hoogte van hoe de begeleiding bij de andere disciplines loopt?*

De antwoorden staan in onderstaande tabel samengevat (tabel 11).

	GOEDE SAMENWERKING ZORGVERLENERS?	**GOEDE OPVOLGING DOOR HUISARTS ?**
POSITIEVE FEEDBACK	Zeventien patiënten beantwoorden deze vraag met een positief antwoord. Extra feedback: • De kinesist is iets meer gefocust op gewicht. • Geen tegenstrijdigheden ondervonden. • De zorgverleners schrijven ook telkens iets op in bundeltje dat ik bijhoud. • Er wordt gepolst bij andere zorgverleners en er wordt onderling doorverwezen. • Ja, de huisarts, de psychologe. • Zeker, daar helpt het boekje ook bij.	Twaalf patiënten beantwoordden de vraag met een “ja” of “ok”. Extra feedback:. • Geen opmerkingen. Zeer tevreden over de huisdokter. • We overlopen de evolutie. • De huisarts is op de hoogte (4 maal geantwoord). • Goede communicatie. • Opvolging verliep allemaal vlot. • Huisarts stelde veel vragen over het verloop. • Alles is verlopen in overleg met de huisarts. • Natuurlijk, ze heeft zelf gezien dat ik mijn fierheid en blijheid meer toon. • Huisarts heeft dit heel goed begeleid. Zorgt zelf voor opvolging.
NEGATIEVE FEEDBACK	• Eerder niet. • Meer communicatie nodig. (tweemaal geanwoord) • Dit lijkt moeilijker wanneer niet in dezelfde praktijk gewerkt wordt. • Overlappen elkaar soms qua beweging en qua voeding, spreken elkaar soms tegen.	• Nee (tweemaal geantwoord) • Ik ben nog niet op opvolggesprek geweest. • Opvolging door huisarts mag iets intensiever. Misschien toch nog iets meer coördinerende rol opnemen. Meer contact via mail bijvoorbeeld.

Tabel 11: Samenwerking tussen de verschillende zorgverleners en de opvolging door de huisarts.

5.2 Resultaten patiënten na zes maanden

5.2.1 Algemeen (deelnemende patiënten, geslacht, praktijk, bezochte zorgverleners)

In totaal nemen 24 patiënten, waarvan achttien vrouwen (75%) en zes mannen (25%), deel aan het project. Tien van hen (42%) worden gerekruteerd in de groepspraktijk van Charlotte in Haaltert, zeven (29%) in de solopraktijk (met HAIO) van Pauline in Oudenaarde en nog eens zeven (29%) in de solopraktijk (met HAIO) van Ilse in Zelzate. De patiënten volgen een multidisciplinair traject, waarin ze begeleid en opgevolgd worden door hun huisarts en minstens één andere zorgverlener.

Eigenlijk hebben er meer patiënten de intake gedaan. Bij Charlotte zijn er 24 patiënten opgestart, meer dan het dubbel dus dan de tien patiënten die het project bij haar helemaal hebben afgerond. Bij de veertien extra patiënten die zijn opgestart, zijn er negen effectief gestopt en zijn er vijf op het moment van de verwerking van de resultaten minder lang dan zes maanden in opvolging. Dit komt omdat ze later begonnen waren met het project. Enkele patiënten kregen mond aan mond reclame bij de kinesist en andere patiënten reageerden alsnog op de poster in de wachtzaal. Zo kunnen personen met overgewicht die gemotiveerd zijn dit aan te pakken, alsnog de kans krijgen om multidisciplinair begeleid te worden. Redenen waarom mensen gestopt zijn met het project, zijn fincanciële moeilijkheden (één patiënt), te weinig motivatie (één patiënt), slechte timing wegens enkele reizen (één patiënt), morbiede obesitas en de beslissing om een bypass operatie te doen (één patiënt), tijdsgebrek waardoor ze nog wat 'oplet' op zichzelf (één patiënt), familiale problemen (twee patiënten) en twee patiënten lieten niets meer van zich horen, ondanks enkele voicemail berichten.

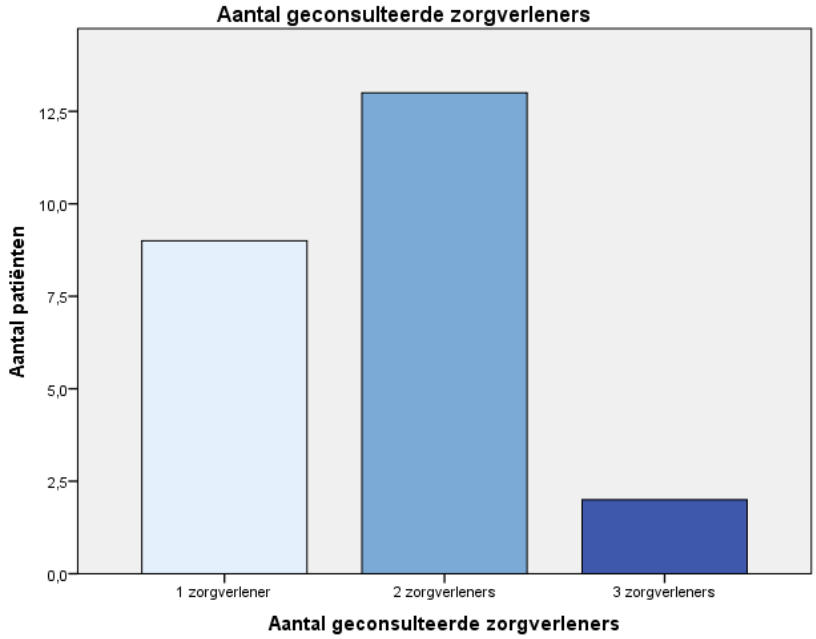
Pauline heeft bij twee patiënten extra de intake gedaan. De redenen voor *dropout* waren bij de ene persoon tijdgebrek en de andere persoon heeft niets meer van zich laten horen, ondanks meerdere pogingen van de huisarts om het contact te herstellen. Bij Ilse zijn er initieel drie patiënten extra gestart. Twee daarvan zijn wegens familiale omstandigheden gestopt met het project, een andere patiënt heeft even niets van zich laten horen en is pas later officieel met het project begonnen. Daarom had deze bij de verzameling van de resultaten nog geen zes maanden begeleiding gekregen en konden deze resultaten niet verwerkt worden. In totaal zijn er dus eigenlijk negentien patiënten extra op intake gekomen. De oorzaken van de drop-out worden hieronder opgelijst in onderstaande tabel (tabel 12).

Oorzaken dropouts
1. *Tijdsgebrek (2x)* 2. *Familiale omstandigheden (4x)* 3. *Later opgestart / Evaluatieformulieren te laat ingediend (6x)* 4. *Onbekende reden (geen contact meer) (3x)* 5. *Bypass operatie (1x)* 6. *Te weinig gemotveerd (1x)* 7. *Financieel (1x)* 8. *Reizen (1x)*

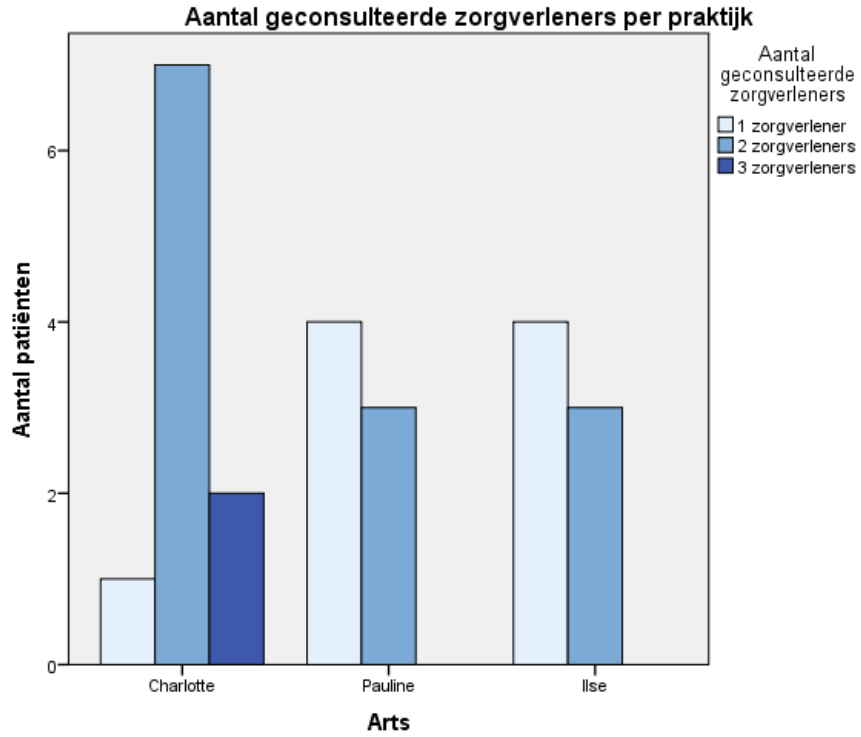
Tabel 12: Oorzaken dropout

Negen patiënten (38%) gaan naar één andere zorgverlener, dertien patiënten (54%) naar twee andere zorgverleners en slechts twee patiënten (8%) worden door drie zorgverleners begeleid. De verdeling van de betrokken zorgverleners staat in de figuur hieronder weergegeven (zie figuur 3: Aantal geconsulteerde zorgverleners). Opvallend is dat 23 van de 24 patiënten (96%) begeleid worden door een diëtist, bijgevolg is de diëtist de meest bezochte zorgverlener. Elf patiënten (46%) consulteren een kinesist en zeven patiënten (29%) consulteren een psycholoog. De resultaten lijken te tonen dat de patiënten die gerekruteerd worden in de groepspraktijk naar meer zorgverleners

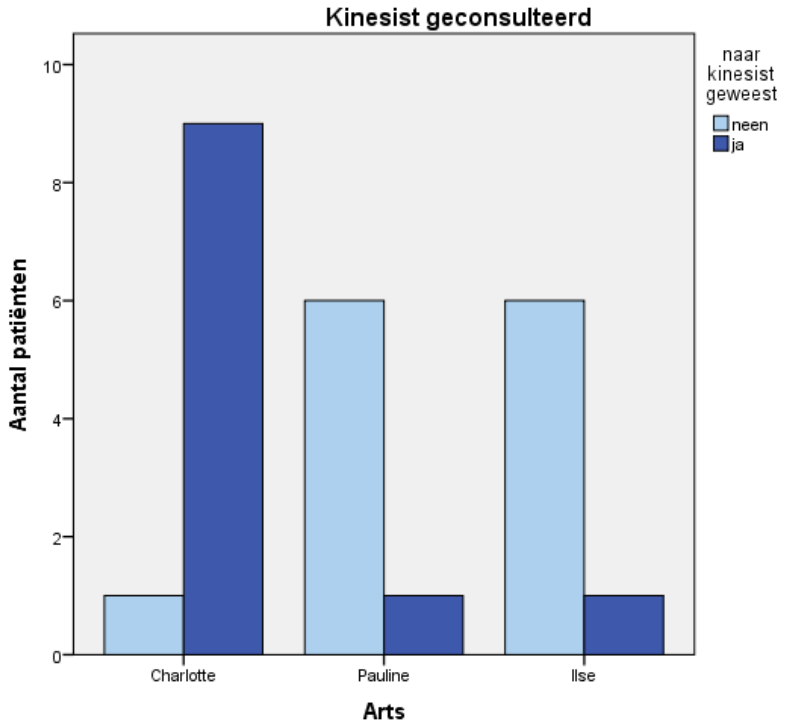
gaan (9 van de 10 patiënten gaan naar 2 of meer zorgverleners, waarvan 2 patiënten zelfs 3 zorgverleners consulteren) en dus meer multidisciplinair worden begeleid dan de patiënten die naar een solo-arts met HAIO gaan (zowel in Oudenaarde als Zelzate gaan slechts 3 van de 7 patiënten naar 2 zorgverleners en geen enkele patiënt naar 3 zorgverleners) (zie figuur 4: Aantal geconsulteerde zorgverleners per praktijk). Dit verschil zit hem vooral in de begeleiding door een kinesist, die in de groepspraktijk veel frequenter is (zie figuur 5: Aantal patiënten die een kinesist geconsulteerd hebben per praktijk).



Figuur 3: Aantal geconsulteerde zorgverleners



Figuur 4: Aantal geconsulteerde zorgverleners per praktijk



Figuur 5: Aantal patiënten die een kinesist geconsulteerd hebben per praktijk

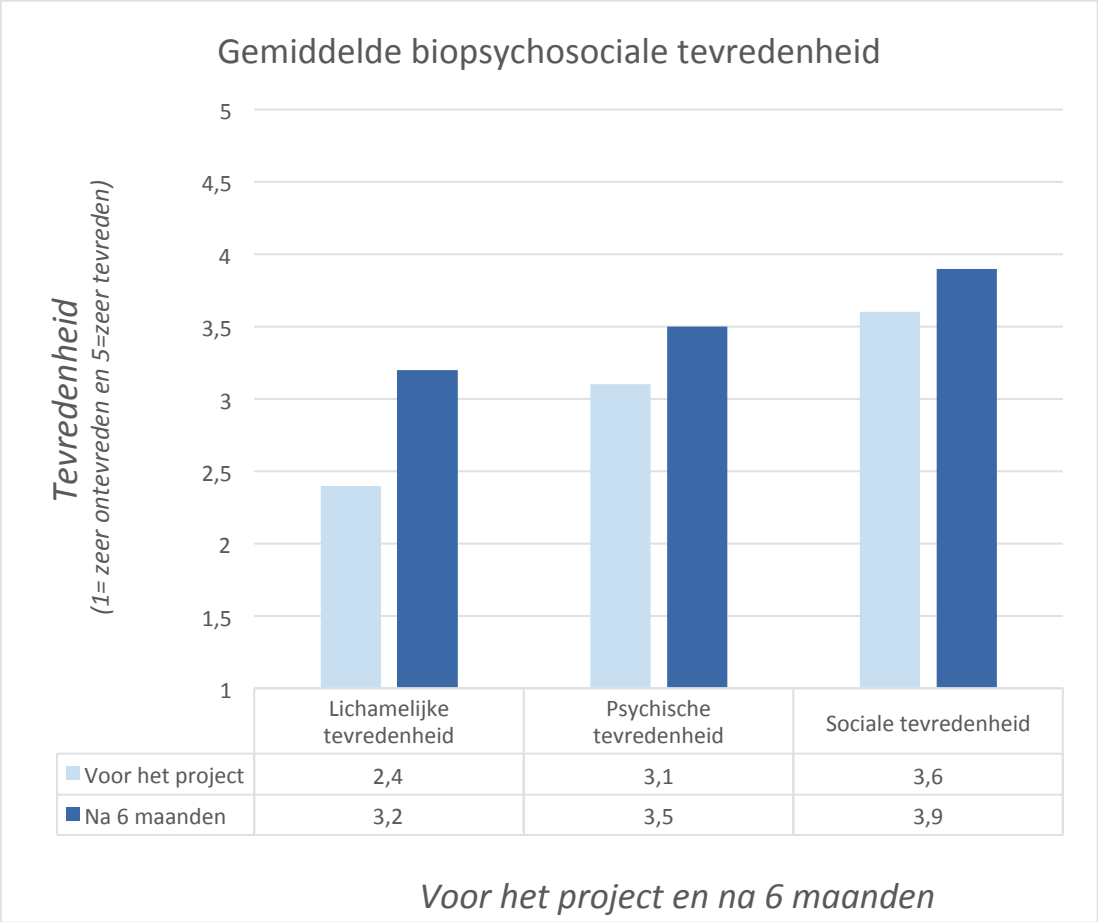
5.2.2 Biopsychosociale vragenlijst

Voor de interventie en na zes maanden wordt aan de deelnemende patiënten gevraagd een vragenlijst in te vullen die peilt naar hun biopsychosociale toestand. In de verwerking van de resultaten worden de verschillende vragen die peilen naar lichamelijke, psychische en sociale tevredenheid respectievelijk samengenomen. De gemiddelde score op de vragen voor en na het project en het gemiddelde verschil in tevredenheid voor en na de interventie wordt zo berekend. Ook wordt gekeken of er een verschil is in resultaat tussen de groep patiënten die een psycholoog/ kinesist/bezoekt en deze die dit niet doen (zie figuur 6: Gemiddelde biopsychosociale tevredenheid). Aangezien slechts één patiënt geen begeleiding heeft door een diëtist is het niet nuttig te onderzoeken of er een verschil is tussen de resultaten van deze patiënt en degene die wel een diëtist consulteren.

Alle 24 deelnemende patiënten vullen deze vragenlijsten voor en na het masterproject in. Bij alle vragen wordt gevraagd een antwoord te omcirkelen van zeer ontevreden (=1) tot zeer tevreden (=5) (tabel 13).

1	2	3	4	5
Zeer ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeer tevreden

Tabel 13: Legende wat de cijfers betekenen



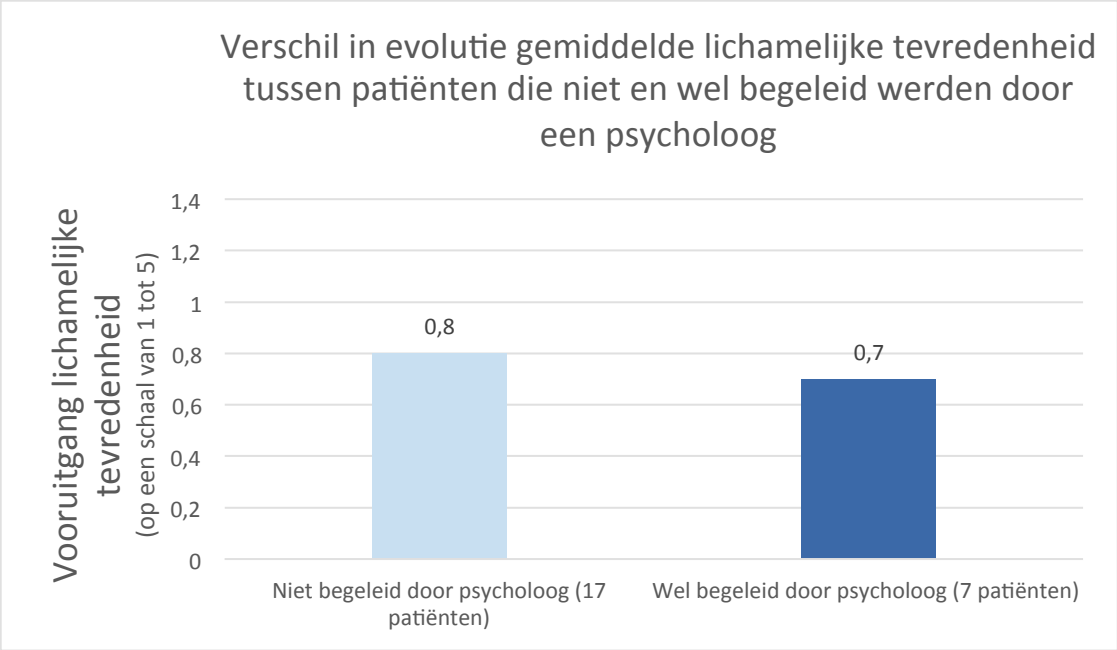
Figuur 6: Gemiddelde biopsychosociale tevredenheid

5.2.2.1 Lichamelijk

De vragen over lichamelijke tevredenheid peilen naar de tevredenheid over de lichamelijke gezondheid, de tijd die gespendeerd wordt aan matig actieve beweging en de tevredenheid over de eigen conditie en eetgewoonten. Het gemiddelde antwoord op deze vragen voor het project is 2,4, wat overeenkomt met een gemiddeld antwoord tussen neutraal en ontevreden. Na zes maanden bedraagt het gemiddelde antwoord 3,2, wat overeenkomt met een gemiddeld antwoord tussen neutraal en tevreden (zie figuur 6: Gemiddelde biopsychosociale tevredenheid).

Verschil in resultaat lichamelijke tevredenheid als de patiënt begeleid wordt door een psycholoog?

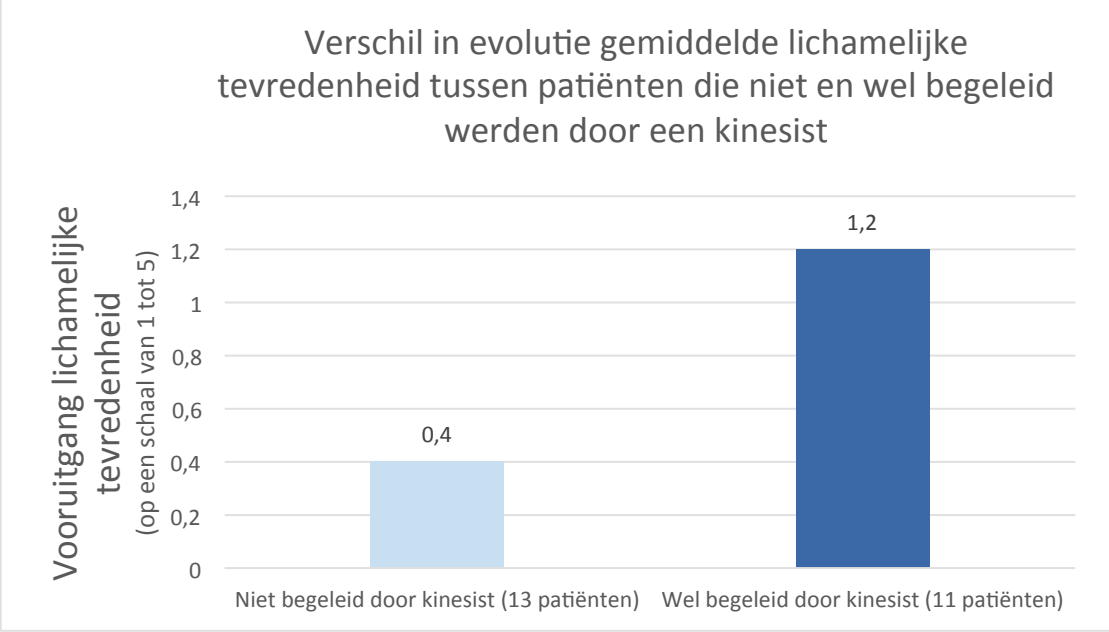
Er wordt verder ook gekeken of er een verschil is in de vooruitgang in de lichamelijke tevredenheid als de patiënt een psycholoog geconsulteerd heeft of niet. De gemiddelde vooruitgang bedraagt 0,8 bij de zeventien patiënten die geen psycholoog geconsulteerd hebben en 0,7 bij de groep die dit wel gedaan hebben (zie figuur 7: Verschil in evolutie gemiddelde lichamelijke tevredenheid tussen patiënten die niet en wel begeleid worden door een psycholoog).



Figuur 7: Verschil in evolutie gemiddelde lichamelijke tevredenheid tussen patiënten die niet en wel begeleid worden door een psycholoog

Verschil in resultaat lichamelijke tevredenheid als de patiënt begeleid wordt door een kinesist?

De vooruitgang in lichamelijke tevredenheid bedraagt gemiddeld 0,4 bij de patiënten die geen kinesist hebben bezocht en 1,2 bij zij die wel begeleid worden door een kinesist. Het lijkt dus dat de patiënten die begeleid worden door een kinesist er gemiddeld met bijna één punt (0,8 op een schaal van 1= zeer ontevreden tot 5= zeer tevreden) tevredenheid op lichamelijk vlak vooruitgaan (zie figuur 8: Verschil in evolutie gemiddelde lichamelijke tevredenheid tussen patiënten die niet en wel begeleid worden door een kinesist).



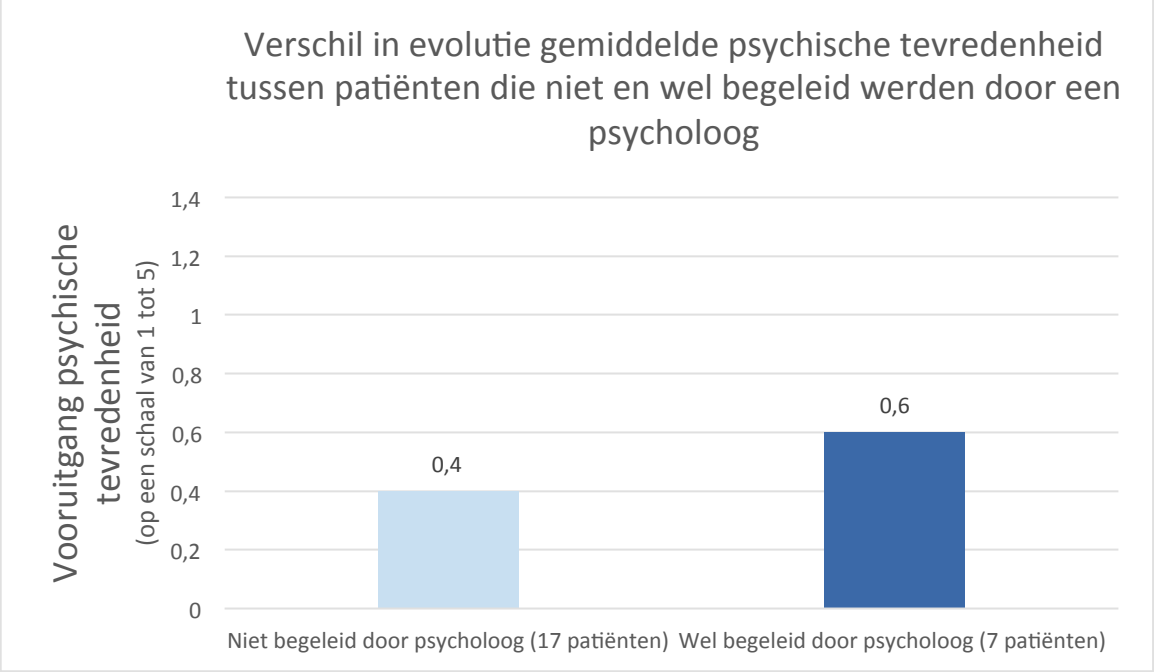
Figuur 8: Verschil in evolutie gemiddelde lichamelijke tevredenheid tussen patiënten die niet en wel begeleid worden door een kinesist.

5.2.2.2 Psychisch

In het tweede deel worden zes vragen gesteld die peilen naar de psychische tevredenheid van de patiënt. Specifiek gaan deze vragen over de tevredenheid met de psychische gezondheid, welk gevoel het grootste deel van de dag bij hen past, de tevredenheid over de manier waarop men met tegenslagen omgaat, de tevredenheid over het zelfbeeld en de zelfwaardering, het uiterlijk en de seksualiteit. Het gemiddelde antwoord op deze vragen voor het project is 3,1, wat overeenkomt met neutraal als gemiddeld antwoord. Na zes maanden bedraagt het gemiddelde antwoord 3,5, wat overeenkomt met een gemiddeld antwoord tussen neutraal en tevreden. Het lijkt dus dat de patiënten die deelnamen aan het project een lichte stijging (0,4 op een schaal van 1 tot 5) op vlak van hun psychische tevredenheid ervaren na zes maanden (zie figuur 6: Gemiddelde biopsychosociale tevredenheid).

Verschil in resultaat psychische tevredenheid als de patiënt begeleid wordt door een psycholoog?

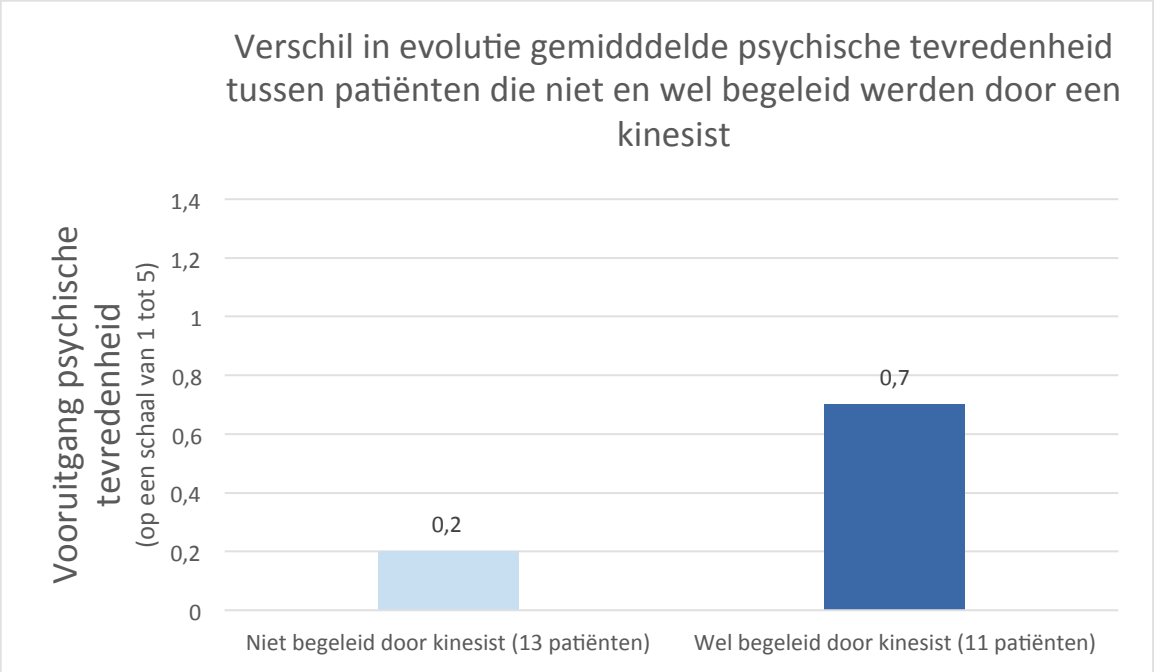
Ook bij deze vragen wordt gekeken of er een verschil is in de vooruitgang in de psychische tevredenheid tussen de groep patiënten die psychologische begeleiding hebben en de groep die dit niet heeft. De gemiddelde vooruitgang bedraagt 0,4 bij de zeventien patiënten die geen psycholoog consulteren en 0,6 bij de groep die dit wel hebben gedaan (zie figuur 9: Verschil in evolutie gemiddelde psychische tevredenheid tussen patiënten die niet en wel begeleid worden door een psycholoog).



Figuur 9: Verschil in evolutie gemiddelde psychische tevredenheid tussen patiënten die niet en wel begeleid worden door een psycholoog.

Verschil in resultaat psychische tevredenheid als de patiënt begeleid wordt door een kinesist?

De vooruitgang in psychische tevredenheid bedraagt gemiddeld 0,2 bij de patiënten die geen kinesist hebben bezocht en 0,7 bij zij die wel begeleid worden door een kinesist. Het lijkt dus dat de patiënten die begeleid worden door een kinesist er gemiddeld met een half punt tevredenheid (op een schaal van 1= zeer ontevreden tot 5= zeer tevreden) op psychisch vlak vooruitgaan (zie figuur 10: Verschil in evolutie gemiddelde psychische tevredenheid tussen patiënten die niet en wel begeleid worden door een kinesist).



Figuur 10: Verschil in evolutie gemiddelde psychische tevredenheid tussen patiënten die niet en wel begeleid worden door een kinesist

5.2.2.3 Sociaal

Er wordt ook een inschatting gemaakt van de sociale tevredenheid. Deze vragen gaan over de tevredenheid met de relatie met de partner, de kinderen, de vrienden en de collega's op het werk. Ook de tevredenheid over de sfeer op het werk wordt bevraagd, alsook de tevredenheid over de eigen spiritualiteit en de financiële toestand. Het gemiddelde antwoord op deze vragen voor het project bedraagt 3,6 en bij de eindevaluatie na zes maanden 3,9, wat overeenkomt met een gemiddeld antwoord tussen neutraal en tevreden ((zie figuur 6: Gemiddelde biopsychosociale tevredenheid). Gezien de minimale stijging wordt niet verder gefocust of er een verschil is tussen patiënten die een psycholoog en/of kinesist hebben geconsulteerd.

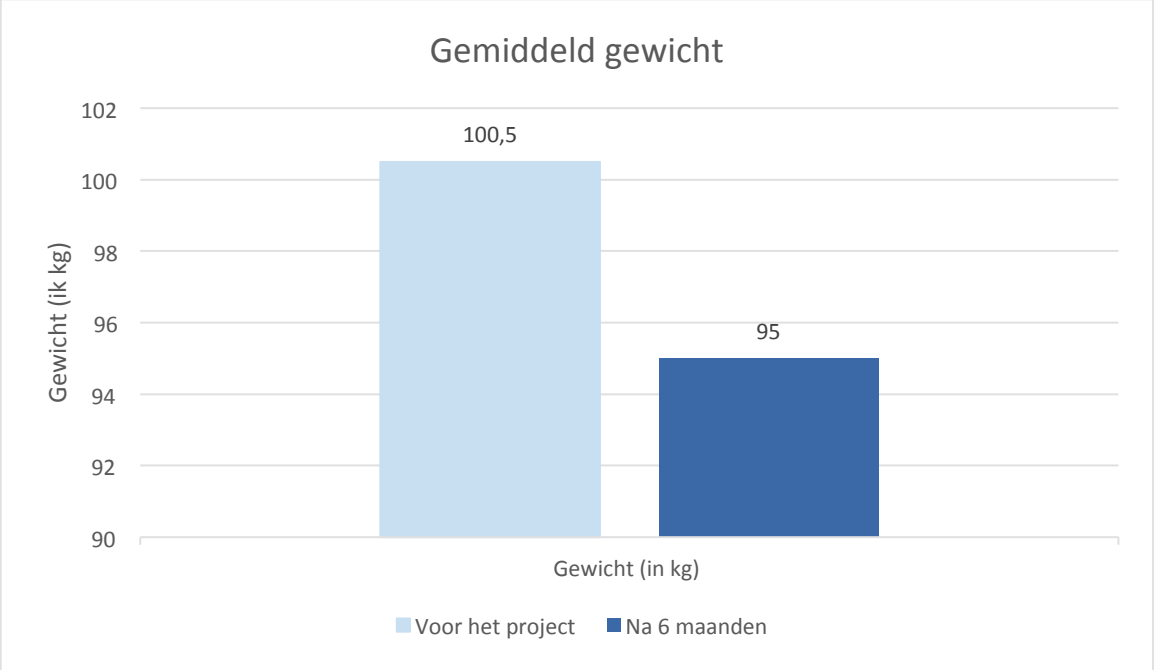
5.2.3 Resultaten klinische parameters

Voor en na het project worden volgende waarden opgemeten: het gewicht, de BMI, de bloeddruk, de nuchtere glycemie, HbA1c en de cholesterol (ratio HDL cholesterol/totaal cholesterol). De glycemietesten zijn niet bij elke patiënt herhaald en dit voornamelijk uit financiële overwegingen (geen terugbetaling HbA1c als de nuchtere glycemie binnen de referentiewaarden valt) en ook wegens weinige klinische relevantie (de waarden bij het begin van het project zijn bij alle patiënten reeds binnen de referentiewaarden). De nuchtere glycemie is bij 22 patiënten opgevolgd en de HbA1c bij negen patiënten.

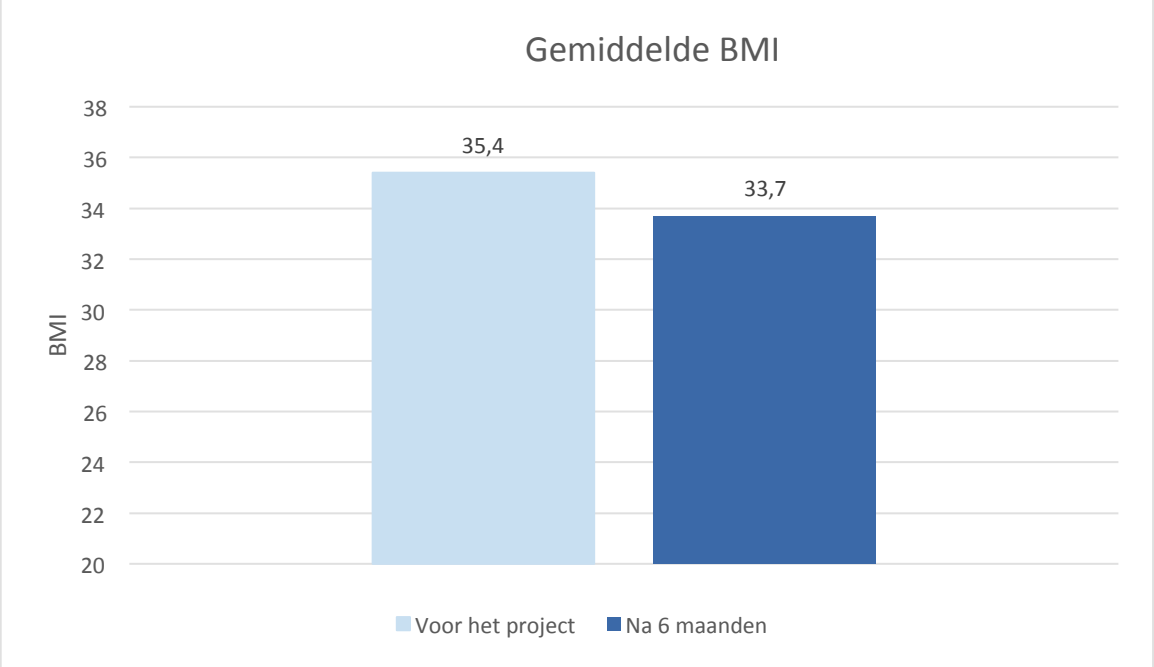
Ook hier wordt gekeken of er een verschil is in resultaat tussen de groep patiënten die een kinesist/psycholoog geconsulteerd hebben en deze die dit niet gedaan hebben.

5.2.3.1 Gewicht en BMI

Het gemiddelde gewicht voor het project bedraagt 100,5 kg. Na het project is deze waarde nog 95 kg (zie figuur 11: Gemiddeld gewicht). Dit is een gewichtsverlies van 5%. Logischerwijs wordt dus ook een verschil gezien in de gemiddelde BMI voor het project en na zes maanden, deze bedragen respectievelijk 35,4 en 33,7 (zie figuur 12: Gemiddeld BMI). Het verschil in gemiddeld gewicht na zes maanden bedraagt dus 5 kg en het verschil in gemiddelde BMI 1,7.



Figuur 11: Gemiddeld gewicht



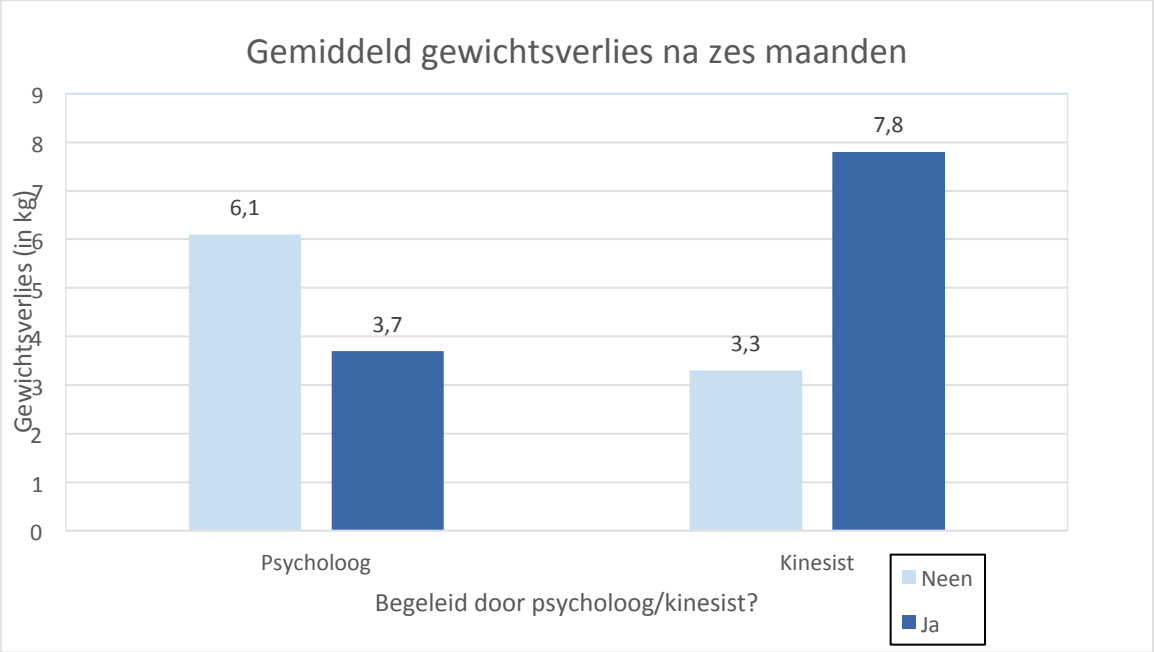
Figuur 12: Gemiddelde BMI

Verschil in gemiddeld gewichtsverlies als de patiënt begeleid wordt door een psycholoog?

Er wordt verder ook gekeken of er een significant verschil is in het gewichtsverlies als de patiënt begeleid wordt door een psycholoog of niet. Het gemiddelde gewichtsverlies bedraagt 6,1 kg bij de zeventien patiënten die geen psycholoog hebben bezocht en 3,6 kg bij de zeven patiënten die wel begeleid worden door een psycholoog.

Verschil in gemiddeld gewichtsverlies als de patiënt begeleid wordt door een kinesist?

Het gemiddelde gewichtsverlies bedraagt 3,3 kg (3%) bij de dertien patiënten die geen kinesist hebben bezocht en 7,8 kg (8%) bij de elf patiënten die wel begeleid worden door een kinesist. Met andere woorden, de patiënten die een kinesist consulteren lijken na zes maanden 4,5 kg meer gewicht verloren te hebben dan zij die dit niet gedaan hebben (zie figuur 13: Gemiddeld gewichtsverlies na zes maanden).



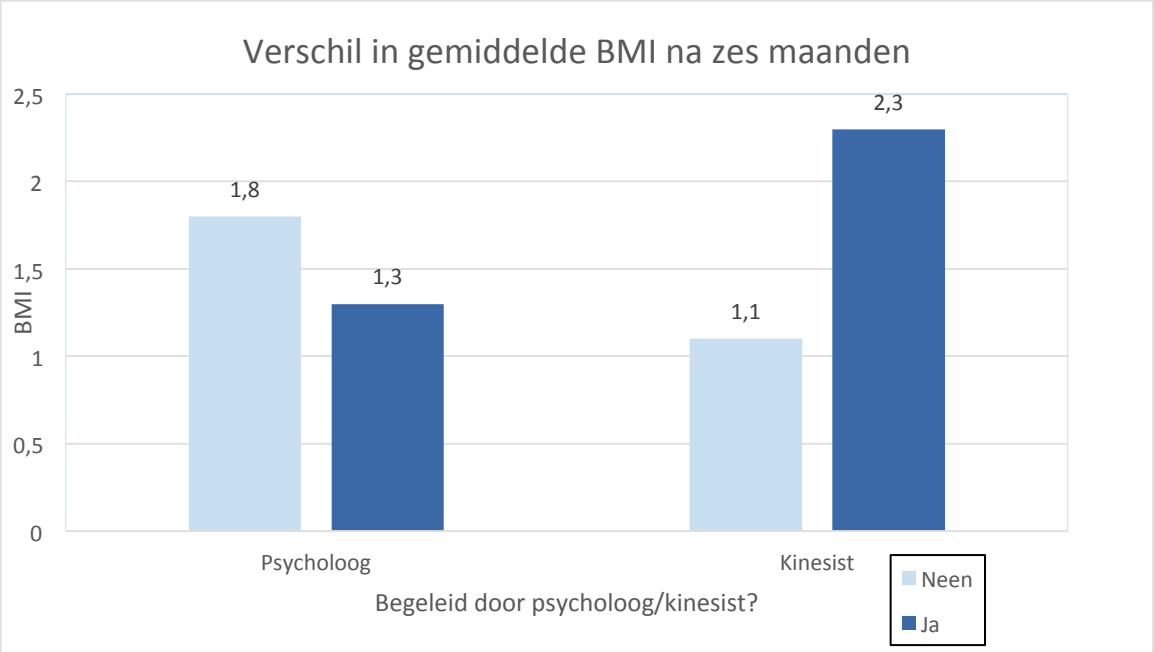
Figuur 13: Gemiddeld gewichtsverlies na zes maanden

Verschil in gemiddelde BMI als de patiënt begeleid wordt door een psycholoog?

Het gemiddelde verlies in BMI bedraagt 1,8 bij zeventien de patiënten die geen psycholoog hebben bezocht en 1,3 bij de zeven patiënten die wel begeleid worden door een psycholoog (zie figuur 14: Verschil in gemiddelde BMI na zes maanden).

Verschil in gemiddelde BMI als de patiënt begeleid wordt door een kinesist?

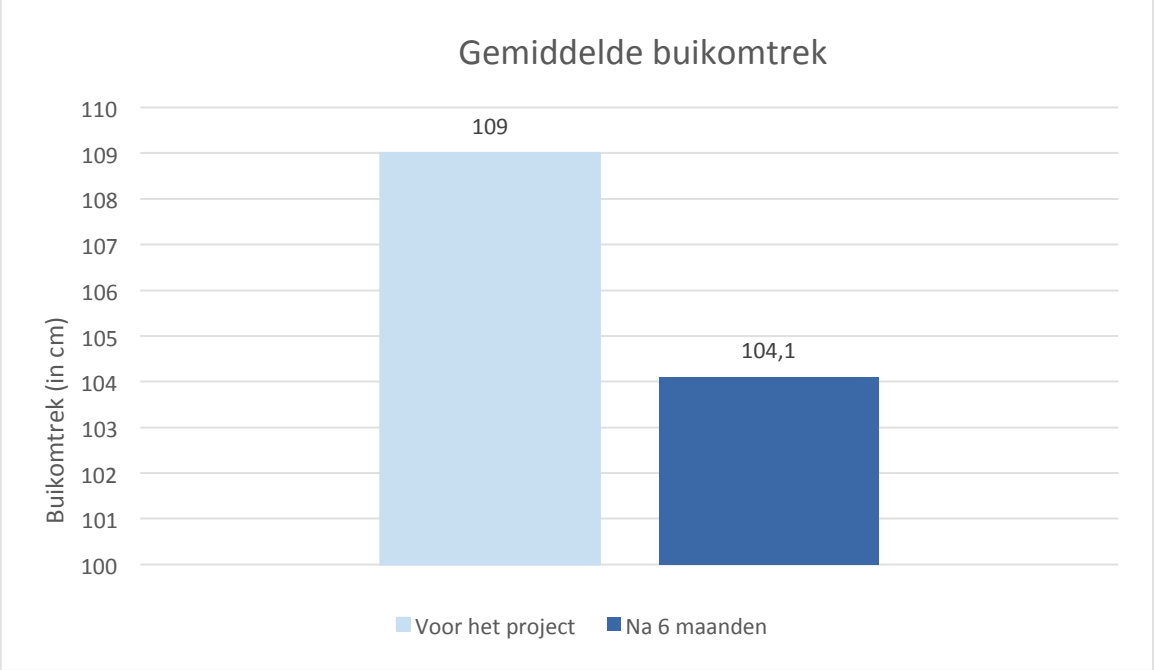
Het gemiddelde BMI-verlies bedraagt 1,1 bij dertien patiënten die geen kinesist hebben bezocht en 2,3 bij de elf patiënten die wel begeleid worden door een kinesist (verschil van 1,2) (zie figuur 14: Verschil in gemiddelde BMI na zes maanden).



Figuur 14: Verschil in gemiddelde BMI na zes maanden

5.2.3.2 Buikomtrek

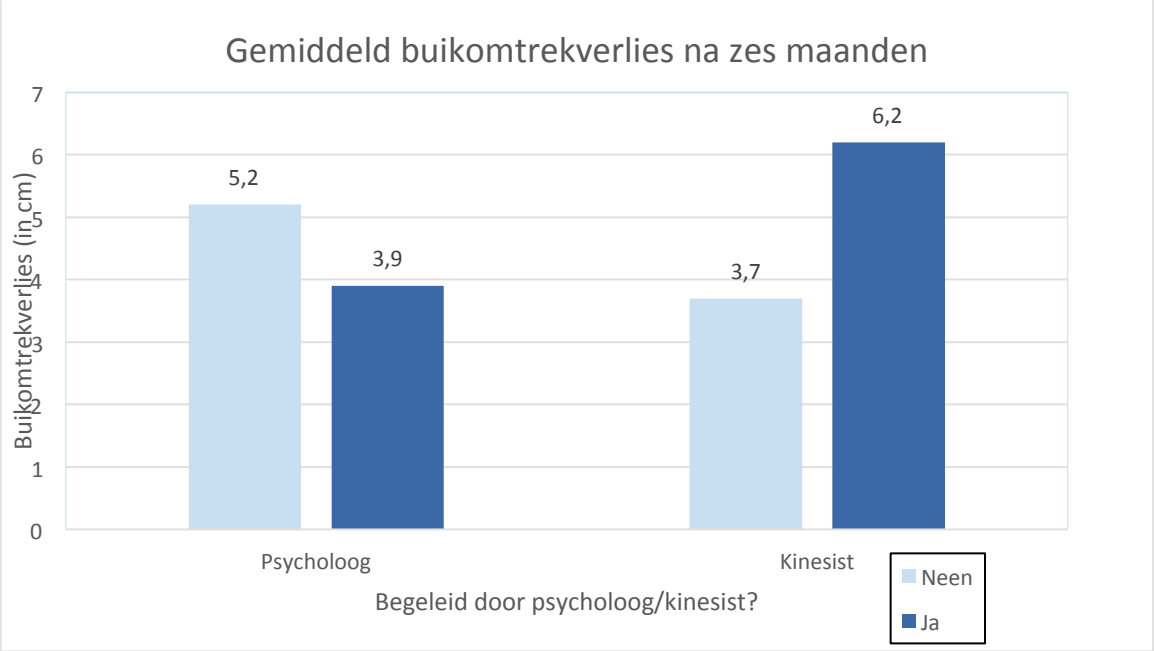
De gemiddelde buikomtrek bedraagt bij de start van het project 109 cm en na zes maanden 104,1 cm (zie figuur 15: Gemiddelde buikomtrek). Het gemiddelde verlies van de buikomtrek is na zes maanden dus 4,8 cm (4%).



Figuur 15: Gemiddelde buikomtrek

Verschil in gemiddeld buikomtrekverlies als de patiënt begeleid wordt door een psycholoog?
Er wordt verder ook gekeken of er een verschil is in het gemiddelde verlies van de buikomtrek als de patiënt begeleid wordt door een psycholoog of niet. Het gemiddeld buikomtrekverlies bedraagt 5,2 cm bij zeventien patiënten die geen psycholoog hebben bezocht en 3,9 cm bij de zeven patiënten die wel begeleid worden door een psycholoog (zie figuur 16: Gemiddeld buikomtrekverlies na 6 maanden).

Verschil in gemiddeld buikomtrekverlies als de patiënt begeleid wordt door een kinesist?
Het gemiddelde verlies van de buikomtrek bedraagt 3,7 cm bij de dertien patiënten die geen kinesist hebben bezocht en 6,2 cm bij de elf patiënten die wel begeleid worden door een kinesist (2,5 cm verschil) (zie figuur 16: Gemiddeld buikomtrekverlies na 6 maanden).



Figuur 16: Gemiddeld buikomtrekverlies na zes maanden

5.2.3.3 Bloeddruk

De gemiddelde systolische en diastolische bloeddruk bedraagt bij het begin van het project respectievelijk 134 en 81 mmHg en na zes maanden 125 en 76 mmHg. Aangezien de gemiddelde waarden vanaf de start van het project binnen de referentiewaarden vallen en er verschillende patiënten bloeddrukverlagende medicatie nemen, is het klinisch niet relevant op deze metingen verder in te gaan.

5.2.3.4 Nuchtere glycemie en/of HbA1C

De gemiddelde nuchtere glycemie bedraagt bij het begin van het project 89,4 mg/dL en na zes maanden 91,5 mg/dL (referentiewaarde 74-109 mg/dL). De gemiddelde HbA1C blijft voor en na het project gelijk, namelijk 5,4% (referentiewaarde 4-6%). Aangezien de glycemie bij elke patiënt vanaf de start van het project binnen de referentiewaarden valt, is het klinisch niet relevant op deze metingen verder in te gaan.

5.2.3.5 Cholesterol

De gemiddelde ratio totaal cholesterol/HDL-cholesterol bedraagt bij het begin van het project 4 en na zes maanden 3,7 (referentiewaarden 2,8-4,97). Aangezien de gemiddelde waarden vanaf de start van het project binnen de referentiewaarden vallen is het klinisch niet relevant op deze metingen verder in te gaan. Bij slechts twee patiënten is de cholesterol ratio bij de start van het project boven de referentiewaarde (5,82 en 5,47). Hun waarden blijven ook na zes maanden boven de referentiewaarde (respectievelijk 5,47 en 5,20).

5.3 Enquête zorgverleners

De enquête werd ingevuld door zestien zorgverleners waarvan zeven diëtisten, vier psychologen en vijf kinesisten / bewegingstherapeuten.

5.3.1 Vitaliteitspas

In de enquête wordt de mening van de zorgverleners over de vitaliteitspas bevraagd. De vragenlijst bestaat uit enkele stellingen. Er wordt hen gevraagd uit volgende keuzemogelijkheden het meest passende antwoord aan te vinken (tabel 14).

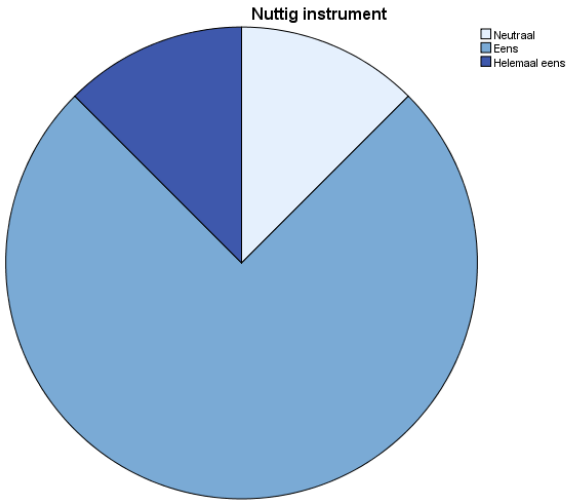
0	1	2	3	4	5
Niet van toepassing	Zeer ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeer tevreden

Tabel 14: Legende enquête

De antwoorden op de stellingen worden hieronder besproken.

5.3.1.1 . De vitaliteitspas is een nuttig instrument in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht in de eerste lijn

Veertien van de zestien zorgverleners (88%) zijn het eens met deze stelling. Twee van hen zijn het zelfs helemaals eens. Twee zorgverleners (13%) antwoorden neutraal (zie figuur 17: De vitaliteitspas is een nuttig instrument in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht in de eerste lijn). Er wordt geen significant verschil tussen de verschillende disciplines gezien bij deze vraag.



Figuur 17: De vitaliteitspas is een nuttig instrument in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht in de eerste lijn.

5.3.1.2 De vitaliteitspas is voldoende uitgebreid.

Veertien van de zestien zorgverleners (88%) vinden de pas voldoende uitgebreid. De psycholoog die hierop negatief antwoordt, geeft als opmerking dat het volgende ontbreekt: '*Het belang van kerngedachten over zichzelf en anderen en het impact op het gedrag. Het GGGG (gebeurtenis-gedachte-gevoel-gedrag) denken, bevragen van piekeren, slaapproblemen'.*

Er wordt aan de zorgverleners expliciet gevraagd te noteren wat voor hen te weinig en/of te veel aan bod komt in de vitaliteitspas. Hun antwoorden staan hieronder in een tabel opgesomd (tabel 15). Hierbij komen voornamelijk aanvullingen aan bod. Volgens de kinesisten mag de multidisciplinaire aanpak met overleg tussen de zorgverleners en patiënt extra benadrukt worden, alsook de verantwoordelijkheid van de patiënt kan nog meer verduidelijkt worden.

DISCIPLINE	TE VEEL	TE WEINIG
Diëtist	*Elke discipline wordt correct en uitgebreid toegelicht. Het is zeer moeilijk om de tekst in te korten maar ik denk dat de pas **bondiger** moet zijn.*	• *Meer stimulans en opvolging om te gaan **bewegen**.* • *Tenzij er naast overwicht ook nog andere **pathologieën** zijn.* • *Praktische tools/algemene tips en tricks op **speelse wijze.***
Psycholoog		*Het belang van **kerngedachten over zichzelf en anderen** en de impact op het gedrag. **Het GGG denken**, bevragen van piekeren, slaapproblemen.*
Kinesist		• *De verandering kan enkel en alleen door de patiënt doorgevoerd worden. Wij zijn hulplijnen die adviseren, motiveren en ondersteunen. De **patiënt dient zelf een proces te doorlopen en acties te nemen**. Wij kunnen dit niet voor hem.* • *Vanzelfsprekendheid (vitaliteitspas p 11) is het niet voor deze patiënten, want dan was men er zelf toe gekomen om hulp in te schakelen. Extra benadrukken dat het tot nu alleen niet lukt voor de patiënt en er steeds een **mogelijkheid is tot keuze** om het anders te gaan doen. Hier worden **de hulplijnen** naar voor geschoven om de "hulp"keuze te kunnen maken. De rol van de diëtist en bewegingstherapeut mag zeker ook aangevuld worden met taken zoals motiveren, advies, "stap voor stap"penplan, ... Je mag extra benadrukken dat **overleg tussen de disciplines** mogelijk is opdat het voor de patiënt niet het gevoel geeft dat er overlappend gewerkt gaat worden. Ook tussen de disciplines en dan voornamelijk vanuit de psycholoog mag er zeker **meer informatie-overdracht** zijn naar motivatiemogelijkheden specifiek voor de patiënt.* • *Zou **nog meer het belang van de combinatie van zowel gezonde voeding als voldoende beweging** onderstrepen in kader van een gedragsverandering op lange termijn. In onze praktijk zien we nog steeds teveel mensen die denken dat zich focussen op één van beide aspecten (vaak diëten) meer resultaat geeft dan aan alle zaken te werken.*

Tabel 15: Wat teveel en te weinig aan bod in de vitaliteitspas

5.3.1.3 De vitaliteitspas is overzichtelijk.

De vitaliteitspas wordt als overzichtelijk beoordeeld door twaalf van de zestien (75%) zorgverleners. Drie zorgverleners zijn het hiermee oneens, waarvan één diëtist, die als opmerking noteert dat de pagina's te groot zijn, er te veel tekst is en te weinig plaats per discipline om iets in te vullen. Hij pleit voor meer structuur of voor het invoegen van tabellen.

5.3.1.4 De vitaliteitspas is inhoudelijk correct wat betreft mijn discipline.

Er wordt de zorgverleners gevraagd of ze de vitaliteitspas inhoudelijk correct vinden wat betreft hun eigen discipline. Veertien (88%) van hen zijn het hiermee eens. Per discipline is de meerderheid het eens (tabel 16). Een psycholoog vermeldt hierbij dat de problematiek van eetstoornissen erg uitgebreid en complex is. Ze is van mening dat voor patiënten met obesitas de meest essentiële informatie kort en duidelijk moet worden toegelicht.

Inhoudelijk correct voor eigen discipline						
		Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Totaal
Discipline	**Diëtist**	1	0	5	1	7
	Psycholoog	0	1	3	0	4
	Kinesist	0	0	3	2	5
Totaal		1	1	11	3	16

Tabel 16: Inhoudelijk correct eigen discipline

5.3.1.5 Het concept van een vitaliteitspas is verstaanbaar voor de patiënt.

Het concept van de vitaliteitspas als werkboekje voor de patiënt lijkt voor de meeste zorgverleners verstaanbaar voor de patiënten (12 van de 16 antwoorden eens of helemaal eens, 75%; tabel 17).
Eén zorgverlener (een diëtist) is hiermee niet akkoord, zij geeft als opmerking: *"Persoonlijk denk ik dat mondeling zeer goed uitgelegd moet worden wat het concept is, opdat de patiënt ook gemotiveerd zou zijn om werkelijk met de pas aan de slag te gaan en te delen met de verschillende disciplines'*.

Concept verstaanbaar voor patiënt						
		Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Totaal
Discipline	**Diëtist**	1	1	3	2	7
	Psycholoog	0	1	2	1	4
	Kinesist	0	1	2	2	5
Totaal		1	3	7	5	16

Tabel 17: Concept verstaanbaar voor de patiënt

5.3.1.6 De inhoud van de vitaliteitspas is verstaanbaar voor de patient.

Er word ook gepolst of de zorgverleners de inhoud verstaanbaar vinden voor de patiënten. De meerderheid (15 van de 16 zorgverleners, 94%; tabel 18) is het hiermee eens. De zorgverlener die het hiermee oneens is, een psycholoog, geeft hierbij geen verdere toelichting.

Inhoudelijk verstaanbaar voor patiënt						
		Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Totaal
Discipline	Diëtist	0	0	5	2	7
	Psycholoog	1	0	3	0	4
	Kinesist	0	0	3	2	5
Totaal		1	0	11	4	16

Tabel 18: Inhoud verstaanbaar voor de patiënt

5.3.1.7 De vitaliteitspas als werkboekje?

Op de vraag '*Vindt u het goed dat dit een werkboekje is voor de patient en geen opvolgdossier voor de hulpverlener?*' bestaat de keuze uit volgende antwoordmogelijkheden: geen mening, nee, neutraal en ja.

Geen mening	Nee	Neutraal	Ja

De meerderheid (11 van de 16 zorgverleners of 69%) is het eens met deze stelling. Vier antwoorden hier neutraal op en slechts één iemand is het oneens met deze stelling. Hierbij geeft een psycholoog als opmerking *'het boekje legt verantwoordelijkheid bij henzelf om na te denken welke zaken voor hen meespelen in hun specifieke problematiek'.*

5.3.1.8 Algemene indruk? Feedback?

In een open tekst wordt de zorgverleners gevraagd naar hun algemene indruk van de vitaliteitspas.

Over het algemeen komen hier veel positieve punten aan bod.

- *Inhoudelijk zeer goed en stimulans om multidisciplinair te werken. Motiverend.*
- *Het is een nuttig gebruiksinstrument om ook de patiënt meer te engageren in het ganse traject naar zijn/haar gezondheid toe (tweemaal geantwoord).*
- *De patiënt is er zich meer van bewust dat drie factoren meespelen.*
- *Duidelijk, makkelijk te gebruiken door de patiënt, eenvoudig.*
- *Goed instrument, geeft indirect een kijk op welke manier de patiënt integraal/multidisciplinair met zijn problematiek bezig is, aandacht voor opvolging.*
- *Ziet er overzichtelijk en correct uit. Voldoende informatief als startpunt. Goed dat de patiënt actief betrokken wordt: verantwoordelijkheid ligt immers uiteindelijk bij hem/haar.*
- *Zit goed in elkaar. De patiënt krijgt voldoende uitleg over het hoe en waarom, en dit per discipline.*
- *Handig werkschrift, voldoende uitleg per discipline.*
- *Goed gedocumenteerd.*
- *Beknopt en duidelijk.*
- *Ik vind het een zeer goed concept dat mensen met overgewicht door verschillende disciplines worden opgevolgd om zo hun levensstijl te veranderen.*
- *Patiënt kan informatie over alle aspecten van obesitas informatie terugvinden, alsook de koppeling waarom een multidisciplinaire aanpak aangewezen is begrijpen. Mooie uitwerking.*
- *De vitaliteitspas zit goed in elkaar en is duidelijk opgesteld naar de patiënten toe.*
- *Is voor de patiënt een feedback, geeft moed. Voor de kinesitherpaie: iets meer aandacht voor "wat heb ik thuis geoefend?".*

De meeste opmerkingen gaan over het concept van de vitaliteitspas als geschreven werkboekje. Uit de feedback van de zorgverleners blijkt dat ze dit toch niet zo handig vinden en enkelen doen de suggestie een digitale versie te maken.

- *Het A4 concept zou eventueel handiger zijn in kleiner formaat. (tweemaal geantwoord) Nadeel is dan natuurlijk dat de schijfruimte beperkt wordt en het lezen ook moeilijker maakt.*
- *Ik vraag me af of het duidelijk is voor de patiënt dat de vitaliteitspas een begeleidend document is in een traject waar de patiënt zelf in aan de slag gaat.*
- *Ik zou de vitaliteitspas iets compacter maken. Patiënten gaan die sneller meebrengen dan. Ik zou die ook aantrekkelijker maken door bijvoorbeeld te werken met een plastieken kaftje (zoals een gewoon leerboekje).*
- *Ik vraag me wel af in welke mate patiënten (van lagere sociale klasse) dit boekje als leidraad gaan gebruiken (lezen ze de vitaliteitspas?).*
- *Patiënten hadden dit vaak niet bij zich, waardoor ik het niet echt kon opvolgen/bijschrijven. Misschien is dit ook niet de bedoeling, en is dit voornamelijk voor de patiënt. Lijkt me wel interessant om bijvoorbeeld enkele oefeningen, hartslag en tips te noteren. Ook het aantal stappen kan bijgehouden worden.*
- *Niet teveel info voor de patiënt? Lezen ze het wel allemaal?*
- *Ik denk dat de vitaliteitspas zelf weinig zal gebruikt worden. Als ik kijk naar het boekje van de diabetespas werd dit in de praktijk ook niet zo veel gebruikt.*
- *Vitaliteitspas mag gebruiksvriendelijker voor de patiënt.*

Suggesties door de zorgverleners:

- *Ik zou dit elektronisch delen via Medirismulti of een ander systeem onder hulpverleners. Bij voorkeur de intake met client zelf invullen.*
- *Misschien opteren voor een digitale versie? Zo kan deze continu aangevuld worden door de hulpverleners. Het risico bestaat dat het boekje niet volledig wordt ingevuld omwille van tijdsgebrek op het moment zelf.*
- *Wat wel interessant zou zijn, is een soort van 'platform' waar alle betrokken disciplines de verslagen en de info kunnen plaatsen of terugvinden van de patiënten die bij hen komen.*

Het nut van de vitaliteitspas als instrument om de multidisciplinaire aanpak en overleg te verbeteren wordt in twijfel getrokken.

- *Sommige patiënten verwachten een vluggere en dwingendere opvolging bij de arts. Ik weet niet zeker of er een afsprakenschema wordt voorgesteld bij de arts om de gezette stappen te evalueren met de patiënt, of moet het initiatief van de patiënt uit gaan? De opmerkingen die neergeschreven worden in de pas, worden soms laat gelezen door een andere hulpverlener, dus een verslag blijft noodzakelijk.*
- *Ik denk dat het voor de psychologische discipline zeer moeilijk is om zeer concreet doelen op al de vermelde domeinen te destilleren. Zelfs al worden er een aantal domeinen uitgekozen om aan te werken, is het moeilijk om op korte termijn doelen, stappenplannen en resultaat ervan neer te schrijven. Vaak zijn de 'psychologische' doelen niet zo makkelijk meetbaar en is het voor cliënten niet makkelijk om te oordelen of ze op bepaalde punten al vooruitgang hebben gemaakt of niet. Psychotherapie werkt eerder procesmatig, het proces is vaak een doel op zich.*

De diëtisten geven hier nog enkele opmerkingen over het inhoudelijke deeltje van gezonde voeding.

- *Juist de paragraaf over "gezonde voeding" zou ik hier en daar aanpassen. De portie ongezouten noten zou ik weglaten daar het gaat over een patiënt met overgewicht. (tweemaal geantwoord) Noten zijn uiteraard gezond, maar heel calorierijk. Ook de interpretatie van de patiënten hieromtrent. Als ze er expliciet om vragen, dan zou ik deze inplannen in een gezonde voeding. Ook zou ik aanbevelen tweemaal per week vis waarvan eenmaal per week vette en eenmaal per week magere vis.*
- *Groenten en fruit: zelfgeperst fruitsap wordt niet aangeraden. (tweemaal geantwoord) Smoothies en fruitsappen vervangen geen fruitportie en leveren ten opzichte van een gewoon stuk fruit veel meer kcal. Ook bij het persen ervan gaat 70 procent van de vitamines verloren. Groentesapjes daarentegen kunnen wel perfect als tussendoortje genomen worden. Deze brengen veel minder kcal aan.*

- *Vet: "Beperk het gebruik van vet maar kies wel voor gezonde vetten".*
- *Drinken: Melk zou ik niet onder "drinken" plaatsen. Uiteraard behoort het wel tot een gezonde voeding, maar patiënten interpreteren het als "ik mag het onbeperkt" en dat zou ik dan bij een persoon met overgewicht niet aanbevelen. Wel bijvoorbeeld als een gezond tussendoortje.*
- *De zinnetjes "verboden" producten worden ook best weglaten, want die verboden producten, daar gaan ze zich vaak op focussen. Eet niet de hele dag door.*

5.3.2 Multidisciplinair samenwerken

Er worden ook enkele vragen gesteld met betrekking tot het multidisciplinair samenwerken. Belangrijk hierbij te vermelden is dat deze enquête wordt afgenomen voordat het multidisciplinair overlegmoment heeft plaatsgevonden. De reden hiervoor is dat er in eerste instantie wou gepeild worden naar de gangbare manier van samenwerken bij de aanpak van overgewicht en obesitas. In een tweede enquête, afgenomen na een multidisciplinair overleg, worden enkele van de vragen opnieuw gesteld. Deze resultaten staan beschreven verderop bij de resultaten van het multidisciplinair overleg.

De vragenlijst bestaat hierbij ook uit enkele stellingen met keuzemogelijkheden van helemaal oneens tot helemaal eens. De antwoorden op de stellingen worden hieronder besproken.

5.3.2.1 De taken tussen de verschillende disciplines zijn goed verdeeld/ De verschillende disciplines werken goed samen zonder elkaar te schaden.

De meerderheid van de zorgverleners is het eens met de stellingen dat de taken tussen de verschillende disciplines goed verdeeld zijn en dat de verschillende disciplines goed samenwerken zonder elkaar te schaden. Vier van de zestien (25%) beantwoorden de eerste stelling met neutraal en zes van de zestien (38%) de tweede stelling met neutraal. Geen enkele zorgverlener beantwoordt één van deze stellingen negatief.

5.3.2.2 De activiteiten van de verschillende disciplines ten aanzien van eenzelfde patiënt zijn goed gecoördineerd en op elkaar afgestemd.

De stelling dat de activiteiten van de verschillende disciplines ten aanzien van eenzelfde patiënt goed gecoördineerd op elkaar zijn afgestemd wordt minder positief beantwoord. Twee zorgverleners zijn het hiermee oneens, de meerderheid (8 van de 16 of 50%) antwoordt neutraal en vier zorgverleners zijn het hiermee eens. Bij deze stellingen noteren vier zorgverleners de opmerking dat ze nauwelijks of geen contact hebben gehad met de andere disciplines (met uitzondering van de huisarts). Zo heeft een psycholoog het volgende neergepend: *"Tot op heden heb ik weinig contact met de andere hulpverleners om inhoudelijk patiënten te bespreken. Zodus kan je niet echt zeggen dat de begeleidingen op elkaar afgestemd worden. Al merk ik wel dat we elkaar in elk geval niet tegenwerken."*

5.3.2.3 De beslissingen over een patiënt met een complexe problematiek worden genomen rekening houdend met de mening van de verschillende disciplines.

Deze vraag wordt slechts door tien van de zestien zorgverleners ingevuld. Eén zorgverlener, een psycholoog, is het oneens. Vier zorgverleners (waarvan 2 diëtisten, 1 psycholoog en 1 kinesist) antwoorden neutraal op deze vraag. Een diëtist geeft aan dat er te weinig communicatie is na doorverwijzing door de arts. De vier overige zorgverleners (2 diëtisten en 2 psychologen) zijn het wel eens met de stelling en één kinesist is het helemaal eens (tabel 19).

Rekening houden met elkaars mening						
		Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Totaal
Discipline	**Diëtist**	0	2	2	0	4
	Psycholoog	0	1	2	0	3
	Kinesist	0	1	0	1	2
Totaal		0	4	4	1	9

Tabel 19: De beslissingen over een cliënt met een complexe problematiek worden genomen rekening houdend met de mening van de verschillende disciplines.

5.3.2.4 Erkenning van de andere disciplines?

Vier stellingen peilen naar de erkenning van de expertise en competentie van elkaars disciplines, de erkenning van het belang van elkaars expertisedomein, het wederzijds vertrouwen tussen de verschillende disciplines en de erkenning van de waarde van elke discipline.

- *De verschillende disciplines erkennen elkaars expertise en competentie.*
- *De verschillende disciplines erkennen het belang van elkaars expertisedomein.*
- *Er is een wederzijds vertrouwen tussen de verschillende disciplines.*
- *De bijdrage door elke discipline wordt als even waardevol beschouwd.*

Deze vragen worden samen geanalyseerd via berekening van het gemiddelde antwoord op de vier stellingen. De resultaten lijken aan te tonen dat de verschillende disciplines elkaars expertise, competentie en elkaars waarden erkennen. Geen enkele zorgverlener geeft hier een negatief antwoord op. Er is geen duidelijk verschil tussen de mening van de verschillende disciplines over deze stellingen. Hieronder worden de resultaten weergegeven. Een score van 1 betekent helemaal oneens, 2 is oneens, 3 komt overeen met neutraal, 4 is eens en 5 helemaal eens. Uit onderstaande tabel (tabel 20) kan dus afgeleid worden dat 4 het gemiddelde antwoord was, wat overeenkomt met keuzemogelijkheid 'eens'. Het lijkt dus dat de verschillende disciplines elkaars expertise, waarde en competentie erkennen en er een wederzijds vetrouwen is tussen hen.

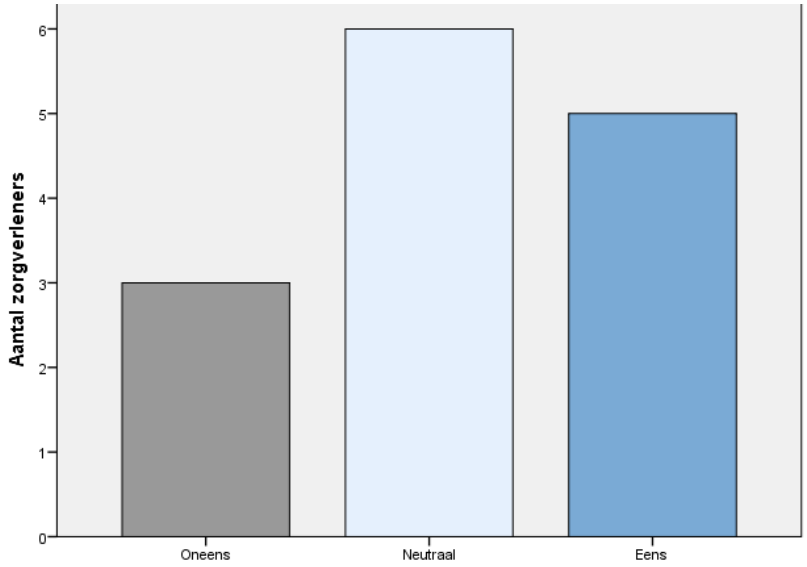
Erkenning andere disciplines		
Aantal zorgverleners	die de vragen beantwoorden	15
	die de vragen niet invullen	1
Gemiddelde		4,0444
Mediaan		4,0000
Minimum		3,25
Maximum		5,00

Tabel 20: Erkenning andere disciplines

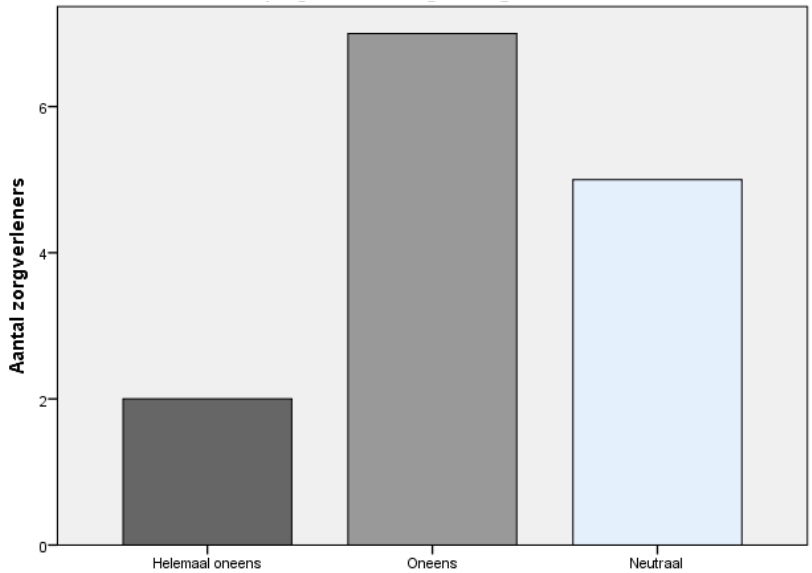
5.3.2.5 Zijn de interprofessionele relaties tussen de verschillende disciplines goed? De verschillende disciplines raadplegen elkaar regelmatig informeel?

De stellingen die peilen naar de interprofessionele relatie en het contact met de andere disciplines worden door veertien van de zestien zorgverleners beantwoord. Drie van de veertien zorgverleners vinden dat de interprofessionele relatie tussen de verschillende disciplines niet goed is, zes antwoorden neutraal en vijf zijn het hiermee wel eens (zie figuur 18: De interprofessionele relaties tussen de verschillende disciplines zijn goed). Afleidend uit de opmerkingen van vier zorgverleners lijkt dit voornamelijk te komen door het ontbreken van contact met elkaar. Zo antwoordt een kinesist het volgende: *"Eigenlijk kennen we elkaar niet goed. Goed dat er een overleg komt!".* Uit de andere

stelling komt ook duidelijk naar voor dat er te weinig contact is tussen de zorgverleners onderling. Zo zijn negen van de vijftien (56%) zorgverleners het niet eens met de stelling dat ze elkaar regelmatig informeel raadplegen (waarvan twee van de negen het zelfs helemaal oneens zijn). Niemand is het hiermee eens en de overige vijf zorgverleners antwoorden neutraal (zie figuur 19: De verschillende disciplines raadplegen elkaar regelmatig informeel).



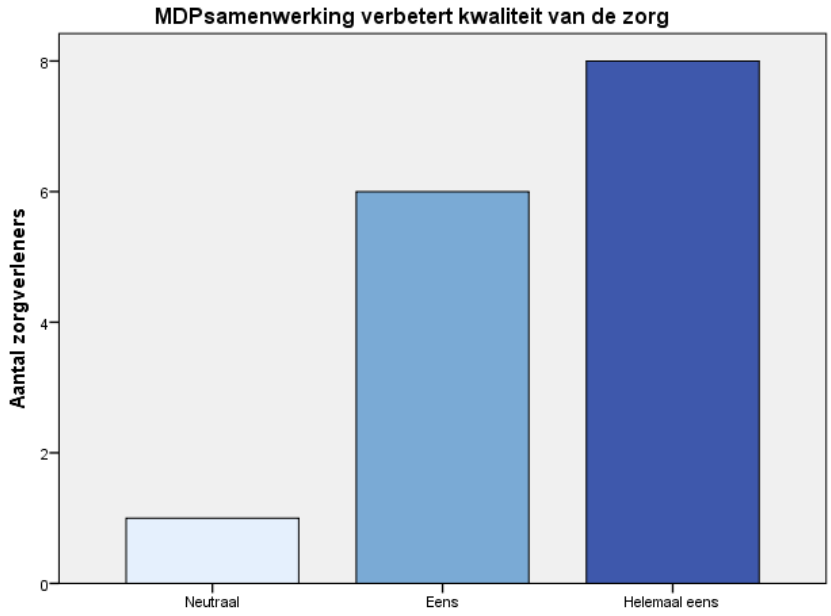
Figuur 18: De interprofessionele relaties tussen de verschillende disciplines zijn goed



Figuur 19: De verschillende disciplines raadplegen elkaar regelmatig informeel

5.3.2.6 De multidisciplinaire samenwerking verbetert de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.

Deze vraag wordt wel positief beantwoord. Vijftien zorgverleners vullen de vraag in waarvan bijna iedereen (14 van de 15 of 93%) het hiermee eens is. Eén zorgverlener antwoordt neutraal (zie figuur 20: De multidisciplinaire samenwerking verbetert de kwaliteit van de zorg voor de patiënt). Een diëtist geeft aan hiermee eens te zijn, maar noteert de volgende opmerking; "*Eens, mocht de communicatie en de tool op zich verbeteren. Het idee is top maar dient veel praktischer te worden verbeterd.*"



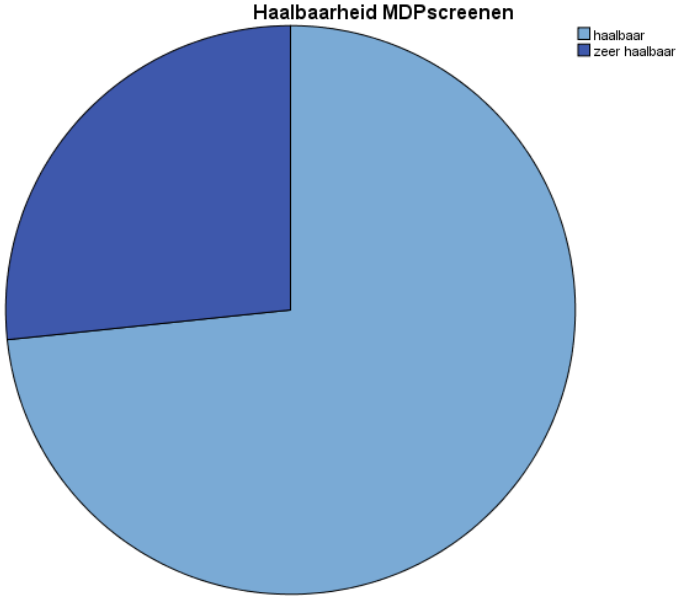
Figuur 20: De multidisciplinaire samenwerking verbetert de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.

5.3.2.7 MDP aanpak haalbaar? Wat veranderen om MDP aanpak haalbaarder te maken? Knelpunten? Sterke punten?

De vraag *'Hoe haalbaar vindt u de methodiek om risicopatiënten met overgewicht multidisciplinair te screenen?'* wordt beantwoord door te kiezen uit volgende antwoordopties:

Zeer onhaalbaar	Onhaalbaar	Haalbaar	Zeer haalbaar

Al de zorgverleners die deze vraag beantwoorden (15 van de 16 of 94%) vinden dit haalbaar, waarvan er vier zorgverleners dit zelfs zeer haalbaar vinden (figuur 21).



Figuur 21: Haalbaarheid van de methodiek van het MDP werken

Bij de bijvraag naar suggesties om de MDP aanpak te optimaliseren, geven dertien zorgverleners een antwoord. De antwoorden staan opgesomd per discipline in de onderstaande tabel (tabel 21).

DISCIPLINE	SUGGESTIE OM MDP AANPAK HAALBAARDER TE MAKEN
Diëtist	• *In **eenzelfde locatie** werken eventueel op **hetzelfde moment.*** • *Mits goede **communicatie** die volgens mij ook **via mail** kan gebeuren. Een systeem ontwikkelen waardoor de communicatie tussen de verschillende disciplines verbetert, o.a. door korte briefing via mail.* • *Haalbaar mits **betere omkadering en communicatie** en een **prijs opstelling voor een totaalpakket**?*
Psycholoog	• ***Meer afstemming tussen de verschillende disciplines**, afspreken wie waarrond werkt en op welk moment. Psycho-educatie voor de patiënt wie wat doet.* • *De doorstroom naar de psycholoog is beperkt gebleven. Eventueel moeten we eens bekijken hoe we een **psychologisch intakegesprek** aantrekkelijker maken voor de cliënt.* • *Mits **online platform.***
Kinesist	• *De verschillende disciplines meer met elkaar in contact brengen maar enkel overleg over risicopatiënten, anders wordt het teveel.* • *Duidelijkere en directere communicatie tussen zorgverleners.* • ***Digitaliseren, overleg, motivatie patiënt.*** • ***Financieel** aspect?*

Tabel 21: Suggesties om MDP aanpak haalbaarder te maken

In een andere open vraag wordt door de zorgverleners de sterke punten van de methodiek van het MDP screenen genoteerd (tabel 22).

DISCIPLINE	STERKE PUNTEN MDP SCREENEN
Diëtist	• ***Zeer drempelverlagend** voor de patiënt, maar eigenlijk ook voor de hulpverlener.* • *De beknopte verslaggeving van de arts naar mij toe is een grote meerwaarde geweest.* • *De **screening** helpt wel enorm om de patiënt te kunnen inschatten en is een heel grote meerwaarde voor de start van een dossier. De patiënten kunnen zo al eens op voorhand denken welke doelen ze willen bereiken.* • *Vooral **gemotiveerde** personen nemen hieraan deel, vaker positieve resultaten**, overleg via vitaliteitspas.***
Psycholoog	• *Je pakt de **oorzaken** aan **op maat van de patiënt.*** • ***Een gehele aanpak** waardoor de cliënt op **verschillende vlakken** bewust wordt van zijn handelen/gedrag. Elke discipline is een aanvulling op de behandeling en het vitaler krijgen van de cliënt.* • *Vanuit mijn discipline ben ik blij met deze multidisciplinaire werking omdat het voor de patiënten ook duidelijk maakt dat het meer is dan 'te veel eten' en dat er soms ook **onderliggende psychologische elementen** meespelen die ervoor zorgen dat ze steeds hervallen in hun oude eetgedrag.* • *Ik geloof sterk in de **meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak**, maar heb deze niet echt kunnen ervaren omwille van praktische problemen.*

Kinesist	• *Geen knelpunten. Aanpak van obesitas en overgewicht kan enkel door inschakelen van **verschillende disciplines** met centrale **coördinerende rol van de huisarts** die alles opvolgt. Kan een idee zijn om 1à2 x per jaar **multidisciplinair overleg** in te plannen; evt. patiënten te bespreken, manier van werken, team op elkaar af te stemmen.*

Tabel 22: Sterke punten van het MDP aanpakken van overgewicht

Er wordt gepolst naar knelpunten bij de methodiek van de MDP aanpak van overgewicht en obesitas. In onderstaande tabel (tabel 23) staan per discipline enkele antwoorden samengevat.

	KNELPUNTEN			
	Financieel	**Relationeel**	**Professioneel/inhoudelijk**	**Organisatorisch**
Diëtist	*Overleg wordt financieel niet gestimuleerd.* *Voor patiënt soms niet haalbaar om én bij een diëtist te gaan, én bij een gedragstherapeut/psycholoo g én bij een bewegingsdeskundige.* *Hoge kostprijs* (driemaal geantwoord). *Sessie nog steeds niet terugbetaald door mutualiteiten. Dit verhoogt de drempel voor de patiënt voor onze discipline.*	*Iedereen ziet het als een meerwaarde maar multidisciplinair is gewoon onderdeel van de behandeling.* *Iedereen "denkt" dat hij weet wat gezonde voeding is, de praktijk is anders.* *Communicatie en locaties zijn te verspreid, dit zou verbeterd kunnen worden.* *Te weinig contact met de andere disciplines, 6 maandelijkse samenkomst en samenwerkingscontracten zouden hier wel bij helpen.*	*Via consulten in verschillende huisartsenpraktijk heb ik inzage in de dossiers wat begeleiding veel gemakkelijker maakt.* *Ik schrijf dan meteen ook mijn bevindingen in het dossier. Er zijn echter artsen die vb. geen bloedanalyse willen meegeven.* *Communicatie moet beter.* *De patiënten die niet bij mij komen zijn minder relevant voor mij. Natuurlijk indien er problemen zijn, is het wel goed om met zijn allen naar een oplossing te zoeken.* *Misschien iets meer persoonlijk contact nodig om onze functies aan elkaar uit te leggen.*	*Als diëtist werk ik over een heel grote regio met alleen al honderd artsen en dan de andere hulpverleners. Heel moeilijk om structureel overlegmomenten vast te leggen. Daarom via verslag (Multimediris) contact nemen. Artsen sturen echter nooit een verslag of antwoord terug.* *Geen onderlinge communicatie geweest.* *Te veel verschillende locaties, te intensief voor de patiënt waardoor ze grotendeels afhaken.* *Niet evident om verschillende zorgverstrekkers op zelfde moment vrij te krijgen.* *Vrij goed.*

Psycholoog	*Te duur voor cliënt.* *Voor mijn discipline kunnen niet alle patiënten rekenen op terugbetaling door de mutualiteit. Anderen wel, maar ook beperkt in aantal. Zo gebeurt het dat cliënten de psychologische begeleiding na een poosje afronden omdat de financiële last groot wordt.*	*Overleg is nodig.*	*Soms overlapping.*	*Tijdrovend voor cliënt.* *Ik vond het lastig dat ik de vitaliteitspas van mijn patiënten niet kon raadplegen.* *De patiënten vergaten hem telkens mee te nemen, waardoor ik geen zicht had op de doelstellingen van de andere disciplines , dit bemoeilijkt het multidisciplinair samenwerken. Eventueel een idee om de pas online beschikbaar te maken?*
Kinesist	*Groot knelpunt, zeker voor disciplines die geen terugbetaling hebben.*			*Tijd!!* *Patiënt heeft niet altijd de informatie bij. Daarom zou een digitaal platform een oplossing kunnen bieden waarop elke zorgverlener zijn behandeling kan plaatsen.* *Project soms moeilijk te combineren met gezin/werk, toch als de patiënt op 1 week bij meerdere disciplines moet gaan.*
BESLUIT	**Zowel voor de patiënten te duur om naar de 3 disciplines te gaan (nog weinig terugbetaald) alsook voor de zorgverleners zelf financieel niet haalbaar (overleg nog niet vergoed).**	**Meer overleg en contact met andere disciplines noodzakelijk.**	**Betere communicatie en contact nodig, soms overlapping met andere disciplines.**	**Zowel voor de patiënten als voor de zorgverleners moeilijk om overleg te regelen wegens tijdsgebrek en geen goed communicatiemiddel tussen zorgverleners en patiënten onderling.**

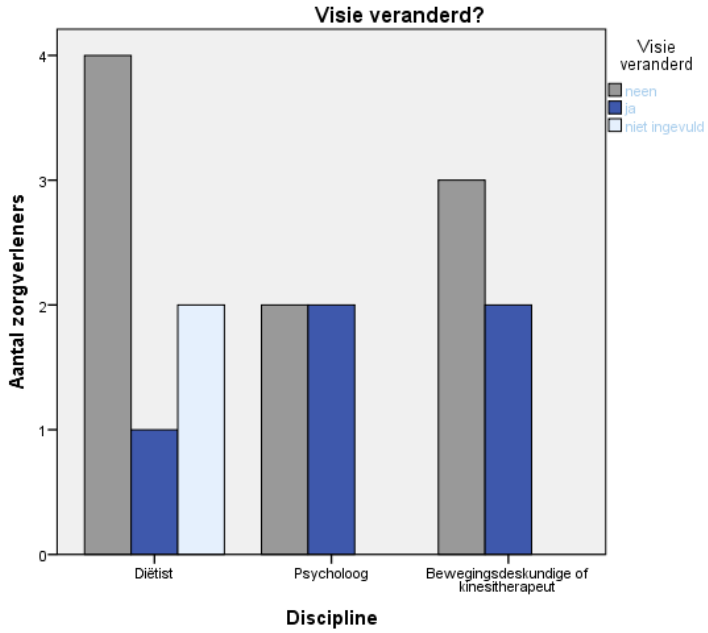
Tabel 23: Knelpunten van het MDP werken

5.3.2.8 Aanpak van de zorgverlener veranderd? Visie op MDP samenwerken veranderd? Samenwerken veranderd? Aanpak van overgewicht en obesitas veranderd?

Op het einde van de enquête wordt gepolst in welke mate de zorgverleners hun visie, hun manier van samenwerken met andere hulpverleners en hun aanpak bij overgewicht en obesitas veranderd is door dit project. Bij de drie vragen kon '*ja*' of '*neen*' worden aangeduid en was er open ruimte voor commentaar. Alle zestien zorgverleners vulden de vragen in.

Is uw visie op multidisciplinair samenwerken bij overgewicht en obesitas veranderd door deze methodiek toe te passen?

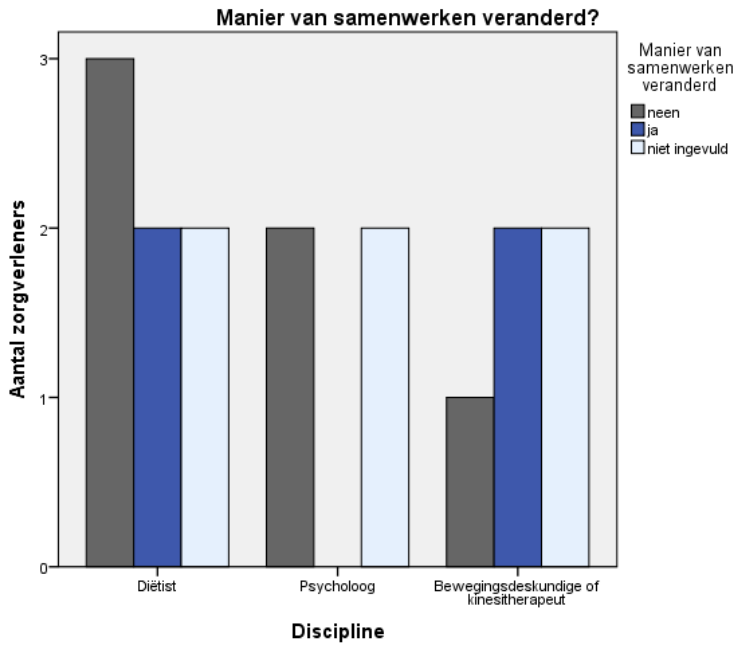
De visie op MDP samenwerken bij overgewicht en obesitas is door dit project bij vijf (31,3%) zorgverleners veranderd (waarvan één diëtist, twee psychologen en twee kinesisten). Bij negen (56%) zorgverleners blijft deze visie onveranderd. Twee diëtisten geven hierop een neutraal antwoord (zie figuur 22: Is uw visie op multidisciplinair samenwerken bij overgewicht en obesitas veranderd door deze methodiek toe te passen?). Procentueel gezien lijkt dit project voornamelijk bij psychologen effect te hebben gehad op hun visie rond de MDP aanpak van obesitas (50%) en het minst bij de diëtisten (14,3%). Een psycholoog geeft hierbij als opmerking; "*Misschien ben ik meer overtuigd van de haalbaarheid van deze ambulante manier om een diverse multidisciplinaire behandeling van obesitas te organiseren. Al vraagt het zeer veel inspanning van de patiënt op meerdere vlakken."* Zowel een diëtist als een kinesist geven aan dat ze de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak bij overgewicht/obesitas reeds in hun opleiding meekregen.



Figuur 22: Is uw visie op multidisciplinair samenwerken bij overgewicht en obesitas veranderd door deze methodiek toe te passen?

Is uw manier van samenwerken met andere hulpverleners bij overgewicht en obesitas veranderd?

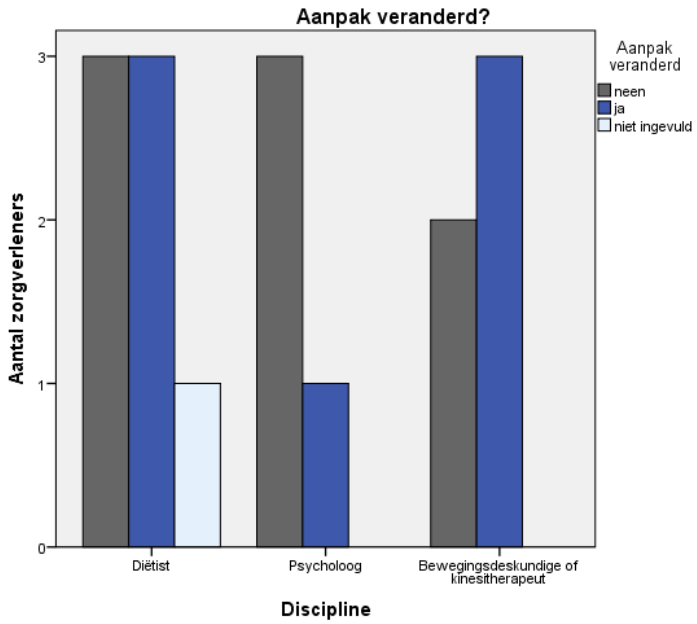
De manier van samenwerken met andere hulpverleners bij overgewicht en obesitas blijft bij de meerderheid onveranderd; twaalf van de zestien zorgverleners (75%) antwoordt hierop neen of neutraal. Hier zijn de kinesisten de discipline die het vaakst wel verandering ziet in hun manier van samenwerken (2 van de 5 of 40%) (zie figuur 23: Is uw manier van samenwerken met andere hulpverleners bij overgewicht en obesitas veranderd?). Een kinesiste noteert hierbij dat ze deze manier van samenwerken nog nooit had toegepast in haar praktijk, hoewel ze dit wel op stage had gedaan.



Figuur 23: Is uw manier van samenwerken met andere hulpverleners bij overgewicht en obesitas veranderd?

Is uw aanpak van overgewicht en obesitas veranderd?

Wat betreft de algemene aanpak bij overgewicht en obesitas vindt de helft van de zorgverleners dat hun aanpak niet veranderd is. Iets minder dan de helft (43,8%), waarvan drie diëtisten, één psycholoog en drie kinesisten, ziet wel invloed op hun beleid. Bij deze vraag lijken het dus weer de kinesisten die na dit project procentueel de meeste verandering voelen in hun manier van handelen bij patiënten met obesitas (namelijk 60%) (zie figuur 24: Is uw aanpak van overgewicht en obesitas veranderd?). Twee diëtisten vermelden dat ze nu meer aandacht zullen hebben voor beweging dan vroeger en de patiënten meer zullen motiveren om bij de kinesist langs te gaan om een persoonlijk beweegplan te laten opstellen. Een psycholoog geeft aan meer aandacht te zullen besteden aan datgene wat de andere disciplines kunnen betekenen. Twee kinesisten zullen meer op lange termijn en met gezamenlijk opgestelde doelstellingen werken.



Figuur 24: Is uw aanpak van overgewicht en obesitas veranderd?

5.4 Multidisciplinair overleg

Bij het multidisciplinair overleg worden uit het gesprek en de korte enquête de volgende conclusies getrokken. De aanwezige zorgverleners vinden het multidisciplinair overleg een meerwaarde voor de multidisciplinaire aanpak van overgewicht/obesitas. De zorgverleners besluiten dat een overleg zorgt voor "*een beter beeld van de patiënt en meer zicht op de evolutie*". *"Door intercollegiaal overleg weet je waar de andere zorgverleners met bezig zijn". "Problemen kunnen besproken worden". "Ook non-verbale communicatie van de andere hulpverleners geeft veel informatie". "Elke zorgverlener komt eens van zijn eilandje".*

Het multidisciplinair overleg heeft voldaan aan de verwachtingen van de zorgverleners. Er werd voldoende aandacht besteed aan de bespreking van de patiënten en strategieën om efficiënt te kunnen overleggen naar de toekomst toe (online tool, georganiseerd overleg,…). Elementen die te weinig aan bod kwamen: *"Voorstelling van de zorgverleners bij de start van het overleg, visie van de zorgverleners over de behandeling, specifieke patiëntsituaties, leefomstandigheden van de patiënt en verdere contextuele factoren die het proces negatief of positief kunnen beïnvloeden*".

6 Discussie

Dit onderzoek heeft niet dezelfde ambities als een wetenschappelijk gerandomiseerd interventieonderzoek. Dit is ook niet het doel van een MaNaMa-thesis. De resultaten worden enkel beschrijvend weergegeven aangezien de studiepopulatie van 24 patiënten relatief beperkt is wat betreft de statistische power. Dit is een eerste zwakte van de studie. Er is noch ee power berekening gebeurd noch een multivariate regressie analyse. Bovendien kan er heel wat bias in dit onderzoek geslopen zijn. De groep is namelijk heel verschillend wat betreft geslacht, sociale klasse, rookstatus (zie verder). Daartegenover staat de sterkte dat er toch veertien zorgverleners hebben deelgenomen. Dit is al een mooi aantal, waardoor men op dat vlak toch enkele waardevolle conclusies kan trekken.

Desondanks, uit interesse en om de oefening te maken wordt de significantie van enkele resultaten met behulp van het statistisch verwerkingsprogramma SPSS berekend (zie bijlage 12: Berekening significantie resultaten patiënten). De resultaten moeten gezien worden als 'een indicatie van' gezien de kleine steekproef, het niet testen van assumpties, mogelijke bias, confounders en geen toepassing van een meervoudige ('multiple' of 'multivariable') logistische regressie-analyse. Dit is een belangrijk punt dat men moet meenemen bij het lezen en interpreteren van deze resultaten. De onderzoekers willen de voorzichtigheid waarmee de resultaten dienen geïnterpreteerd te worden benadrukken. Deze thesis kan wel een aanzet zijn tot een uitgebreider project dat wel aan de wetenschappelijke normen voldoet.

6.1 Bias

Omdat het belangrijk is om bij het interpreteren van de resultaten rekening te houden met de bias die er mogelijks is in geslopen, wordt dit hieronder als eerste besproken.

6.1.1 Begrippen

Confounder: Een confounder is een factor die gerelateerd is aan de te onderzoeken risicofactor of blootstelling en ook aan de uitkomst. Een confounder kan een verband tussen blootstelling en uitkomst verzwakken of versterken. Door confounding kan een verband dat in werkelijkheid afwezig is, worden gesuggereerd of kan een bestaand verband worden ontkend. (Bron: Minerva-ebm woordenlijst).

Bias: Wanneer bias of vertekening optreedt, wijken de resultaten of de interpretatie van een onderzoek af van de werkelijkheid door een systematische fout. Vertekening kan optreden als gevolg van een fout in elk van de stappen van een onderzoek zoals bij de opzet van de studie, bij het verzamelen van de gegevens, het analyseren, het interpreteren van de resultaten en het publiceren (Bron: Minerva-ebm woordenlijst).

6.1.2 Bias in de masterthesis

6.1.2.1 Selectiebias

Volunteer bias: Deze vorm van bias kan in deze studie zeker aanwezig zijn. Patiënten die meedoen aan de studie kunnen meer gemotiveerd zijn dan anderen, wat de tolerantie of aanvaardbaarheid van de behandeling hoger kan doen lijken. Maar een goede motivatie is een criterium om te kunnen deelnemen aan deze studie. Willen *volunteeren* is dus een essentiële eigenschap om als patiënt in dit onderzoek opgenomen te worden. De meeste patiënten werden gerekruteerd door posters en folders in de wachtzalen. De meerderheid van de deelnemende patiënten nam dus zelf het initiatief. Daarnaast brengen de artsen het project ook ter sprake wanneer de patiënten zich presenteren met indirecte probemen, zoals bijvoorbeeld pijn in de knieën of overmatig zweten ten gevolge van overgewicht. Wanneer deze personen voldoende gemotiveerd zijn, kunnen ze deelnemen. Een goede

motivatie is van essentieel belang wanneer het gaat om het veranderen van een levensstijl. Eén van de exclusiecriteria om deel te nemen aan dit onderzoek is een te lage motivatie.

Healthy user bias: Deze vorm van bias betekent dat de populatie die mee heeft gedaan aan het onderzoek, niet overeenkomt met de algemene populatie. De populatie van de studie is gezonder dan de algemene populatie. In dit onderzoek was één van de inclusiecriteria dat er minstens één comorbiditeit moest aanwezig zijn. Anderzijds gaan patiënten die echt te veel last hebben van hun comorbiditeit, ook mogelijks minder bezig zijn met de aanpak van overgewicht, omdat dit niet hun grootste probleem is. Men heeft in dit onderzoek geen navraag gedaan naar demografische gegevens of kenmerken zoals bijvoorbeeld de rookstatus. Personen die gemotiveerd zijn om hun levensstijl te veranderen om overgewicht aan te pakken, zijn vaak ook mensen die in het algemeen wel met levensstijl bezig zijn. Zij gaan dus minder roken, of gaan dit in het verleden ook aangepakt hebben. De onderzoekers zijn de huisartsen van de patiënten en weten dus vaak of de patiënt al dan niet rookt. Zij komen tot de vaststelling dat er weinig/geen van de deelnemende patiënten rokers zijn. Dit is dus ook een vorm van healthy user bias. Men concludeert dan ook dat deze vorm van bias aanwezig is.

Withdrawal bias: Uitval tijdens een follow-up project. Dit is manifest aanwezig in dit onderzoek. Bij één van de onderzoekers zijn meer dan dubbel zoveel patiënten gestart met het project als patiënten die de studie volledig hebben doorlopen. De meesten hiervan zijn uitgevallen binnen de zes maanden na opstart van het project. Een gebrek aan motivatie (precontemplatiefase), een moeilijke timing in het leven (maar wel al contemplatiefase in de motivationele cyclus), tijdgebrek en financiële problemen zijn de voornaamste redenen om dit project stop te zetten. Andere patiënten hebben nog niet de termijn van zes maanden opvolging bereikt. Daarom zijn hun resultaten niet opgenomen in de verwerking van de resultaten.

6.1.2.2 Informatiebias

Respons bias: Wanneer bewust een verkeerd antwoord wordt gegeven, bijvoorbeeld omdat men iets niet wil toegeven. Soms kan men eerder antwoorden met een sociaal gewenst antwoord. Deze bias kan aanwezig zijn in alle enquêtes van dit onderzoek. Het werd niet gestandaardiseerd waar of wanneer deze enquêtes werden ingevuld. Soms gebeurt dit in de consultatie van de huisarts zelf, soms in de wachtzaal, soms thuis. De patiënten weten dat hun huisartsen (=de onderzoekers) deze vragenlijsten gaan lezen. Zij kunnen dus een sociaal gewenst antwoord geven, zeker wanneer het gaat over de samenwerking met de huisarts zelf, zoals bijvoorbeeld in deze vraag: "*Heeft u opmerkingen over de opvolging bij uw huisarts? Is er een opvolggesprek geweest bij uw huisarts? Is uw huisarts op de hoogte van hoe de begeleiding bij de andere disciplines loopt?*". De opmerking die hierbij kan gegeven worden is dat de vragenlijsten beter anoniem worden ingevuld. Door het klein aantal deelnemende patiënten per praktijk en om praktische redenen was dit echter niet haalbaar.

6.1.2.3 Confounders

Wanneer men de definitie van de *confounding factors* bekijkt, dan is in deze thesis de 'blootstelling/oorzaak' overgewicht en obesitas, en is het 'resultaat' een betere leefstijl. Mogelijke factoren die dus zowel op de blootstelling als het gevolg een invloed hebben, en dus een verband kunnen aantonen die in werkelijkheid niet bestaat, zijn geslacht (er nemen 75% vrouwen en 25% mannen deel aan dit onderzoek), leeftijd (voornamelijk van jonge – middelbare leeftijd), verschillen in socio-economische klasse (voornamelijk middenklasse), rookstatus (voornamelijk niet-rokers), co-morbiditeiten (vaak geen ernstige comorbiditeiten, weinig comorbiditeit), medicatie zoals anti-depressiva en locatie (stad versus platteland).

6.1.2.4 Korte follow-up

Zes maanden follow-up is een relatief korte periode. Interessant zou zijn de deelnemende patiënten na een jaar of zelfs langer terug te zien en zo te evalueren of deze multidisciplinaire aanpak met de vitaliteitspas een duurzame manier van gezondheidswinst oplevert. Grotere studies met een langetermijnsopvolging zijn hiervoor nodig.

6.1.3 Sterktes van de studie

Uit dit weliswaar kleine pilootproject komen enkele mooie resultaten naar voor. Redenen voor succes (bijvoorbeeld de goede follow up van de huisartsen, de grotendeels sterk gemotiveerde patiënten, ...) moeten enerzijds als bias herkend worden maar anderzijds kunnen deze ook als sterkte van de studie beschouwd worden. Door de goede begeleiding en extra inzet en tijd van de onderzoekers voelen de patiënten zich gesteund en groeide hun motivatie tot gedragsverandering.

Zoals eerder vermeld is het relatief groot aantal deelnemende zorgverleners een sterkte van deze studie. Veertien zorgverleners (waarvan 7 diëtisten, 4 psycholgen en 5 kinesisten) gaven hun feedback en opmerkingen. Een andere sterkte is de variatie in locatie, type praktijkvorm (twee duopraktijken en één groepspraktijk) en zorgverleners. De steekproef werd genomen in drie verschillende regio's en praktijken.

6.2 Multidisciplinaire aanpak

6.2.1 Patiënten

De meeste patiënten zien het nut in van de multidisciplinaire aanpak. Dit is een mooie vaststelling, omdat deze aanpak in de richtlijnen aanbevolen wordt en meest effectief is gebleken in de literatuurstudie. Dat de patiënten hier het nut van inzien, komt mogelijks door een combinatie van kennis die de patiënten reeds hadden voor dit onderzoek en na een motivationeel gesprek door de HAIO's/onderzoekers van dit project. Mogelijks speelt hier dus *respons bias* mee.

De meerderheid van de patiënten (79%) vindt begeleiding door een diëtist nuttig en ziet een doorverwijzing zitten. Het is positief dat zo veel patiënten hiervoor open staan omdat gezonde voeding toch de basis vormt van de leefstijlverandering om overgewicht aan te pakken. Zoals in de literatuur beschreven wordt, is de aanpak van het voedingspatroon van de patiënt essentieel voor het initiële gewichtsverlies. De nieuwe richtlijnen pleiten dat er gefocust moet worden op herstel van gezonde voeding, in plaats van de eerdere focus op diëten. Indien gewichtsafname een doel wordt, kan een caloriearm dieet worden opgestart door de diëtist.

Eveneens wordt in de literatuur beschreven dat de focus niet mag liggen op diëten, wel op gezonde voeding.

Diegenen die dit niet zien zitten, geven voornamelijk tijdgebrek, financiële haalbaarheid en "*Ik denk dat ik me niet aan een dieet kan houden*" als reden op. Zij krijgen dan toch de basis van het dieetadvies mee in de vitaliteitspas, zodat ze toch ook op zichzelf een aanpassing in hun voeding kunnen maken. Oplossingen voor dit tijdgebrek en financiële haalbaarheid worden verder besproken in het visgraatmodel. Denken dat iemand zich niet aan het dieet kan houden, is een vorm van weinig zelfvertrouwen. Via motivationele gespreksvoering kan de huisarts dit zelfvertrouwen proberen versterken. Men stelt vast dat uiteindelijk 96% van de patiënten minstens één keer langsgaat bij de diëtist. Ondanks de mogelijke drempels, zijn bijna alle patiënten op consultatie geweest voor specifiek dieetadvies. Gemiddeld gaat men vijf keer langs bij de diëtist.

Veel minder patiënten (11 van 24 patiënten of 46%) vinden de doorverwijzing naar een psycholoog nuttig in het kader van de behandeling van overgewicht. Ze vermelden niet waarom ze dit al dan niet nuttig vinden, wat hun ideeën hierover zijn. Mogelijks rust er nog steeds een taboe over het bezoeken van een psycholoog, en speelt er hierrond nog stigmatisatie. Uiteindelijk zijn acht patiënten (33%) daadwerkelijk naar een psycholoog geweest. Gemiddeld gaan deze patiënten vier keer langs bij de psycholoog. Men stelt vast dat er tijdens deze sessies niet zozeer op het overgewicht gefocust wordt, maar wel op de belangrijkste psychosociale problemen van de patiënt (bv. problematiek van hyperventilatie, relatieproblemen, laag zelfbeeld, ...). Het aanpakken van deze problemen draagt bij tot het algemeen welzijn.

De personen in deze studie vinden de begeleiding door een kinesist/ bewegingstherapeut in het algemeen dan wel weer nuttig: 83% vindt een doorverwijzing zinvol en 67% van de patiënten wensen ook effectief begeleid te worden. Uiteindelijk stelt men vast dat er slechts 50% effectief naar een kinesist is geweest. Het verschil in deze percentages kent verschillende oorzaken. Opnieuw komen dezelfde redenen als bij de diëtist naar boven: tijdgebrek en weinig zelfvertrouwen (de stap niet durven zetten). Een andere reden is dat men zelf al regelmatig beweegt en hier dus persoonlijk minder de meerwaarde van inziet. Dertien procent vindt een doorverwijzing overbodig.

De patiënten die geen kinesist consulteren voor beweegadvies, kunnen zelf de aanbeveling van beweegadvies nalezen in de vitaliteitspas. Ook is het aangeraden dat de huisarts het belang van beweging bij overgewicht uitlegt. Namelijk dat het bijdraagt tot de stabilisatie van gewicht en dus hervalpreventie en dat het een positief effect heeft op de gezondheid en fitheid, zelfs zonder dat er gewichtsverlies is.

Gemiddeld volgen de patiënten negentien sessies bij de kinesist. Deze frequentie ligt beduidend hoger dan het gemiddeld aantal keer dat men naar een diëtist (vijf sessies) en psycholoog (vier sessies) gaat. Hier bestaan enkele mogelijke verklaringen voor. Eerst is er de wetgeving rond terugbetaling. Elke sessie bij de kinesist wordt voor het grootste deel (16,37€ van 22,26€ en 19,87€ bij personen met een verhoogde tegemoetkoming) terugbetaald, terwijl de terugbetalingen bij de diëtist en psycholoog slechts beperkt zijn en ook variëren van de mutualiteit waarbij de patiënt is aangesloten. Daarnaast kan men met het advies van een diëtist zelf thuis al goed aan de slag en zijn vervolgafspraken vooral nuttig om te kijken wat er goed gaat en wat minder, wat eventueel volgende doelen zijn die men wilt bereiken. Dit komt terug bij de uitspraken van de patiënten dat in het begin begeleiding zinvol is door de diëtist, maar daarna niet meer nodig is. Bij de kinesist kan men dit ook doen, maar is er nog een meerwaarde omdat de patiënten hier zelf onder begeleiding kunnen trainen. Ze doen dus een deel van de behandeling thuis, maar ook een deel onder rechtstreekse begeleiding van de kinesist.

Het verschil tussen welke zorgverleners de patiënten van de verschillende onderzoekers/ HAIO's hebben bezocht is opvallend. De patiënten uit de groepspraktijk gaan gemiddeld naar meer zorgverleners dan de patiënten die naar de duopraktijken gaan. Er is maar één patiënt uit de groepspraktijk die naar één zorgverlener gaat (diëtist), zeven patiënten gaan naar twee zorgverleners (telkens diëtist + kinesist) en twee patiënten worden door de drie zorgverleners begeleid. Bijna iedereen (90%) gaat daar naar de kinesist, terwijl er bij de duopraktijken telkens slechts één patiënt (14%) naar de kinesist gaat. Een mogelijke factor die hierin meespeelt, is de setting: groepspraktijk versus duopraktijk met PO en HAIO. In de groepspraktijk zijn de patiënten misschien al meer gewoon om met verschillende zorgverleners samen te werken. Anderzijds speelt er ook een belangrijke bias mee. In alle praktijken werd uitgelegd dat het de bedoeling was om de drie zorgverleners te consulteren om tot een optimaal effect van de behandeling / gedragsverandering te komen. Het belang van beweging boven dieet, werd tijdens de intake duidelijk uitgelegd, waardoor de patiënten

meer overtuigd waren van het nut van bewegingstherapie. In de groepspraktijk stond men ook open voor deze bewegingstherapie, terwijl men in de duopraktijken zag dat hierdoor de drempel om deel te nemen aan het project enorm verhoogd werd. Een derde factor die meespeelt, is dat er in de dichte omgeving van de groepspraktijk in Haaltert drie evidence-based kinesistenpraktijken zijn. Alle drie zijn ze bezig met het effect van beweging op gezondheid. Twee ervan zijn opgeleid door kinecoach, de derde kinesist is gespecialiseerd in sportkinesitherapie. Ze gebruiken zelf gestandaardiseerde testen als intake bij patiënten en geven oefeningen voor thuis mee. Twee kinesisten hebben een vrij uitgebreid fitnessgedeelte waar de patiënten ook zelfstandig kunnen trainen. De kinesisten waar de twee duopraktijken (met HAIO en PO) mee samenwerkten, waren niet bijzonder gespecialiseerd in bewegingstherapie, waardoor daar de drempel om dit toch op te starten, hoger lag.

In het algemeen zijn de patiënten tevreden / zeer tevreden dat ze hebben deelgenomen. De meeste deelnemers vinden de aanpak individueel afgestemd, leren concrete zaken bij en willen de behandeling bij de zorgverleners verderzetten. Ze vinden de begeleiding een soort stok achter de deur en vinden dat dit motiverend werkt. Ook is men zelf tevreden met de resultaten qua gewicht, vetgehalte en buikomtrek. De focus op gewicht en cijfers komt hier sterk naar voor in tegenstelling tot de aanpak die gepromoot wordt: focus op vitaliteit en gezondheid. Het komt een aantal keer terug in de commentaar dat vooral de opstart bij de zorgverleners nuttig was, en dat men nu de frequentie van opvolging wenst te verminderen. Feedback en verbeterpunten van de patiënten over het project, worden verder uitgewerkt in het visgraatmodel (zie verder bij 7.6 Visgraatmodel).

6.2.2 Hulpverleners

De feedback van de hulpverleners over het multidisciplinair samenwerken is op vier manieren verzameld. Er is een enquête opgestuurd die de hulpverleners thuis konden invullen en terugmailen naar de onderzoekers. Voor het multidisciplinair overleg (MDO), hebben twee onderzoekers een gesprek gevoerd met de aanwezige hulpverleners om eens te luisteren wat hun ervaringen met het project zijn geweest. Na het MDO was er ook een korte enquête om schriftelijke informatie in te winnen. In de enquête over de vitaliteitspas geeft men soms ook opmerkingen met betrekking op het samenwerken zelf.

Een sterkte van dit project is dat de zorgverleners overtuigd zijn van het nut van multidisciplinair samenwerken bij personen met obesitas. Het komt de zorg ten goede. Men erkent elkaars expertise, waarde en competentie. Men is het er unaniem over eens dat een multidisciplinaire aanpak haalbaar is. Er zijn wel nog suggesties om deze aanpak te optimaliseren. Deze suggesties zijn tevens verwerkt in de visgraatanalyse. Men vindt de beknopte samenvatting die men krijgt van de huisarts na de intake van de patiënt zeer nuttig om een behandeling op af te stemmen. Ook werkt de doorverwijzing door de huisarts drempelverlagend om andere zorgverleners te contacteren.

Hun visie op de behandeling van overgewicht is bij de zorgverleners licht veranderd. De diëtisten zien meer het belang van bewegingstherapie in, en zien doorverwijzing naar een kinesist hiervoor zitten. Kinesisten willen meer aandacht vestigen op lange termijn en samen doelen opstellen.

Zwaktes gaan bijvoorbeeld over de manier waarop de samenwerking in dit project is gebeurd. De meningen zijn verdeeld wanneer het gaat over de afstemming van de verschillende zorgverleners op elkaars behandeling. Het komt een aantal keer terug dat er weinig tot geen overleg is gebeurd (behalve met de huisarts), en er daarom ook geen sprake is van samenwerking. Van tegenwerking is er evenmin sprake. De vitaliteitspas werd niet ten volle benut om deze samenwerking te bevorderen.

De interprofessionele relaties tussen de zorgverleners waren niet goed, omdat de meeste zorgverleners elkaar gewoon niet kennen. Het MDO is pas aan het einde van het project gebeurd.

Daar krijgen de zorgverleners de kans om elkaar te leren kennen, ze zien dit als een verrijking. Het kan dus aanbevolen worden aan de start van een multidisciplinair project een kennismakingsmoment vast te leggen.

Er was onduidelijkheid over de frequentie van opvolging bij de huisarts en of het de taak is van de patiënt of huisarts om dit initiatief te nemen. Iemand suggereert om dit sneller en dwingender te doen, eventueel met een afsprakenschema dat van bij het begin vastligt.

Het is voor de patiënt ook moeilijk om aan het begin van het project in te schatten hoeveel dit project zal kosten. Het zou interessant zijn om een kostenraming te maken en dit mee te geven aan geïnteresseerde patiënten.

6.2.3 Multidisciplinair overleg

Indien het overleg in de toekomst opnieuw georganiseerd zou worden, geven de zorgverleners aan dat ze terug zouden deelnemen. Tegen dan zouden wij bij SEL Aalst wel aandringen om de zorgverleners een financiële vergoeding te schenken voor de tijd die ze vrijmaken voor het overleg. Deze schikking is niet in orde geraakt tegen de datum van het huidige overleg.

Men vindt het overleg een meerwaarde voor de zorg van de patiënt en voor de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. Een aantal zorgverleners kenden elkaar voordien niet, dus dient dit MDO ook als kennismaking met elkaar en elkaars ideeën.

Het MDO duurt te lang, daarom suggereert een zorgverlener om dit enkel voor risicopatiënten te doen en tussendoor ook eens per mail te overleggen. Ideaal zou zijn om dit minstens één à twee keer per jaar te organiseren.

6.3 Vitaliteitspas

Door middel van verschillende enquêtes werd gepeild naar wat zowel patiënten als hulpverleners vonden van de vitaliteitspas. Dit komt ook verder nog aan bod in het visgraatmodel.

6.3.1 Patiënten

De sterktes van de vitaliteitspas zijn dat hij goed verstaanbaar is en er voldoende informatie in staat en bij 75% van de patiënten ook de motivatie verbetert. De meningen van de patiënten zijn verdeeld als het gaat over of het mogelijk is om feedback te krijgen en te geven van en aan de zorgverleners. De zwaktes zijn dat het een papieren versie is, een online tool zou praktischer zijn.

Bij de interpretatie van deze resultaten, moet men rekening houden met een mogelijks sterk aanwezige *responder bias*.

6.3.2 Hulpverleners

6.3.2.1 Inhoudelijk

De algemene trend is dat de zorgverleners de vitaliteitspas een nuttig instrument vinden, voldoende uitgebreid, inhoudelijk correct en verstaanbaar voor de patiënt.

De diëtisten maken inhoudelijk enkele terechte bedenkingen, zie tabel 15 en hoofdstuk 6.3.1.8 (Algemene indruk? Feedback?).

Een diëtiste vindt dat de pas bondiger moet, dat er te veel info in staat en dat patiënten het daarom niet lezen. Het concept van de vitaliteitspas zou beter moeten uitgelegd worden aan de patiënten, en men zou deze ook meer moeten motiveren om dit boekje te gebruiken. Dan zou dit een groter succesverhaal kunnen worden.

De andere opmerkingen komen overeen met wat gekend is in de literatuur. Het is aangenaam om zien dat de verschillende zorgverleners dus op de hoogte zijn van de huidige evidentie rond overgewicht en obesitas. Eén van de opmerkingen is bijvoorbeeld dat er nog meer de nadruk mag gelegd worden dat een combinatie van levensstijlveranderingen (dieet, beweging én gedrag) effectiever zijn dan wanneer men de focus maar op één aspect legt. Een andere zorgverlener zegt dan weer dat het goed is dat men de drie aspecten erin combineert. Zo krijgt de patiënt ook meer inzicht in het multidisciplinaire karakter van overgewicht.

Uiteindelijk is het de patiënt zelf die 'de klus moet klaren'. De zorgverleners kunnen enkel bijstaan met praktische *tips and trics* en motivationele gespreksvoering. De vitaliteitspas ondersteunt de patiënt met voldoende bruikbare informatie over het hoe en waarom. Er mag meer nadruk gelegd worden op het feit dat overleg tussen de zorgverleners mogelijk is, waardoor er minder overlap is in de behandeling. Wat volgens één van de psychologen ontbreekt in de vitaliteitspas, is wat meer info over het belang van kerngedachten over zichzelf en anderen en de impact op het gedrag (de 4 G's).

6.3.2.2 Overzichtelijk

Vijvenzeventig procent van de zorgverleners vindt de vitaliteitspas overzichtelijk. Men moet rekening houden met een mogelijke *responder bias*. Eén van de zorgverleners die hiermee niet akkoord is, vindt dat de opmaak verbeterd kan worden als men de tekst inkort, eventueel tabellen toevoegt en wanneer men als zorgverlener meer plaats krijgt om te noteren. Een kinesist stelt voor om een sectie toe te voegen waar de patiënt kan noteren welke oefeningen ze die week gedaan hebben, hoe lang en hoe frequent. Drie zorgverleners maken de suggestie om een kleiner en compacter formaat te gebruiken in plaats van het huidige A4-formaat. Ook wordt een aantal keer voorgesteld om de vitaliteitspas te transformeren naar een online tool, een digitale versie. Zie verder bij 7.6 Visgraatmodel.

6.4 Biopsychosociale einddoelen

Op lichamelijk vlak (voedingsgewoonten, activiteitsniveau, lichamelijke gezondheid), tonen de resultaten dat men na zes maanden meer tevreden is. De lichamelijke vooruitgang is opvallend meer verbeterd wanneer men begeleid wordt door een kinesist dan wanneer men dit niet doet. De psychologische begeleiding zorgt ook voor een extra winst, maar in mindere mate dan de bewegingstherapie. Dezelfde trend, zij het minder sterk, wordt ook gezien op vlak van de psychische gezondheid (gemoed, zelfbeeld, zelfwaardering, tevredenheid met uiterlijk, seksualiteit). Alle deelnemers scoren iets beter, maar de winst is meer uitgesproken wanneer men een psycholoog heeft bezocht, en nog beter wanneer men naar de kinesist is geweest. Dit komt ook overeen met de literatuur, die zegt dat beweging een positief effect heeft op de fysieke gezondheid, het algemeen welbevinden en de gemoedstoestand.

Deze verschillen in resultaten tussen de geconsulteerde zorgverleners moeten echter gerelativeerd worden wegens de kleine studiepopulatie. Mogelijks is het puur toeval dat de patiënten die door de kinesist begeleid werden een betere vooruitgang op lichamelijke en psychische tevredenheid boekten. Elke discipline kreeg een gebiased publiek (de psycholoog misschien de meest hardnekkige persoonlijkheidsstoornissen, de kinesist de meest sportief gemotiveerden enz.)

De sociale tevredenheid gaat over de relaties met familie, vrienden, collega's. Deze is licht verbeterd, maar de stijging is weinig relevant. Wellicht speelt de korte follow-up van zes maanden hierin mee.

6.5 Klinische parameters

Voor en na het project worden volgende waarden opgemeten: het gewicht, de BMI, de bloeddruk, de nuchtere glycemie, HbA1c en de ratio HDL cholesterol / totaal cholesterol.

6.5.1 Gewicht, BMI, buikomtrek

De focus in dit onderzoek is niet gericht op gewichtsverlies, zoals eerder besproken in de literatuurstudie, maar deze parameters zijn wel als secundaire uitkomst onderzocht. Het gemiddelde gewicht is gedaald van 100,5 kg naar 95 kg, de BMI van 35,4 naar 33,7. Dit suggereert dat dit project effectief is geweest wat betreft gewichtsverlies. Er is dus gemiddeld per maand ongeveer 1 kg gewicht verloren, bijna 5% gewichtsverlies op zes maanden tijd, wat een aanbevolen en realistische progressie is. De buikomtrek, een andere indicator voor gezondheid, is gezakt van gemiddeld 109 cm naar 104,1 cm (4% verlies).

Er is onderzocht of er een verschil in gewichtsverlies is als men al dan niet begeleid wordt door een psycholoog of kinesist. De resultaten suggereren dat wanneer men door een psycholoog begeleid wordt, men gemiddeld minder gewicht verliest: 3,6 kg versus 6,1 kg gewichtsverlies als men respectievelijk wel en niet door een psycholoog begeleid wordt. Vermoedelijk is dit resultaat niet klinisch relevant door het lage aantal geïncludeerde patiënten. Een mogelijke verklaring van dit verschil is een psychologische problematiek / comorbiditeit als *confounding factor.* Personen die psychologische problemen hebben, gaan meer openstaan voor psychologische begeleiding in de multidisciplinaire aanpak. Tijdens deze behandeling zal men in eerste instantie proberen te komen tot een beter psychisch welzijn en wordt het gewichtsverlies op zich vaker wat uitgesteld. Uiteraard wordt dan wel al gewerkt aan een gezonder voedingspatroon en gestreefd naar gewichtsstabilisatie. Een andere confounding factor is het gebruik van antidepressiva. Deze hebben soms (en in dit onderzoek: bij twee deelnemende patiënten) gewichtstoename als bijwerking.

De resultaten suggereren wel dat er meer gewichtsverlies is wanneer men zich door een kinesist laat begeleiden dan wanneer men dat niet doet. Men verliest respectievelijk gemiddeld 7,8 kg en 3,3 kg. In de literatuur is aangetoond dat dieet verantwoordelijk is voor het initiële gewichtsverlies en fysieke activiteit ervoor zorgt dat de kilo's er niet opnieuw bijkomen. In dit onderzoek is dit aspect niet onderzocht. Andere verklaringen zijn dat wanneer men meer beweegt, men ook meer calorieën verbrandt. Bovendien is aangetoond dat weerstandstraining ervoor zorgt dat het basaal metabolisme verhoogt, waardoor men opnieuw meer calorieën verbrandt (22-24).

Als men dit resultaat samenlegt met de eerdere vaststelling dat men gemiddeld negentien sessies bij een kinesist doet, dan kan ook een betere therapietrouw een mogelijke verklaring zijn. Patiënten zien de begeleiding immers als een 'stok achter de deur'. Meer fysieke activiteit leidt tot een beter gevoel van fitheid, wat de motivatie en therapietrouw opnieuw zal bevorderen. Dit is in tegenstelling tot wanneer men enkel dieet en het cijfer op de weegschaal als belangrijkste motivator gebruikt. Dit is geen langdurige noch stabiele bron van motivatie.

Ook zijn het voornamelijk patiënten die openstaan voor fysieke activiteit die naar de kinesist gaan, maar die dus ook mogelijks intrinsiek meer gemotiveerd zijn om hun levensstijl te veranderen. Dit is eveneens een *confounding factor*.

De resultaten op BMI en buikomtrek lopen in dezelfde lijn, met dezelfde mogelijke verklaringen.

Het gewicht, BMI en de buikomtrek liggen na afloop van de studie nog steeds niet in de aanbevolen range. Toch is aangetoond dat een gewichtsverlies van 5% al positieve effecten heeft op de gezondheid, net als een gezonde(re) levensstijl op zich. Zie hierbij ook de eerder besproken EOSS schaal, waarbij men ook 'dik én gezond' kan zijn.

6.5.2 Bloeddruk, cholesterol, glycemie, HbA1c

Bij al deze cardiovasculaire risicofactoren liggen de metingen bij het begin van het onderzoek gemiddeld binnen de referentiewaarden. Er is geen significant verschil bij de metingen na zes maanden. Dit is klinisch evenmin relevant. Er zijn in het verleden verschillende studies gebeurd die het positief effect van gewichtsverlies en levensstijlveranderingen op deze risicofactoren statistisch aantonen. Het patiëntenaantal in dit onderzoek is te klein om bepaalde zaken aan te tonen en conclusies te trekken.

6.6 Visgraatmodel: aan de slag met de feedback van patiënten en hulpverleners

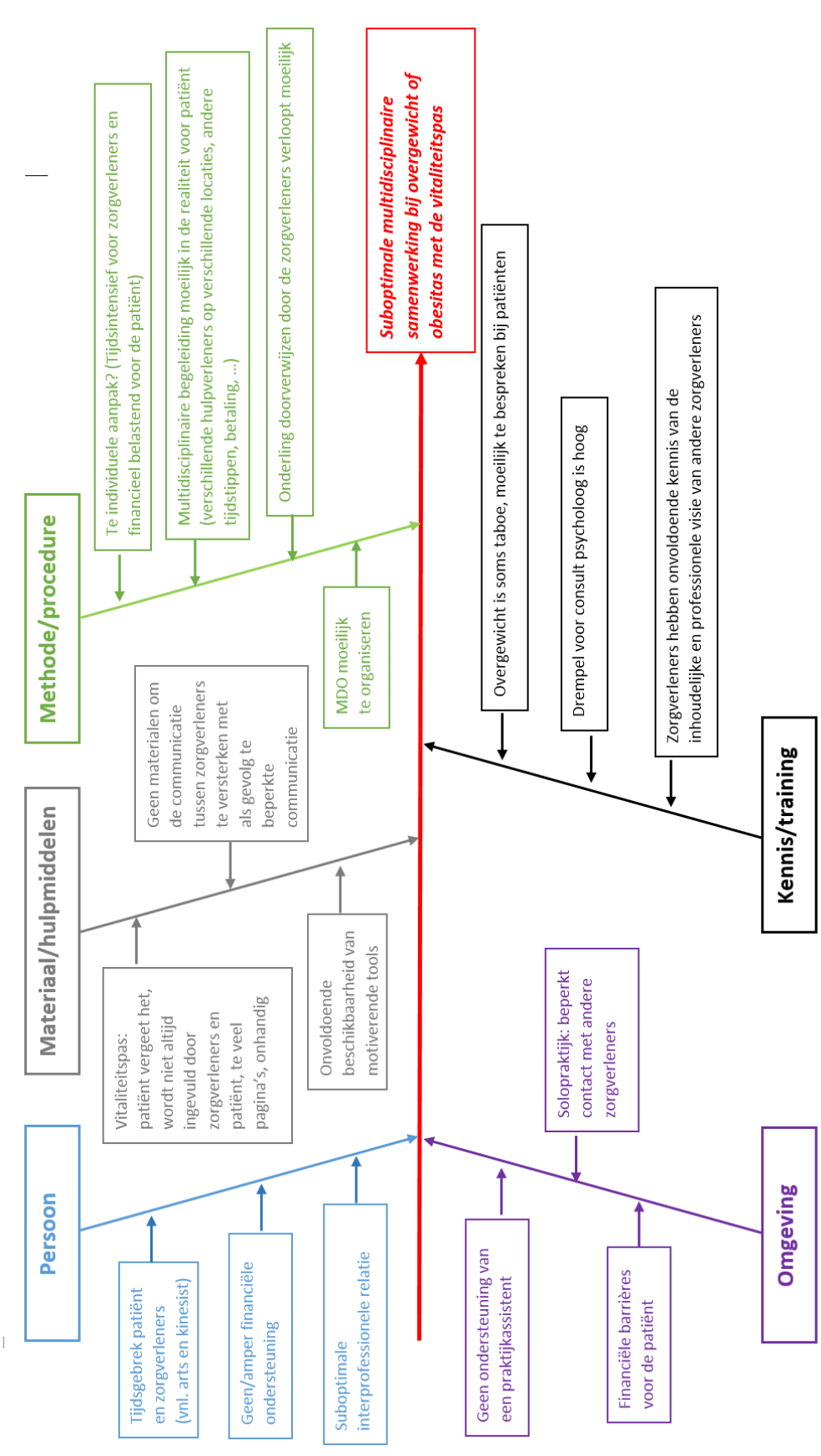
Een visgraatmodel is een oorzaak-gevolg-diagram. Hiermee worden de oorzaken van een kwaliteitsprobleem ordelijk gerangschikt. In onderstaand visgraatmodel worden de moeilijkheden binnen dit masterproject samengevat. Hierbij worden de resultaten van de vragenlijsten van zowel de patiënten en de zorgverleners, de feedback tijdens het MDO en de reflecties van de betrokken HAIO's in rekening gebracht (zie figuur 25: Visgraatmodel). Het voordeel van deze visgraat-analyse is dat er breed gekeken wordt naar mogelijke hinderpalen binnen de multidisciplinaire samenwerking voor obesitas of overgewicht met behulp van de vitaliteitspas. Op basis van deze analyse worden suggesties aangeboden om de bestaande situatie te verbeteren.

6.6.1 Visgraatmodel

Aan de rechterkant -de kop van de vis- staat het probleem, het 'gevolg'. Aan de linkerkant -de graten van de vis- staan de oorzaken. Deze oorzaken worden in een aantal groepen ingedeeld:

- Persoon: oorzaken waaraan het menselijk handelen ten grondslag ligt
- Materiaal/hulpmiddelen: oorzaken gelegen in gebruikte materialen, hulpmiddelen of gereedschappen
- Methode/procedures: oorzaken gelegen in de werkmethode of de procedures
- Omgeving: oorzaken die liggen aan de omgeving
- Kennis en training: oorzaken die liggen aan het gebrek aan kennis of informatie(25).

Figuur 25: Visgraatmodel



6.6.2 Oplossingen

Aan de hand van het visgraatmodel worden knelpunten binnen het masterproject geanalyseerd. Hieronder volgen haalbare potentiële oplossingen voor de belangrijkste oorzaken uit het visgraatmodel.

6.6.2.1 Tijdsgebrek

A. Cursus timemanagement

Tijdsgebrek is een vaak gerapporteerde reden waarom de behandeling of begeleiding niet optimaal verloopt. Uiteraard kan men niet meer uren creëren in een dag. Tips en tricks rond timemanagement zouden nuttig zijn voor zowel patiënten als zorgverleners, indien nodig aangevuld door een cursus timemanagement. Zo kan men beter de tijdsbesteding controleren. Inzichten en vaardigheden worden aangewend om de tijd efficiënt te beheren.

B. Multidisciplinaire groepsprakijken

In de literatuurstudie werd reeds beschreven dat multidisciplinaire groepspraktijken verschillende voordelen met zich meebrengen. Enkele patiënten noteren in de enquête dat het groeperen van zorgverleners in dezelfde praktijk praktische voordelen heeft. Een praktijkassistent kan zorgen voor ondersteuning bij de behandeling van overgewicht en obesitas (zie verder bij 7.6.2.5 Praktijkorganisatie).

C. Thuisopdrachten

De zorgverleners kunnen thuisopdrachten aan de patiënten meegeven. Zo kan de patiënt ook thuis efficiënt zijn begeleiding verderzetten (bijvoorbeeld voedingsdagboek onder begeleiding van de diëtist, fitness oefeningen geadviseerd door de kinesist,…). Dit gebeurt al, maar kan veralgemeend worden.

D. Obesitasraadpleging

De zorgverleners zouden een “obesitas raadpleging” kunnen organiseren in de praktijk. Zo kunnen ze op bepaalde georganiseerde momenten met de patiënten met overgewicht of obesitas afspraken maken.

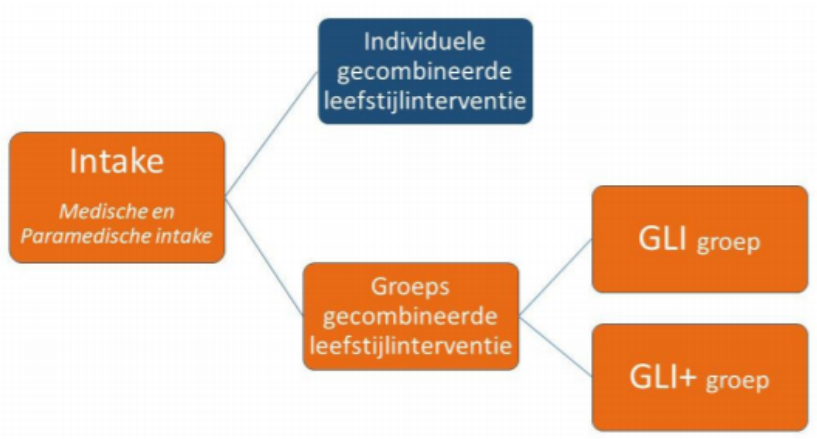
6.6.2.2 Geen/beperkte financiële ondersteuning

Om de financiële drempel weg te werken, is het nodig dat er op beleidsniveau beslissingen worden genomen die ervoor zorgen dat de verschillende disciplines beter gefinancierd worden. Voornamelijk diëtiek en psychotherapie wordt nog onvoldoende terugbetaald. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om ervoor te zorgen dat het beleid en de acties de obesogene samenleving aanpakken en om begeleiding en ondersteuning te bieden. Financiële voordelen voor de patiënt, alsook extra vergoedingen voor de zorgverleners, zijn een must.

Daarnaast zou het interessant zijn om te evolueren naar een totaalpakket, zodat de patiënt op voorhand de kosten kan inschatten. Uit literatuuronderzoek blijkt dat de individuele, persoonsgerichte behandeling van overgewicht of obesitas belangrijk is. Maar het groeperen van patiënten en bijvoorbeeld het organiseren van groepssessies voedingsadvies en bewegingstherapie kan anderzijds interessant zijn om de zorg betaalbaarder te maken. Verschillende mutualiteiten springen al op deze kar door bijvoorbeeld gedeeltelijke terugbetaling van een fintnessabonnement aan te bieden of betalen nu ook stappentellers terug.

Op de site van Eetexpert.be vzw is er een verwijzing naar de zorgstandaard Obesitas van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). Deze beschrijft als eerste keus voor behandeling een

gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) bestaande uit het verbeteren van het voedingspatroon en normaliseren van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering. De werkgroep stelt vast dat de zorg voor deze doelgroep, en de financiering hiervan, onvoldoende plaatsvindt en versnippert. Daarom hebben de PON partners gezamenlijk een concrete uitwerking van de GLI en GLI+ voor volwassenen met respectievelijk sterk of extreem verhoogd gewichtsgerelateerde gezondheidsrisico (GGR) in groepsvorm geschreven (Figuur 26: Gecombineerde groepsbehandelingen, aanbevolen door het PON (oranje)). Het PON beveelt deze groepsbehandeling en de financiering hiervan aan. Het PON realiseert zich dat een deel van de patiënten met overgewicht of obesitas die zorg nodig hebben, niet voor deze groepsbehandeling in aanmerking komen. De werkgroep verwacht echter dat het grootste gedeelte van de mensen met een sterk tot extreem verhoogd gezondheidsrisico in aanmerking komt voor de behandeling.



Figuur 26: Gecombineerde groepsbehandelingen, aanbevolen door het PON (oranje)

De behandeling richt zich primair op verandering van het gedrag van de deelnemers met de focus op zelfzorg. Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat mensen na voltooiing van het programma met minimale ondersteuning het bereikte resultaat kunnen onderhouden dan wel versterken. Deze groepsbehandeling betreft een complete interventie die niet gefragmenteerd aangeboden dient te worden. Op dit moment zijn niet alle onderdelen van dit programma verzekerd via de zorgverzekeringswet. Dit levert in de uitvoering van dit programma problemen op. Daarom pleit het PON om uitvoeringstechnische redenen dat het volledige programma vergoed wordt via de zorgverzekeringswet.
Dit programma is gekoppeld aan wetenschappelijk onderzoek, waardoor naar verwachting vanaf 2018 voldoende gegevens beschikbaar zijn om definitieve en uitgebreidere conclusies te trekken. (Bron: http://www.partnerschapovergewicht.nl/).

Ook financiële vergoedingen voor multidisciplinair overleg zijn noodzakelijk om de zorgverleners tot meer multidisciplinair samenwerken te stimuleren.

6.6.2.3 Vitaliteitspas

De papieren versie van de vitaliteitspas zou naar de toekomst toe compacter moeten zijn: kleiner formaat, meer structuur, meer schematisch (eventueel een stappenplan) en er zou meer ruimte beschikbaar moeten zijn voor feedback van zowel de patiënt als de zorgverleners. Uit de vragenlijsten werden ook inhoudelijke aanvullingen besproken. Om het werkboekje goed te gebruiken, moet de patiënt meermaals door de zorgverleners gemotiveerd worden over het nut en het doel van het vitaliteitspas. Het werkboekje ondersteunt de behandeling, maar de

verantwoordelijkheid ligt bij de patiënt. Misschien is hierin ook een rol voor een praktijkassistent weggelegd?

Tot slot zou een digitale versie nog handiger en efficiënter zijn. Tijdens het MDO en ook in de enquêtes van de zorgverleners en patiënten werd een aantal keer het gebruik van een online tool voorgesteld, een online platform waarin zowel de patiënt als de zorgverleners kunnen inloggen en communiceren. Via een prikbord kunnen motiverende commentaren gepost worden. Via deze site kunnen ook parameters bijgehouden worden. De gegevens zouden dan zelfs automatisch kunnen gekoppeld worden aan het electronisch medisch dossier (EMD). Andere motiverende tools zijn een app voor de smartphone, een stappenteller,... Bij het aanbieden van deze opties zal uiteraard goed afgesproken moeten worden met de patiënt en de verschillende zorgverleners wie deze parameters bekijkt en op welke manier ze worden opgevolgd. Dit moet gebeuren met de nodige aandacht voor de privacy wetgeving en met respect voor het beroepsgeheim.

6.6.2.4 Communicatie en samenwerking tussen de zorgverleners

Er kan gesteld worden dat een MDO een meerwaarde is om de kwaliteit van de chronische obesitaszorg. Het is niet evident geweest om het MDO te organiseren gezien er geen maatschappelijke, politieke en financiële ondersteuning is voor een MDO voor obesitas of overgewicht. Er was ook geen ondersteuning mogelijk vanuit de organisatie voor Samenwerkingsinitiatief in de Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL).

Om een doelmatig MDO mogelijk te maken dient dit ondersteund te worden door grotere instanties. Een MDO kan verwezenlijkt worden door middel van specifieke zorgpaden, ondersteunende infrastructuur, een vergoeding voor de deelnemende zorgverleners en politieke ondersteuning.

Daarnaast is er nood aan efficiënte communicatiemiddelen en volgende oplossingen werden voorgesteld: het uitwerken van een "feedback"-luik in de vitaliteitspas of een zorgverlenersluik in de online tool, verslagen doorsturen via medische programma's of mail, samenwerkingsovereenkomsten, multidisciplinaire praktijken met gemeenschappelijke overlegmomenten,...

6.6.2.5 Praktijkorganisatie

Een multidisciplinaire praktijk biedt verschillende voordelen. Er staan reeds projecten rond overgewicht en obesitas in de kinderschoenen maar deze moeten verder uitgewerkt worden. De meeste wijkgezondheidscentra zijn multidisciplinaire praktijken.

Een praktijkassistent zou bij de consultaties van de huisarts een ondersteunende functie kunnen vervullen. Zo zou deze de andere zorgverleners kunnen bijstaan door de patiënt educatie te geven rond het gebruik van de vitaliteitspas, bepaalde technische handelingen te doen (gewicht, lengte, BMI, bloeddruk meten, bloedafnames,..), gezondheidsvoorlichting, afspraken organiseren bij de verschillende zorgverleners met de patiënt, gezondheidsvoorlichting geven,..

6.6.2.6 Taboe overgewicht

Via communicatietraining worden de zorgverleners getraind gevoelige thema's te bespreken. Het kan immers lastig zijn om als zorgverlener een patiënt bewust te maken van zijn overgewicht en de gezondheidsrisico’s die ermee gepaard gaan. Via folders, affiches en maatschappelijke campagnes worden de patiënten laagdrempelig geïnformeerd over de gezondheidsrisico's van overgewicht en obesitas. Ook rust er nog een taboe op eetstoornissen. Dit moet bespreekbaar gemaakt worden tijdens de anamnese in het kader van een obesitasconsultatie. Ondoordachte anti-obesitasboodschappen kunnen bijdragen tot een ongewenste preoccupatie met voeding, gewicht en lichaamsvormen, ongezonde dieetpraktijken aanwakkeren en het risico op eetstoornissen verhogen.

Communiceren over voeding, beweging en gewicht moet daarom zorgvuldig gebeuren om zowel overgewicht als eetstoornissen te voorkomen. Het is belangrijk om als zorgverlener voldoende stil te staan bij hoe bepaalde boodschappen overgebracht worden en beeldmateriaal wordt ingezet. Mensen begeleiden naar een duurzame gedragsverandering vraagt eveneens bijzondere aandacht. Een artikel van Debray L. en Vandeputte A. geeft praktijkgerichte tips voor gezondheidswerkers waar ook de media uit kunnen leren (26).

6.6.2.7 Drempel om contact op te nemen met zorgverleners

Om de drempel tot het contact met de psycholoog te verlagen kunnen er eventueel korte ontmoetingsmomenten georganiseerd worden. Een psycholoog in de praktijk is hierbij een meerwaarde om de drempel naar doorverwijzing te verlagen.

6.6.2.8 Kennis van de professionele visie van de andere zorgverleners

Zorgverleners vermelden dat het belangrijk is kennis te hebben van elkaars professionele visie op de behandeling van overgewicht en obesitas. Via een MDO komen de zorgverleners met elkaar in contact. Verslagen kunnen uitgewisseld worden via een online platform. Verdere communicatie kan versterkt worden via korte telefoongesprekken en informele contactmomenten.

De zorgverleners kunnen hun expertise over de behandeling van eetproblemen op elkaar afstemmen aan de hand van de draaiboeken, de studiedagen en de E-learning van Eetexpert.be vzw. Eetexpert.be vzw organiseert coaching projecten voor eerstelijnsnetwerken bij het multidisciplinair samenwerken rond detectie en vroegbegeleiding van eet- en gewichtsproblemen. Hoewel er al duidelijke draaiboeken zijn ontwikkeld door Eetexpert.be vzw de afgelopen jaren, vraagt multidisciplinair samenwerken vaak extra ondersteuning.

6.7 Persoonlijke lessen van de onderzoekers

Dit project heeft ons heel wat ervaring bijgebracht in de multidisciplinaire behandeling van overgewicht en obesitas als huisarts. Het is een complexe maar boeiende aandoening met veel comorbiditeiten. Het belang van een goede aanpak, maar ook zeker de preventie ervan, zal naar de toekomst toe enkel toenemen. Als jonge huisartsen vinden we het dan ook zeer belangrijk het beleid bij deze problematiek goed te kennen en te kunnen toepassen. Een voorrecht als huisarts is de band de die je opbouwt met patiënten, de laagdrempeligheid en de continuïteit van onze zorg naar hen toe. We moeten streven naar het herkennen van signalen van eet- en/of gewichtsproblemen in een vroeg stadium en hierop inpikken. De grootste uitdaging blijft om de patiënt erover aan te spreken zonder hierbij stigmatiserend over te komen. Ook de motivatie inschatten van een obese patiënt is niet gemakkelijk maar uiterst belangrijk om tot een succesvol behandelplan te komen. Deze thesis zet ons aan om onze motivationele gesprekstechnieken verder bij te schaven. Geen enkele patiënt is gelijk en een individueel afgestemde aanpak met haalbare, gezamenlijk opgestelde doelstellingen moet worden vooropgesteld.

Dit project leert ons ook enorm veel bij over de samenwerking met andere zorgverleners. Met het veranderende gezondheidslandschap waarbij de eerste lijn steeds dieper en breder wordt uitgewerkt, zullen wij als huisartsen de taak van zorgcoördinator en manager op ons moeten nemen. Wat sterk naar voor komt in de resultaten is de steun die de patiënten ervaren door een goede opvolging en begleiding door hun huisarts. We mogen hierbij een leidende rol aannemen zonder de autonomie van de patiënt uit het oog te verliezen. De zorgverleners halen het meerdere keren aan in hun feedback en tijdens het MDO; de verantwoordelijkheid ligt bij de patiënt zelf. Voor een goede,

deskundige begeleidig kunnen ze bij verschillende zorgverleners terecht, waarbij hun huisarts de rol als coördinator en medisch expert op zich neemt.

Het project confronteert ons ook met de hiaten van het beleid van de overheid. Het implementeren van goedkope levenshygiënische maatregelen is even effectief als medicatie bij de preventie en behandeling van cardiovasculaire aandoeningen en de algemene levenskwaliteit. De mogelijkheden van een 'zachte' maar duurzame aanpak van deze aandoeningen die een belangrijke hypotheek werpen op de volksgezondheid, zijn in België sterk onderbenut. Er is meer logistieke en budgettaire ondersteuning wenselijk. Daarom doen wij graag een warme oproep naar de Minister van Volkgezondheid Maggie De Block om meer in te zetten op deze preventie, door bijvoorbeeld de terugbetaling van diëtiek en psychologie te verhogen, sporten goedkoper te maken en in te zetten op multidisciplinaire samenwerkingsprojecten.

7 Besluit

De nationale en internationale richtlijnen bevelen aan dat overgewicht en obesitas in de eerste lijn multidisciplinair worden aangepakt met de huisarts als coördinator en medisch expert. In de praktijk ontbreekt hiervoor de nodige ondersteuning en organisatie. Met dit project proberen wij hierin een houvast te bieden, met het ontwikkelen van een multidisciplinair samenwerkingsproject en de vitaliteitspas.

Patiënten en zorgverleners ervaren de multidisciplinaire aanpak met de vitaliteitspas als een meerwaarde bij de aanpak van overgewicht en obesitas. De resultaten tonen na zes maanden een gemiddelde vooruitgang in de biopsychosociale tevredenheid en een gemiddeld gewichtsverlies van bijna vijf procent. Het multidisciplinair overleg wordt als zeer waardevol ervaren door de zorgverleners. Het belang van begeleiding en opvolging op de drie domeinen (voeding-psychosociaal-beweging) waarbij de focus niet ligt op gewicht maar wel op de winst op de biopsychosociale tevredenheid moet meer erkend worden. Men streeft dus naar een betere gezondheid, fysieke fitheid, psychisch en sociaal welbevinden en niet naar gewichtsverlies op zich.

De resultaten zijn veelbelovend maar moeten met voorzichtigheid gïnterpreteerd worden wegens de kleine studiepopulatie. Het is alleszins de aanzet naar grotere studies met een follow-up op langere termijn. Dit zou sterkere resultaten kunnen leveren.

Een georganiseerd zorgtraject met meer logistieke en budgettaire ondersteuning is wenselijk. Een online tool van de vitaliteitspas zou een stap vooruit zijn in een betere multidisciplinaire samenwerking, waarbij multidisciplinair overleg tevens sterk aanbevolen wordt.

Dit project leert ons veel bij over multidisciplinair samenwerken, overgewicht en obesitas. Wij zijn gemotiveerd om in de toekomst verder multidisciplinair samen te werken in de eerste lijn om verder de begeleiding van onze patiënten met overgewicht te optimaliseren.

8 Referenties

1. Van Royen P, Bastiaens H, D'hondt A, Provoost C, Van Der Borght W. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. EBM Practice Net. 2006 -april 2011.
2. Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Draaiboek voor huisartsen. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via vzw Eetexpert.be). Eetexpert. 2013.
3. Van Royen P, Bastiaens H, D'hondt A, Provoost C, Van Der Borght W. Domus Medica. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Gevalideerd door CEBAM onder het nummer 2006/01. Huisarts Nu. april 2006;35(3).
4. Watson H. Evaluating the Risk of Harm of Weight-Related Public Messages. National Eating Disorders Collaboration. 2011.
5. J.J. VB, F.N.M. L, A.L.M. D, M.M. VH, R. G, G.A. C, et al. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts & Wetenschap. 2010;53(11):609-25.
6. Montesi L, El Ghoch M, Brodosi L, Calugi S, Marchesini G, Dalle Grave R. Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach. Diabetes Metab Syndr Obes. 2016;9:37-46.
7. Van Royen P. Interprofessionele samenwerking, transmurale en interdisciplinaire zorg. Bijblijven. March 2009;25(3):31-6.
8. Metsu M, Vandeputte A, De Cort P. Wat is de meerwaarde van het draaiboek “Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas” van vzw Eetexpert.be? . Masterproef ikv de opleiding Master of Family Medicine. 2015.
9. Aanbevelingen voor het werk van psychologen in een obesitasteam. Een uitgave van vzw Eetexpert.be (www.eetexpert.be). Eetexpert. 2011.
10. Derksen RE, Brink-Melis WJ, Westerman MJ, ten Dam JJM, Seidell JC, Visscher TLS. A local consensus process making use of focus groups to enhance the implementation of a national integrated health care standard on obesity care. Fam Pract. 2012;29:i177-i84.
11. Rumball-Smith J, Wodchis WP, Kone A, Kenealy T, Barnsley J, Ashton T. Under the same roof: co-location of practitioners within primary care is associated with specialized chronic care management. BMC Fam Pract. 2014;15:149.
12. Rutherford J, McArthur M. A qualitative account of the factors affecting team-learning in primary care. Education for Primary Care. 2004;15:352-60.
13. Molyneux J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? J Interprof Care. 2001;15(1):29-35.
14. Cook G, Gerrish K, Clarke C. Decision-making in teams: issues arising from two UK evaluations. J Interprof Care. 2001;15(2):141-51.
15. Rice G, Ingram J, Mizan J. Enhancing a primary care environment: a case study of effects on patients and staff in a single general practice. Br J Gen Pract. 2008;58(552):465-70.
16. Nouwen L, Van de Vloed O, De Cort P. Aanpak van obesitas bij volwassenen in de eerstelijn: implementatieonderzoek van een stappenplan. Masterproef ikv de opleiding Master of Family Medicine. 2013.
17. Slenders M, De Cort P. Aanloop naar een zorgtraject overgewicht en obesitas: evaluatie van een intakeformulier. Masterproef ikv de opleiding Master of Family Medicine. 2015.
18. Ik wil gezond gaan eten om mijn overgewicht aan te pakken. thuisartsnl. 2015.
19. Ik wil meer bewegen om mijn overgewicht aan te pakken. Thuisartsnl. 2011.
20. Moerenhout T, Devroey D, Schol S. Zin en onzin van folders in de wachtzaal: wat vindt de patiënt? Masterthesis ikv de opleiding Master of Family Medicine. 2009.
21. Barzeele J, De Mûelenaere A, Provoost S, Goedhuys J. Kwalitatieve informatieverstrekking in de wachtzaal: het verhaal van de praktijkkrantjes Haio. Masterthesis ikv de opleiding Master of Family Medicine. 2010.

22. Kraemer WJ, Adams K, Cafarelli E, Dudley GA, Dooly C, Feigenbaum MS, et al. American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. Med Sci Sports Exerc. 2002;34(2):364-80.
23. Willis LH, Slentz CA, Bateman LA, Shields AT, Piner LW, Bales CW, et al. Effects of aerobic and/or resistance training on body mass and fat mass in overweight or obese adults. J Appl Physiol (1985). 2012;113(12):1831-7.
24. Winett RA, Carpinelli RN. Potential health-related benefits of resistance training. Prev Med. 2001;33(5):503-13.
25. Visgraatdiagram: oorzaak en gevolg in kaart brengen. In voor zorg. 2012.
26. Debray L, Vandeputte A. Communiceren over gewicht en leefstijl. Tips ter preventie van overgewicht én eetstoornissen. Nutrinews. 2013;4:3-7.

9 Bijlagen

Inhoudstafel

1. Bijlage 1: Goedgekeurd protocol en gunstig advies ethische commissie
2. Bijlage 2: Informatieformulier voor de proefpersonen en Formulier voor schriftelijke toestemming
3. Bijlage 3: Vitaliteitspas
4. Bijlage 4: EOSS-score
5. Bijlage 5: Folder
6. Bijlage 6: Poster
7. Bijlage 7: Vragenlijst biopsychosociale tevredenheid
8. Bijlage 8: Enquête na het intakeconsult
9. Bijlage 9: Enquête patiënten na zes maanden
10. Bijlage 10: Enquête zorgverleners na zes maanden
11. Bijlage 11: Enquête zorgverleners na het MDO
12. Bijlage 12: Berekeningen significantie resultaten patiënten

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol en gunstig advies ethische commissie

Goedgekeurd protocol

Deze masterproef gebeurt in samenwerking met 2 andere huisartsen in opleiding uit verschillende praktijken in Oost-Vlaanderen. Het eerste deel van onze studie bestaat uit het ontwerpen van een intake formulier bij patiënten met overgewicht en obesitas, welke gebruiksvriendelijk en praktisch is. Dit formulier zou gebaseerd zijn op het draaiboek van eetexpert en binnen 7 minuten toepasbaar in de huisartspraktijk. Dit intake formulier zal toegepast worden op telkens 15 tot 20 patiënten in de drie praktijken. Het doel van dit formulier is op een korte en efficiënte manier bepalen of de patiënt in aanmerking komt voor de multidisciplinaire vitaliteitspas.

Tijdens het tweede deel van onze studie ontwerpen we een eerste versie van het vitaliteitspas. Dit is een soort draaiboek en opvolgboek, die de patiënten zelf bijhouden, en die elk van de hulpverleners (huisarts, diëtist, bewegingstherapeut en psycholoog) zelf invullen, specifiek voor hun discipline. De bedoeling is dat de pas een volledig beeld geeft over alle informatie over de begeleiding bij gewichtsverlies, dat de verschillende hulpverleners de andere aspecten kunnen bekijken en dat er geen overlap is in diagnose (wegen en meten) en therapie.

We contacteren elk diëtisten/bewegingstherapeuten/psychologen in de eigen regio van de praktijk, om te vragen of ze bereid zijn om mee te werken aan dit project.

We organiseren nadien multidisciplinair overleg met alle diëtisten, bewegingstherapeuten en psychologen die gereageerd hebben op onze uitnodiging. De bedoeling is dat we tijdens dit eerste overleg de studie schetsen, polsen naar bezorgdheden, vragen beantwoorden en hun feedback vragen over de eerste versie van het vitaliteitspas.

De volgende stap is om in de praktijk patiënten te zoeken die gemotiveerd zijn om deel te nemen aan het project, en die voldoen aan de volgende inclusiecriteria: BMI >25, leeftijd >18 jaar, motivatie (contemplatie-, beslissings-, actie-, consolidatiefase en terugval) en vanaf 1 extra comorbiditeit die mild aanwezig is: medisch (hart-en vaatziekten, arteriële hypertensie, metabool syndroom, OSAS, hypercholesterolemie, gestooorde glucoseintolerantie, artrose, leversteatose, PCO syndroom,..), lichamelijke symptomen (bijvoorbeeld snel kortademig), psychisch vlak (psychisch lijden, eetstoornissen), weerslag op welzijn en functionele beperkingen. Deze comorbiditeiten worden ingeschat aan de hand van de EOSS-schaal (zie bijlage 2). Exclusiecriteria zijn leeftijd <18 jaar, een beperkte motivatie (voorbeschouwingsfase), bariatrische heelkunde en een zeer ernstige comorbiditeit op medisch vlak , lichamelijke symptomen, psychisch vlak, weerslag op welzijn en functionele beperkingen (EOSS stadium 4).

Indien de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria, zullen we de patiënt informeren over de studie en hem uitnodigen om deel te nemen. We geven een brochure mee en motiveren hem terug te komen voor een tweede consult. We spreken een specifieke startdatum af, wanneer we hem terugzien om effectief met het project te starten.

Tijdens het tweede consult wordt aan de geïncludeerde patiënten gevraagd een enquête in te vullen over de bio-psychosociale parameters (gebaseerd op het Draaiboek Eetexpert) en er wordt een vitaliteitspas overhandigd. Deze bio-psychosociale parameters zijn:

Lichamelijk functioneren	Fysieke gezondheid
	Eetgedrag en eetstructuur
	Beweging
Psychisch functioneren	Copingvaardigheden
	Zelfbeeld en zelfwaardering
	Lichaamsbeleving en seksualiteit
Sociaal functioneren	Familiecontext
	Vrienden en relaties
	Werk- en leefklimaat

De huisarts weegt, meet de bloeddruk en lengte, berekent BMI, doet een bloedafname (cholesterol en nuchtere glucose) en de patiënten worden doorgestuurd naar diëtist, bewegingstherapeut en/of psycholoog voor verdere (vrijblijvende) intake, screening, diagnose, behandeling en follow-up. Zij zullen vervolgens beslissen of een verdere opvolging en de frequentie hiervan in hun domein noodzakelijk is. De vitaliteitspas wordt steeds meegenomen en ingevuld door de hulpverleners en patiënten. De huisarts is de medische expert en manager, waarbij de patiënt na 6 weken, 3 maand en 6 maand op consultatie zal komen. Indien nodig wordt de patiënt frequenter opgevolgd. Op geregelde tijdstippen zal een multidisciplinair overleg georganiseerd worden om de individuele patiënten te bespreken.

Als outcome van de studie plaatsen we de bio-psychosociale einddoelen voorop en als secundaire outcome evalueren we het gewicht, de bloeddruk en de bloedresultaten (cholesterol en nuchtere glycemie). We streven naar gunstige evolutie in de bio-psychosociale parameters (aan de hand van een tweede enquête), een gunstiger suiker- en lipidenprofiel en een gewichtsdaling van 5-10%. Deze parameters worden geëvalueerd na 6 maanden.

Er worden ten slotte ook enquêtes ingevuld door de zorgverleners, om te polsen naar hun ervaringen, opmerkingen en besluit.

Uit deze studie hopen we een bruikbare tool te lanceren, die zowel makkelijk is in gebruik voor de zorgverleners, als efficiënt is voor de patiënten bij de begeleiding bij overgewicht.

Gunstig advies Ethisch Comité

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Multidisciplinaire aanpak bij overgewicht: de vitaliteitspas als tool om de samenwerking tussen huisarts, diëtist, bewegingstherapeut en psycholoog te optimaliseren. Focus op de diëtiek." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Multidisciplinaire aanpak bij overgewicht: de vitaliteitspas als tool om de samenwerking tussen huisarts, dietist, bewegingstherapeut en psycholoog te optimaliseren. Focus op de diëtiek." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Er moet wel duidelijk aangegeven worden wie welke onderzoeksvraag uitwerkt!
Met vriendelijke groeten
Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 2: Informatieformulier voor de proefpersonen en Formulier voor schriftelijke toestemming

Informatieformulier voor de proefpersonen

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van mijn master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doe ik, dr. Ilse Depestele/dr. Pauline Dierinck/dr. Charlotte Goemaere, een onderzoek naar een efficiënte multidisciplinaire aanpak bij overgewicht in de eerste lijn. Dit onderzoek gebeurt in de periode van april 2016 tot en met april 2017, onder toezicht van prof. dr. De Cort (KU Leuven) en in samenwerking met twee andere huisartsen in opleiding. De bedoeling is om een heen-en-weer boekje, genaamd de vitaliteitspas, in verband met overgewicht toe te passen in de huisartspraktijk en zo de patiënt empowerment te verhogen. In de eerste fase zal uw huisarts een intakegesprek met u hebben en op basis hiervan kan beslist worden of u een geschikte kandidaat bent voor onze studie. U zal vervolgens de vitaliteitspas meekrijgen. Dit is een werkboekje dat u meeneemt bij een bezoek aan een zorgverlener en dat het team rond de huisarts en de patiënt meer houvast geeft bij de behandeling. De internationale en nationale aanbevelingen pleiten voor een multidisciplinaire aanpak bij de behandeling van overgewicht in de eerste lijn. Binnen onze studie willen we u dan ook doorverwijzen naar een diëtist, een bewegingstherapeut en /of een psycholoog voor een algemeen gesprek. Zij zullen dan bepalen of een verdere opvolging binnen hun domein bij u nuttig kan zijn. Als primaire doel van deze vitaliteitspas wordt niet de klemtoon op het gewichtsverlies gelegd maar wel op een verandering van de levensstijl met als doelstelling een verbetering van drie aspecten met name een beter lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren. Uiteraard zal de manier waarop deze aanpassingen bekomen worden en behouden blijven individueel verschillend zijn voor elke patiënt. Uit deze studie hopen we een bruikbare werkwijze te lanceren, die zowel makkelijk is in gebruik voor de zorgverleners, als efficiënt is voor de patiënten bij de behandeling van overgewicht.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zullen uw huisarts en eventueel andere hulpverleners u onderzoeken en opvolgen aan de hand van de vitaliteitspas (dat mede gebaseerd is op de Belgische aanbeveling voor de aanpak van obesitas).

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie en het gebruik van uw gegevens.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met één van de huisartsen in de praktijk.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten, dr. Ilse Depestele/dr. Pauline Dierinck/dr. Charlotte Goemaere

Formulier voor schriftelijke toestemming

Naam patiënt: ……..

1. Ik bevestig dat dr. …….. (naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie begrepen heb en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de K U Leuven.

5. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie verzameld worden en daarbij geanonimiseerd (hierbij is er geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijk dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijk dossier is nog mogelijk door de behandelende arts). In overeenstemming met het Koninklijk Besluit van 8 december 1992 en het Koninklijk Besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer gerespecteerd worden. Bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn eigen verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek verbeterd worden.

Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….
Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum…….. Handtekening…….
Informerende arts

Bijlage 3: Vitaliteitspas



De vitaliteitspas

De multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas in de huisartspraktijk

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Persoonlijke gegevens

Naam:

Adres:

Email:

Telefoon:

Huisarts

Naam:

Adres:

Email:

Telefoon:

Diëtist

Naam:

Adres:

Email:

Telefoon:

Bewegingstherapeut

Naam:

Adres:

Email:

Telefoon:

Psycholoog

Naam:

Adres:

Email:

Telefoon:

Andere

Naam:

Adres:

Email:

Telefoon:

Voor wie?

De vitaliteitspas is bedoeld voor elke patiënt met overgewicht of obesitas die gemotiveerd is om naar een gezonder gewicht en gezondheid te streven. De huisarts vult met u een intake formulier in en geeft u de vitaliteitspas mee indien u in aanmerking komt voor een multidisciplinaire aanpak rond uw overgewicht. Met dit werkboekje kan de multidisciplinaire samenwerking tussen uzelf-huisarts-psycholoog-bewegingstherapeut-diëtist ondersteund worden. Ook heeft u zo meer controle en inspraak over de aanpak en is deze meer op u als individu afgestemd.

Wat?

De vitaliteitspas is een werkdossier, dat u meeneemt bij een bezoek aan een zorgverlener en u meer houvast kan geven bij de behandeling. U vult de vitaliteitspas zelf in. Hier vindt u ook correcte en verstaanbare informatie over overgewicht en obesitas. Vervolgafspraken en behandelingsdoelen worden eveneens genoteerd. Bovendien vormt de pas een uitstekend instrument om binnen het team te communiceren.

Doel?

Met de vitaliteitspas zal het gewichtsverlies op zich nooit het primaire doel zijn. Een aanpassing van de levensstijl met gunstig effect op de drie biopsychosociale einddoelen (fysisch, psychisch en functioneel welbevinden) zal steeds een centrale plaats krijgen. Uiteraard zal de manier waarop deze aanpassingen bekomen worden en behouden blijven individueel verschillend zijn voor elke patiënt. Met de vitaliteitspas proberen we dan ook u de mogelijkheid te geven meer inspraak te krijgen in de behandelingsdoelen en aanpak van uw overgewicht. Schrijf gerust feedback of vragen neer op de notitiepagina's achteraan dit boekje!

We wensen u veel succes toe bij de verandering naar een gezonder leven!

WIST U DAT…

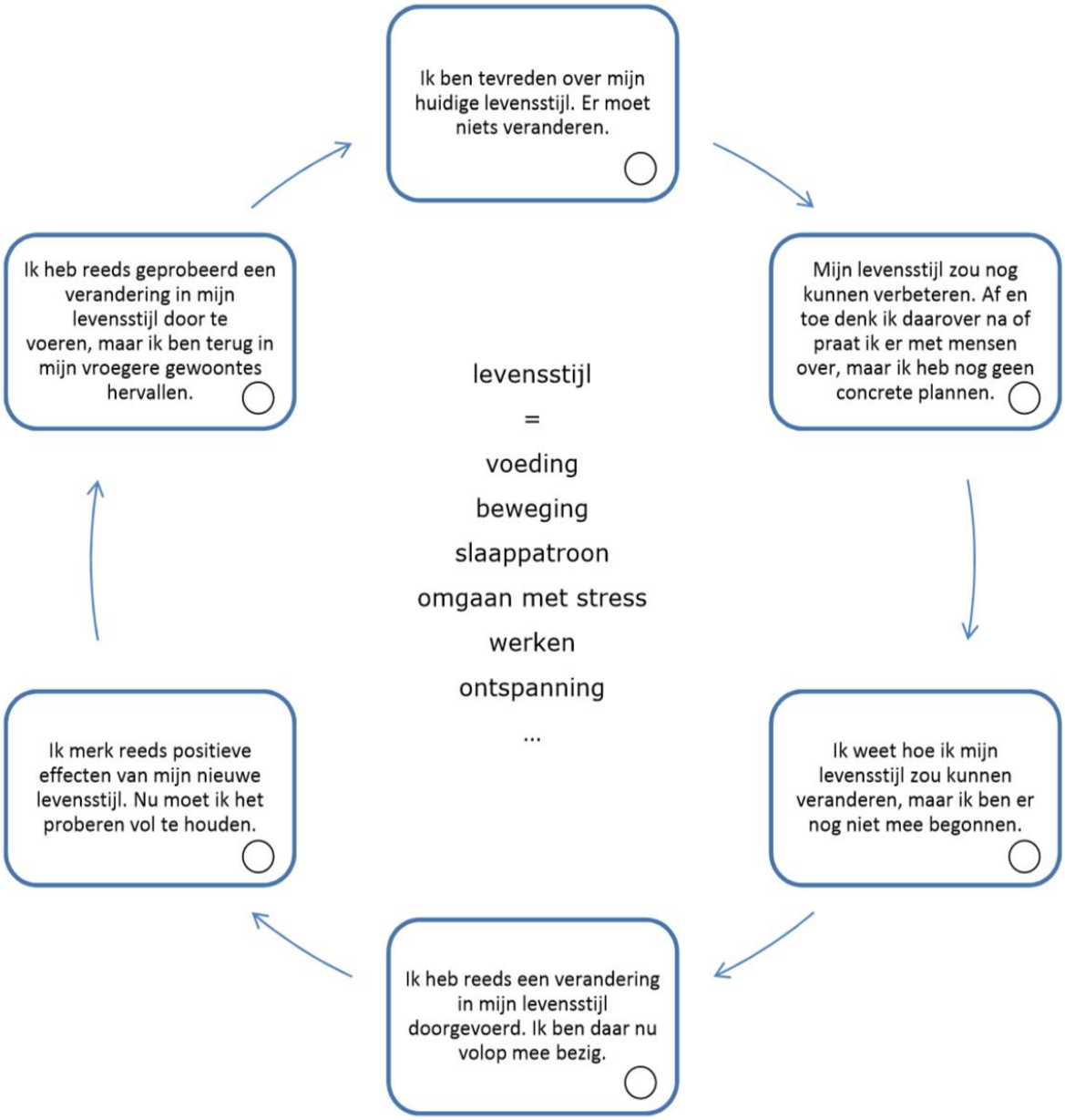
0 De HUISARTS heeft een belangrijke taak in de PREVENTIE van ziekten

De huisarts beschikt over een unieke positie wat betreft preventie. Preventieve geneeskunde is een geïntegreerd onderdeel van het dagelijks werk in de huisartsenpraktijk. Aangezien overgewicht en obesitas risicofactoren zijn voor veel aandoeningen (hart- en vaatziekten, kanker, gewrichtsaandoeningen, …) is de aanpak van deze problematiek zeer belangrijk voor zowel de patiënt als de huisarts. De huisarts is een centraal aanspreekpunt voor patiënten met vragen over de aanpak van overgewicht en obesitas, maar heeft ook de taak om risicopatiënten hierop aan te spreken zodat ze samen kunnen streven naar een betere vitaliteit. Zowel de patiënt als de huisarts worden hierbij ondersteund door andere zorgverleners (diëtist, psycholoog en bewegingstherapeut). Een efficiënte multidisciplinaire samenwerking is belangrijk.

1 Een belangrijke factor van succes: MOTIVATIE

Motivatie wordt door veel mensen beschouwd als iets wat u heeft als persoon of niet. Dit is echter niet waar, motivatie bestaat altijd uit een proces dat ieder van ons moet doormaken als we tot gedragsverandering willen komen. Dit onderdeel van de vitaliteitspas heeft bewust het werkwoord ‘motiveren’ als titel, omdat het een **actief proces** betreft, een **terugkerend scharnierpunt in de behandeling en een gedeelde verantwoordelijkheid** van uzelf en uw therapeuten.

Het veranderingsproces kan worden weergeven als een cyclus van stappen (van voorbeschouwing over beslissing tot actie), waarbij motivatie tot verandering voortdurend in beweging is. **Inzicht** hebben **in welke fase van verandering** u uzelf op elk moment bevindt, kan u meer inzicht geven in uw behandeling en kan een steun zijn, zeker als u dreigt ontmoedigd te raken of af te haken. Probeer uzelf af en toe te situeren binnen onderstaand kader.

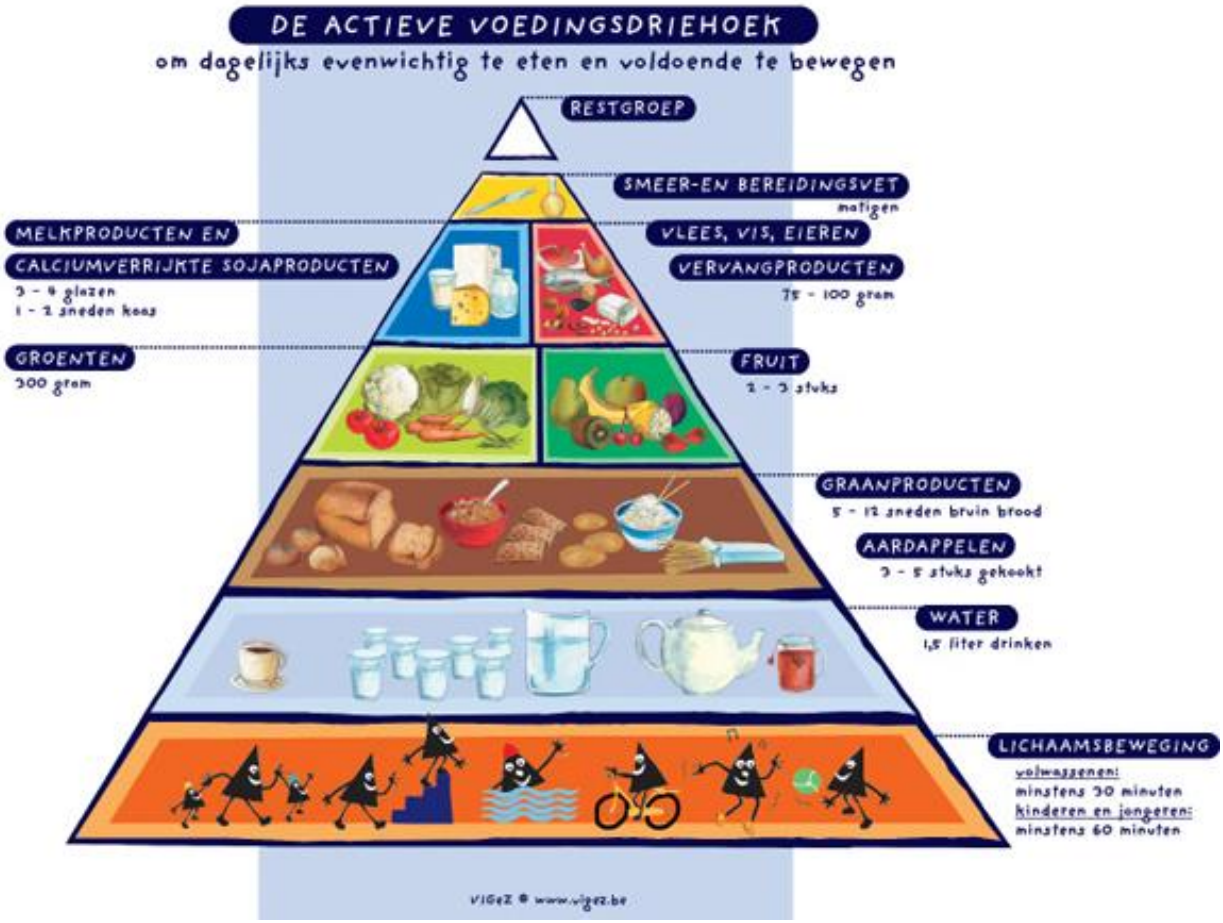


bron: Mirjam Slenders. Aanloop naar een zorgtraject overgewicht en obesitas: evaluatie van een intakeformulier. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015

2 Belang van gezonde VOEDING

Wat is goede voeding?

In Vlaanderen wordt uitgegaan van de ‘actieve voedingsdriehoek’ als basis voor gezonde voeding en beweging. Daarbij worden drie basisprincipes van evenwichtig eten gehanteerd: men moet dagelijks in de juiste verhouding eten uit groepen van de actieve voedingsdriehoek (evenwicht), het is belangrijk om te variëren tussen de verschillende voedingsmiddelen binnen elke groep (variatie), en men respecteert bij voorkeur de aanbevolen hoeveelheden binnen elke groep voedingsmiddelen (matigheid).



Bron: www.voedinguitgedokterd.be

Goede voeding zorgt voor genoeg energie en voedingsstoffen voor uw lichaam: eiwitten, vetten, koolhydraten, vitamines, mineralen, vezels en voldoende vocht. Met goede voeding

verkleint u uw kans op ziektes, zoals diabetes mellitus, kanker en hart- en vaatziekten, en u voelt zich fitter.

Goede voeding wil zeggen:

- veel groente en fruit
- veel volkorenproducten
- wekelijks peulvruchten
- elke dag een handvol ongezouten noten
- enkele porties zuivel per dag, zoals melk of yoghurt
- een keer per week vis, liefst vette vis, bijvoorbeeld haring, heilbot, zalm of makreel
- weinig producten gemaakt van wit meel, zoals witbrood, koekjes, biscuits, zout
- weinig rood of bewerkt vlees, zoals worst of vleeswaar. Rood vlees is al het vlees dat komt van koeien, schapen, geiten en varkens.
- weinig zoete dranken waarin suiker zit, zoals fruitsap en frisdrank.

Eet volop groenten en fruit

Een ruim gebruik van groenten en fruit (2 stuks per dag) verkleint het risico op bepaalde vormen van kanker en op hart- en vaatziekten. Probeer regelmatig een andere groente of ander fruit. Wissel af. Bent u geen grote eter van groente of fruit, dan kan zelf geperst groente- of fruitsap helpen om dit toch binnen te krijgen. In versgeperst sap zitten wel minder vezels dan in los fruit. Ook geeft het u minder snel een vol gevoel.

Eet vooral volkoren producten

Kies voor volkoren brood, volkoren pasta en zilvervliesrijst. Deze voedingsmiddelen zijn rijk aan koolhydraten, voedingsvezel en verschillende vitamines. Ook zorgen ze voor een verzadigd gevoel.

Elke week peulvruchten

Eet wekelijks peulvruchten, zoals bruine bonen, sojabonen, linzen of kikkererwten. In peulvruchten zit eiwit, veel voedingsvezel, ijzer en andere nuttige voedingsstoffen.

Let op het soort vet

Let niet alleen op de hoeveelheid vet in de voeding, maar vooral op het soort vet. Het gebruik van te veel verzadigd vet en transvet verhoogt de kans op ziekten. Het is van belang om juist producten te nemen waar onverzadigd vet inzit.

Kies producten met onverzadigd vet:

- zachte margarine, plantaardige oliën en vloeibare bak- en braadproducten in plaats van roomboter, harde margarines en harde bak- en braadproducten
- ongezouten noten, bijvoorbeeld walnoten, amandelen of pinda's
- vis

Kies zo weinig mogelijk producten met verzadigd vet en transvet:

- weinig bewerkt vlees, zoals worst en ontbijtspek; kies liever mager, onbewerkt vlees (zoals mager gehakt)
- weinig snacks, taart, koeken, biscuits, cake en kant-en-klare producten (zoals sauzen en kant-en-klare maaltijden)

Zuivel (melk, yoghurt, kaas, eieren) kunt u gewoon gebruiken. Het houdt u gezond. De zuivelproducten zijn best halfvol of mager.

Wees zuinig met zout

Alle voedingsmiddelen bevatten van nature al een beetje zout. Zout toevoegen is dus overbodig. Kies zo veel mogelijk voor andere smaakmakers, zoals (verse) kruiden en specerijen. Voorbeelden zijn:

- groene kruiden, zoals basilicum, bieslook, dille, lavas, thijm, oregano, peterselie, rozemarijn;
- specerijen, zoals kaneel, kerrie, kruidnagel, nootmuskaat, peper en cayennepeper;
- andere smaakmakers zoals gember, koriander, ui, knoflook, mosterdzaad en citroen;
- geroosterde zaden en pitten, zoals pijnboompitten, sesamzaad en zonnebloempitten.

Tot 6 gram zout per dag is goed. Let op verborgen zout (en vet en suiker) in kant-en-klare maaltijden, sauzen en snacks. Kijk voor de hoeveelheid zout op de verpakking.

Kies voor drinken zonder suiker, wees matig met alcohol

Uw dorstgevoel zorgt er automatisch voor dat u voldoende drinkt. Als u daar goed naar 'luistert', komt u vanzelf al op ongeveer 1,5 liter per dag. Noteer eens hoeveel u normaal op een dag drinkt. Drinkt u duidelijk minder dan 1,5 liter, begin dan bijvoorbeeld de dag met een extra glas vers geperst fruit of drink 's middags een extra kop thee. Genoeg drinken is onder andere belangrijk voor de werking van uw darmen.

- Kies voor water, thee en koffie zonder suiker, of voor melk.
- Kies bij thee voor groene of zwarte thee en drink gefilterde koffie (filterkoffie, koffiepads, oploskoffie).
- Neem geen of weinig dranken met suikers erin, zoals vruchtensap uit de fabriek, fris of sportdrank met toegevoegd suiker.
- Drink niet meer dan 1 glas alcohol per dag en drink liever niet elke dag alcohol.

Eet niet de hele dag door

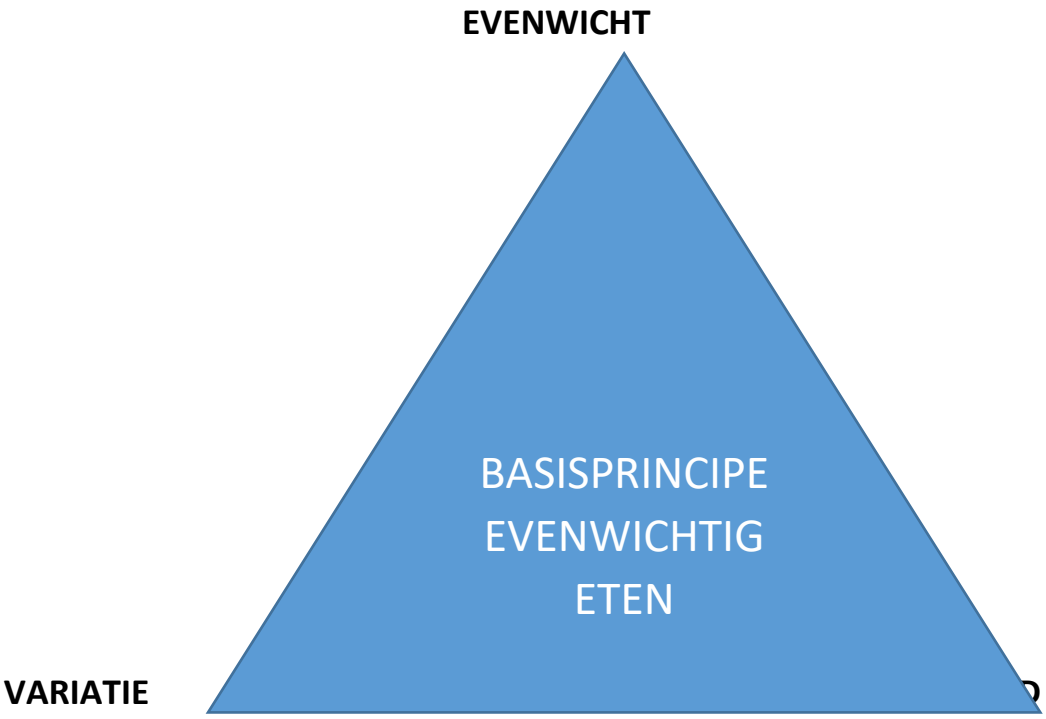
3 maaltijden per dag zijn een goede basis om uw lichaam te voeden met alle voedingsstoffen. Neem daarnaast maximaal 4 keer iets kleins tussendoor, bijvoorbeeld:

- rauwkost, zoals bloemkoolroosjes, kerstomaatjes, komkommer, radijs, bleekselderij en wortel
- fruit
- ongezouten noten, zoals walnoten, hazelnoten en amandelen. Noten zijn rijk aan vet, maar wel van de goede soort.

Goede voeding is geen strak keurslijf

Goede voeding helpt mee om lekker in uw vel te zitten en u gezond te voelen. Maar overdrijf niet. Eten is vooral ook een gezellige en ontspannen gelegenheid.

Bron: www.thuisarts.nl



Bron: www.thuisarts.nl

Jojo-effect

Als je dieet, vermager je. Tot zover het goede nieuws. Want eet je veel minder dan dat je nodig hebt, dan is dit een alarmsignaal voor je lichaam. Dan zal als bescherming je stofwisseling in rust terugschroeven en op waakvlam zetten. Herval je na je dieet in je oude eetgewoontes, in plaats van over te schakelen op aangepaste, evenwichtige voeding, dan zal je lichaam die extra calorieën niet onmiddellijk verbruiken. De kilo's komen er in geen tijd weer bij. Gevolg: je gaat weer drastisch diëten, enz. Dit op en neer gaan van je gewicht is het jojo-effect en absoluut te vermijden.

Bron: www.datvoeltbeter.be

3

Een gezonde GEEST in een gezond lichaam

Waarom naar de psycholoog?

Obesitas is een chronische, complexe ziekte met veel verschillende factoren. Het is belangrijk dat uw begeleiding globaal is en niet enkel focust op het gewichtsverlies op zich maar wel op u als persoon. Hierbij is het opstellen van een individueel behandelplan waarbij u met uw begeleiders (diëtist, huisarts, psycholoog en bewegingstherapeut) achter dezelfde doelstellingen staan essentieel.

Deze vitaliteitspas heeft als doel de multidisciplinaire aanpak bij overgewicht te ondersteunen. De rol van een diëtist en bewegingstherapeut om op een gezonde manier tot een gewenst lichaamsgewicht te komen zijn vrij vanzelfsprekend. De dietist stelt in overleg met u een op maat gemaakt voedingsplan op en bevordert de ontwikkeling van een gezond eetpatroon. De bewegingstherapeut zorgt op zijn beurt voor de opstelling en navolging van een haalbaar bewegingsprogramma. De rol van de huisarts is de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners ondersteunen, uw gezondheid evalueren in zijn geheel (zowel medisch als psychosociaal) en u doorverwijzen voor een aangepaste behandeling. De huisarts is ook diegene die, op lange termijn, naar u blijft luisteren en uw therapeutisch proces voortdurend opnieuw blijft evalueren. Wat is dan precies de rol van een psycholoog in heel het verhaal?



(Te) simpel gesteld ontstaat overgewicht door te veel eten en te weinig verbruiken. Veel tussenliggende psychologische factoren spelen een rol. Overgewicht aanpakken vraagt een aanpak op drie sporen: lichaam, hoofd en omgeving. Voor uitwerking van goede zorg op maat helpt de psycholoog bij het vinden van de juiste motivatiesporen, van goede tussenstappen voor gedragsverandering, van het leren herkennen van je kritische uitlokkers voor terugval, en bij het uitbouwen van eigen persoonlijke kracht. In de eerste plaats is het de taak van een psycholoog om een vertrouwelijke, open ruitmte te creeëren waar u zonder reserves, schaamte of taboes terecht kan. Afhankelijk van uw persoon zal de psycholoog een behandelplan uitstippelen. *Bron: www.eetexpert.be*

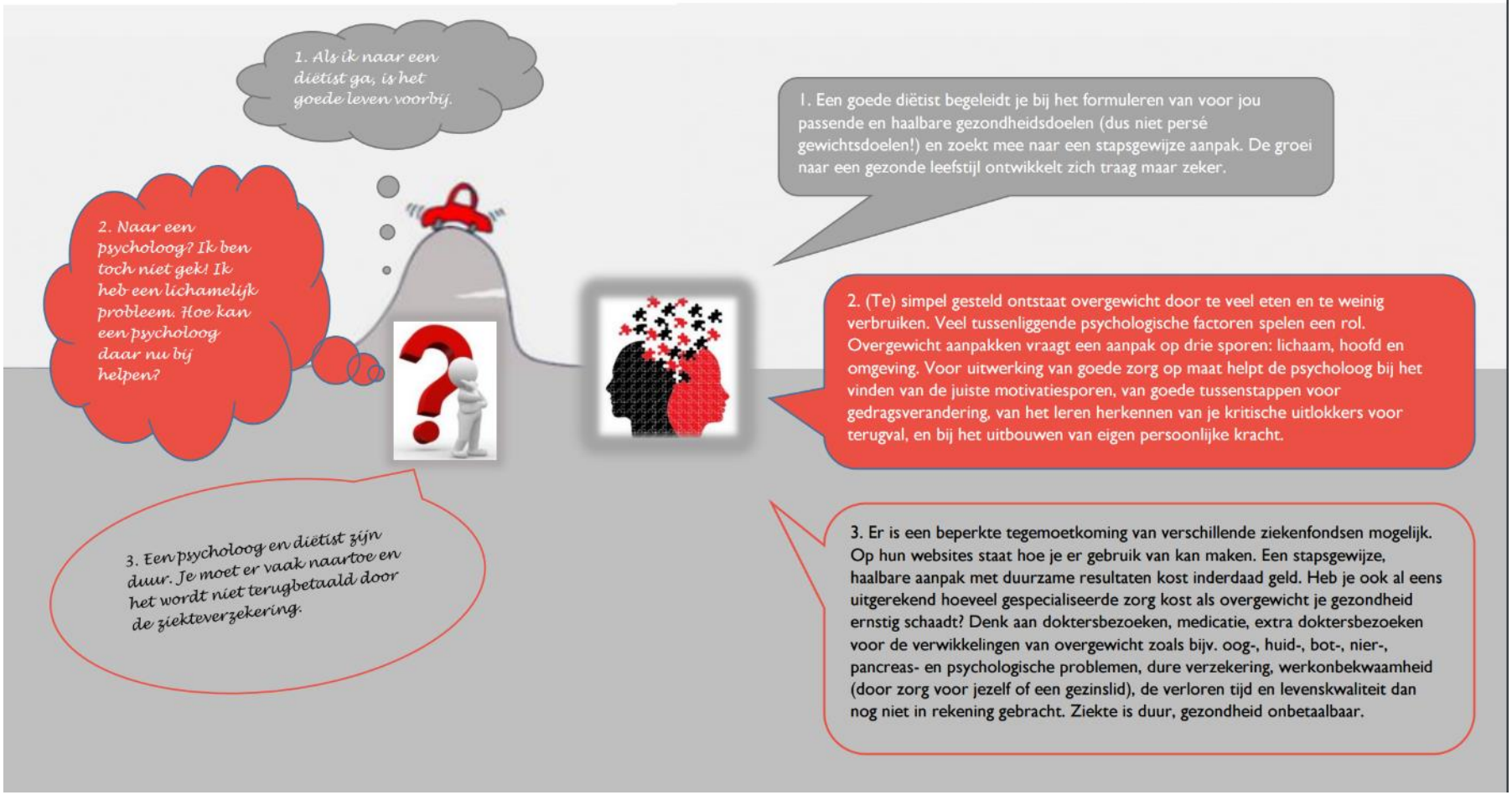
© Eetexpert

HOE DREMPELVREES OVERWINNEN VOOR DE DIËTIST & PSYCHOLOOG

Waarom?

Slechts een minderheid van de patiënten met overgewicht zoekt spontaan een psycholoog op voor begeleiding bij de aanpak van overgewicht. Ook de stap van de huisarts naar de diëtist is soms groot. Nochtans is een aanpak op bio-psycho-sociaal vlak aangewezen. Hoe drempelvrees overwinnen als doorverwijzing nodig blijkt ?

Hoe?



Eetbuistoornis

In het kort

Bij een eetbuistoornis heb je eetbuien.
Bij een eetbui eet je heel veel en raak je de controle helemaal kwijt.
De behandeling bestaat uit therapie en verbeteren van je leefstijl.
In de therapie leer je anders met moeilijke situaties omgaan.
Je krijgt meer zelfvertrouwen.

Wat is een eetbuistoornis?

Bij een eetbuistoornis heb je vaak eetbuien. Je eet tijdens een eetbui heel veel achter elkaar. Je bent de controle over het eten dan helemaal kwijt. Je hebt het gevoel dat je niet kunt stoppen en niet kunt bepalen hoeveel je eet. Over de eetbuien voel je je heel naar.

Bij een eetbui:

eet je veel sneller dan normaal
eet je door tot je je vervelend vol voelt
eet je heel veel zonder echt trek te hebben
eet je alleen omdat je je schaamt voor hoeveel je eet
voel je je na de eetbui depressief of schuldig

Bij een eetbuistoornis komen de eetbuien minstens twee keer per week. Als dit al zes maanden duurt, heb je een eetbuienstoornis. Herken je de verschijnselen? Wacht dan niet te lang met hulp zoeken.

Door de eetbuienstoornis kun je langzaam steeds zwaarder worden.

Een andere naam voor eetbuistoornis is Binge Eating Disorder (BED).

Verschil tussen eetbuienstoornis en boulimia

Een eetbuistoornis lijkt op boulimia nervosa. Er is één belangrijk verschil. Mensen met boulimia proberen na een eetbui het eten weer kwijt te raken, bijvoorbeeld door te braken, of met laxeermiddelen. Als je een eetbuistoornis hebt, doe je dit niet.

Praten over een eetprobleem

Misschien vind je het moeilijk om over je eetprobleem te praten, bijvoorbeeld omdat je je hiervoor schaamt. Toch is het belangrijk om over je eetprobleem te praten. Een eetprobleem gaat namelijk niet vanzelf over en wordt vaak steeds erger. Hoe eerder je hulp zoekt, hoe groter de kans is dat je herstelt.

Probeer erover te praten met mensen die je goed kent, zoals familie of vrienden.
Bespreek het ook met je huisarts.

Onderzoeken bij een eetprobleem

Je huisarts kent veel mensen met een eetprobleem. Het is goed om samen over de volgende dingen te praten:

je eetpatroon, eetbuien, overgeven
hoe je over je lichaam denkt
je laagste en je hoogste gewicht in de laatste jaren
veranderingen in de menstruatie
gebruik van medicijnen
gebruik van alcohol
roken
bewegen en sporten

Uit het gesprek met je huisarts wordt duidelijk of je een eetprobleem of een eetstoornis hebt. Misschien laat je huisarts bloed- en urineonderzoek doen.

Behandeling van eetbuistoornis

De behandeling van eetbuistoornis bestaat uit twee onderdelen:

therapie bij een psycholoog (doel is minder eetbuien)
een leefstijlprogramma (doel is afvallen).

Het kan natuurlijk eng zijn om je eetstoornis in een groep te bespreken. Maar de meeste mensen hebben al snel een gevoel van herkenning en begrip. Die steun kan helpen.

Bron: thuisarts.nl

4

BEWEGING is cruciaal voor een gezonde levensstijl

In het kort

- Veel bewegen heeft veel voordelen: je sterk en gezond voelen, een betere conditie, beter slapen en minder moe.
- Lichaamsbeweging verkleint de kans op hoge bloeddruk, een hartinfarct, suikerziekte en gewrichtsklachten.
- Ga elke dag minimaal 1 uur actief bewegen.
- Bouw het bewegen geleidelijk op: maak een beweegplan.

Waarom is bewegen gezond?

Een gezonde leefstijl is voor iedereen belangrijk. Daarbij hoort gezonde voeding en regelmatige lichaamsbeweging. Als u veel beweegt, voelt u zich sterk en gezond. Uw conditie wordt beter en uw spieren en botten worden sterker. Ook slaapt u goed en wordt u minder snel moe. Bij overgewicht is lichaamsbeweging extra belangrijk voor uw gezondheid. Lichaamsbeweging verkleint de kans op hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten (zoals een hartinfarct of een beroerte), suikerziekte (diabetes) en gewrichtsklachten. Als u een van deze aandoeningen heeft, is bewegen extra belangrijk omdat u dan minder kans heeft dat uw klachten verergeren.
Door alleen meer te bewegen valt u niet af. Daarvoor moet u ook uw voedingsgewoontes veranderen.

Beweeg vijf dagen per week

- Probeer ten minste vijf keer per week een halfuur per dag actief te bewegen.
- Het maakt niet of u iedere dag een halfuur, twee keer een kwartier of drie keer tien minuten beweegt.
- Actief bewegen is bijvoorbeeld stevig wandelen, fietsen naar de winkel of uw werk, intensief huishoudelijk werk zoals ramen wassen of werken in de tuin.
- Iedere dag een halfuur actief bewegen is beter dan twee keer per week een uur intensief sporten.
- Als u wilt afvallen, moet u één heel uur per dag actief bewegen en daarnaast gezond blijven eten.

Kies de juiste hoeveelheid inspanning

- Als u actief beweegt is het belangrijk dat u sneller gaat ademhalen, gaat zweten en dat uw hart sneller gaat kloppen.

- Pas op dat u niet te veel doet. U moet tijdens het bewegen nog genoeg lucht hebben om gewoon te kunnen praten. Als u niet meer kunt praten, duizelig wordt of het benauwd krijgt, moet u het rustiger aan doen.
- Als u bij het bewegen steeds weer klachten krijgt, neem dan contact op met uw huisarts. Samen bekijkt u dan welke beweging goed voor u is.

Kies een beweging die u leuk vindt

Beweeg op een manier die u leuk vindt en die het best bij u past. U kunt ook afwisselen. Bijvoorbeeld de ene dag fietsen, de andere dag zwemmen, en dan weer wandelen of dansen. Als u vaker beweegt, gaat het steeds gemakkelijker. Uw conditie wordt beter.

Samen of alleen bewegen?

Bewegen is vaak gemakkelijker vol te houden als u dit samen met 'een maatje' doet. Of ga naar een activiteiten- of sportcentrum bij u in de buurt. Daar zijn deskundigen en lotgenoten die u kunnen ondersteunen. Misschien vindt u het juist prettiger om zelf te bepalen wanneer u gaat wandelen, fietsen of zwemmen. Kijk welke manier het best bij u past om het bewegen vol te houden.

Vaker bewegen

Probeer vaker te bewegen:

- Neem de trap in plaats van de lift.
- Ga lopend naar naar de winkel.
- Pak de fiets in plaats van de auto.
- Stap een halte eerder uit de bus of tram of parkeer uw auto een eindje van de plaats van bestemming.
- Let ook op dat u niet uren achtereen op een bank of stoel zit, bijvoorbeeld als u televisie kijkt of achter de computer zit. Probeer ook dan tussendoor te bewegen.

  Alle kleine beetjes extra lichaamsbeweging helpen.

Maak een plan om meer te bewegen

Met uw huisarts of bewegingstherapeut bespreekt u hoe u het liefst meer zou willen gaan bewegen. Samen maakt u een plan hoe u het bewegen gaat opbouwen.

- Het is belangrijk het bewegen geleidelijk aan op te bouwen.
- Als u niet gewend bent om een stevige wandeling te maken of om een flink eind te fietsen, begin dan in kleine stapjes.
- Wandel dan om te beginnen eens gewoon een blokje om, tien minuten is al prima. Kijk of u die tien minuten vijf dagen in de week volhoudt.
- Ook voor fietsen geldt: kijk eerst eens hoe een boodschap op de fiets bevalt en probeer vervolgens of u elke dag uw boodschappen met de fiets kunt doen. Bouw het stukje fietsen op van tien minuten naar een kwartier, totdat u gemakkelijk een

halfuur fietst. Misschien kunt u op een gegeven moment elke dag naar uw werk fietsen.

- Als u daarna een stapje verder wilt, kunt u bijvoorbeeld gaan hardlopen. Hardlopen is een heel goede manier om een goede conditie te krijgen. Van een klein stukje hardlopen kunt u al gauw buiten adem raken. Zorg daarom dat u het heel geleidelijk met een paar minuutjes per week opbouwt.
- Wanneer u meer gaat bewegen, is het verstandig om tegelijk ook een plan te maken om gezonder te gaan eten.

Hoe gaat het verder als u meer gaat bewegen?

Wanneer u de adviezen opvolgt, heeft u een goede kans om steeds fitter te worden. Door regelmatig te bewegen wordt uw vetweefsel geleidelijk omgezet in spierweefsel. Gaat u ook lange tijd gezonder eten en een uur per dag intensief bewegen, dan is het vaak ook mogelijk om heel geleidelijk een paar kilo's af te vallen. Met een gezond gewicht heeft u minder kans op hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, suikerziekte en gewrichtsklachten. In het begin kunnen uw gewicht, uw conditie of eventuele gewrichtsklachten u in de weg zitten. Geef niet te snel op.
Probeer eventueel te beginnen met bewegen onder begeleiding van bijvoorbeeld een fysiotherapeut.

Bron: www.thuisarts.nl



VERVOLGAFSPRAKEN

Huisarts

Datum	Uur

Diëtist

Datum	Uur

Bewegingstherapeut

Datum	Uur

Psycholoog

Datum	Uur

WELKE DOELEN STELT U VOOROP?



Het belangrijkste doel van deze vitaliteitspas is niet het gewichtsverlies maar wel een *verandering van de levenstijl met zo een verbetering van de drie biopsychosociale aspecten (lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren)*. Hieronder volgt wat uitleg over de biopsychosociale aspecten.

Overgewicht zit complex in mekaar. Daarom wordt tijdens de behandeling op verschillende thema's gefocust. Herstel van een normaal eetpatroon en/of gewicht is dus niet het enige behandeldoel, maar er wordt ook aandacht besteed aan de functie van het (eet)gedrag in de bredere context van het biopsychosociaal functioneren. Dit biopsychosociaal model verklaart het menselijk functioneren, niet alleen op medisch vlak, maar ook psychologisch en sociaal.

Tabel: Biopsychosociale doelstellingen

Lichamelijk functioneren	Fysieke gezondheid
	Eetgedrag en eetstructuur
	Beweging
Psychisch functioneren	Copingvaardigheden
	Zelfbeeld en zelfwaardering
	Lichaamsbeleving en seksualiteit
Sociaal functioneren	Familiecontext
	Vrienden en relaties
	Werk- en leefklimaat

Doelen op vlak van het lichamelijk functioneren zijn het bevorderen van de fysieke gezondheid en het normaliseren van eet- en beweeggedrag. Deze doelen worden ondersteund door een

diëtist en bewegingstherapeut (kinesist). Verder zien we vaak dat eten functioneert als een manier om met een aantal problemen of moeilijke gevoelens om te gaan. Het uitbreiden van het coping repertoire (hoe men dus omgaat met moeilijke situaties) met een aantal 'gezondere' strategieën kan daarom een belangrijk aspect van de behandeling worden. Daarnaast blijkt bij patiënten met een gewichtsprobleem vaak een laag zelfbeeld of gering eigenwaardegevoel voor te komen. Kenmerkend is dat de stemming en zelfwaardering kan schommelen volgens het gewicht op de weegschaal. Een belangrijke doelstelling is dan ook de ontwikkeling van een positiever zelfbeeld en lichaamsbeleving. Tot slot zijn veel patiënten sociaal geïsoleerd geraakt. Schaamte, gebrekkig zelfvertrouwen, pesterijen kunnen bijdragen tot een verder isolement en afbrokkelen van het steunnetwerk. De (her)opbouw van sociale contacten en de uitbreiding van sociale vaardigheden zijn dan kerndoelstellingen. Ook het uitbouwen van een zinvolle dagactiviteit en voldoeninggevend vrijetijdsleven kan bijdragen tot verbetering van het zelfwaardegevoel en het uitbreiden van de contactenkring. Voor deze coping strategieën, opkrikken van het zelfbeeld en heropbouw van sociale contacten, kan begeleiding door een psycholoog nuttig zijn.

Het werken met doelstellingen is richtinggevend in de behandeling. Het vormt weliswaar de ruggengraat van het behandelplan. Deze doelen kunnen ook bijgestuurd worden, rekening houden met de ernst van het eetprobleem of gewichtsprobleem, de context en de (on)mogelijkheden die u heeft.

Denk goed na over wat uw realistische doelen zijn. Daarop kan de hulpverlener het behandelplan specifiek afstemmen op de doelen die u stelt.

Goede doelen zijn bij voorkeur praktijkgericht: concreet, haalbaar en gepast voor u. Doelstellingen zorgen ervoor dat veranderingen gezien worden, wat impact heeft op uw motivatie. Het concreet maken van doelstellingen in mogelijke tussenstappen bevordert de haalbaarheid en daarmee de kans op succeservaringen. Uiteindelijk zullen doelstellingen dienen als criteria voor de beoordeling van het behandelingsverloop.

Werken met en aan doelen betekent ook prioriteiten stellen. Men kan gezien de complexiteit van de problematiek geconfronteerd worden met een stapel doelstellingen. Hierin moet planmatig geselecteerd worden. Een goed behandelplan van de hulpverleners oriënteert hierbij en plaatst die doelen centraal die belangrijke thema's zijn voor u. Daarbij moet men ook voorrang geven aan dringende doelen of moet men ingrijpende veranderingen uitstellen tot u er klaar voor bent. Belangrijk is dat u successen kan boeken.

De individuele doelen kan u dus samen met uw huisarts, diëtist, bewegingstherapeut en/of psycholoog opstellen. In de onderstaande ruimtes kan u zelf - of samen met de hulpverleners - opschrijven welke doelen u belangrijk vindt en daarna beoordelen hoe goed u het heeft gedaan of wat nog beter kan. B*ron: www.eetexpert.be*

BIOPSYCHOSOCIALE EINDDOELEN

I. LICHAMELIJK FUNCTIONEREN

Fysieke gezondheid – in te vullen met de huisarts en/of **bewegingstherapeut**

Doel 1:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doel 2:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Samenvatting van de aandachtspunten op vlak van bewegen / sporten:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Eetgedrag en eetstructuur – in te vullen met de **diëtist**

Doel 1:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doel 2:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Samenvatting van de aandachtspunten op vlak van eten:

……
……
……
……
……

……
……
……
……
……

II. PSYCHISCH FUNCTIONEREN – in te vullen met de psycholoog

Copingvaardigheden

Doel 1:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doel 2:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doelstelling 2: Zelfbeeld en zelfwaardering

Doel 1:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doel 2:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doelstelling 3: Lichaamsbeleving en seksualiteit

Doel 1:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doel 2:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

III. SOCIAAL FUNCTIONEREN – ook in te vullen met de **psycholoog**

Doelstelling 1: Familiecontext

Doel 1:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doel 2:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doelstelling 2: Vrienden en relaties

Doel 1:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doel 2:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doelstelling 3: Werk- en leefklimaat

Doel 1:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Doel 2:

- Stappen
- Hoe is het gelukt?

Samenvatting van de aandachtspunten op psychologisch vlak:

……
……
……
……

……
……

CIJFERS

In onderstaande tabel kan u de evolutie van uw lichamelijke gezondheid opvolgen. Vul zelf of met behulp van uw huisarts de cijfers in bij het begin van je traject zodat u ze af en toe kan vergelijken met uw nieuwe, gezondere, waarden.

	WAARDE	EVOLUTIE na 6 maanden (-... of +…)
BMI		
Buikomtrek		
Cardiovasculair risico (adhv SCORE-tabel)		
Nuchtere glycemie/HbA1C		
Cholesterol (LDL/HDL/triglyceriden)		

Samenvatting medische aandachtspunten (in te vullen samen met de **huisarts**):

……
……
……
……
……
……
……
……

NOTITIEPAGINA'S

Nuttige links

http://www.eetexpert.be

http://www.voedinguitgedokterd.be



Together we can

Bedankt voor het vertrouwen,

Uw multidisciplinair team.

Bijlage 4: EOSS- score

De inschatting van de ernst bij overgewicht en obesitas gebeurt niet alleen op basis van het medisch risico, ook de impact op het lichamelijk functioneren, functionele beperkingen, psychologische symptomen en de weerslag op het welzijn moet in rekening worden gebracht. Tabel 6 geeft een inschatting van de ernst bij obesitas volgens het Edmonton Obesity Staging System (EOSS) [43, 44]. De EOSS stadiëring zou, onafhankelijk en beter dan BMI alleen, mortaliteit voorspellen en is dus een belangrijk klinisch hulpmiddel [45, 46]. Deze zou analoog kunnen worden toegepast in het geval van overgewicht.

Tabel 6: Inschatting gezondheidsrisico volgens EOSS

Stadium 0	- Geen medische risicofactoren; EN - Geen lichamelijke symptomen; EN - Geen psychologische symptomen; EN - Geen weerslag op welzijn; EN - Geen functionele beperkingen
Stadium 1	- Subklinische medische risicofactoren; OF - Milde lichamelijke symptomen die geen medische behandeling vereisen; OF - Milde gewichtsgerelateerde psychologische symptomen; OF - Milde weerslag op welzijn; OF - Milde functionele beperkingen
Stadium 2	- Medische risicofactoren; OF - Gewichtsgerelateerde co-morbiditeit die een medische behandeling vereist; OF - Matige gewichtsgerelateerde psychologische symptomen; OF - Matige weerslag op welzijn; OF - Matige functionele beperkingen in ADL
Stadium 3	- Ernstige gewichtsgerelateerde co-morbiditeit met orgaanschade; OF - Ernstige psychologische symptomen; OF - Ernstige functionele beperkingen; OF - Ernstige weerslag op welzijn
Stadium 4	- Zeer ernstige gewichtsgerelateerde co-morbiditeit in eindstadium; OF - Zeer ernstige invaliderende gewichtsgerelateerde psychologische symptomen; OF - Zeer ernstige functionele beperkingen

Bijlage 5: Folder

Voor wie?

Heeft u een BMI hoger dan 25 en bent u gemotiveerd om u multidisciplinair via de huisarts, diëtist, bewegingstherapeut en/of psycholoog te laten begeleiden om uw gezondheid te verbeteren? Neem dan contact op met uw huisarts.

Bereken uw BMI:

$$BMI = \frac{Gewicht\ in\ kilogram}{(lengte\ in\ meter)^2}$$

Kostenplaatje?

De kosten includeren opvolggesprekken bij de huisarts en bij de andere zorgverleners waarmee we samenwerken (diëtist, kinesist, psycholoog). U kan informeren bij uw ziekenfonds of u in aanmerking komt voor terugbetaling.

Bij wie kan ik terecht voor extra informatie?

Dit project wordt georganiseerd door huisartsen in opleiding Ilse Depestele, Pauline Dierinck en Charlotte Goemaere in kader van hun master-na-master opleiding huisartsgeneeskunde. We worden begeleid door professor Paul De Cort (KU Leuven).

Vraag ernaar tijdens de consultatie of neem contact op met ons:

Ilse Depestele:

Email: ilse.depestele@ugent.be
Tel: 09/345 97 76

Pauline Dierinck:

Email: pauline.dierinck@ugent.be
Tel: 055/30 40 40

Charlotte Goemaere:

Email: charlotte.goemaere@ugent.be
Tel: 053/85 00 62





Begeleiding bij overgewicht

Multidisciplinaire samenwerking tussen huisarts, diëtist, bewegingstherapeut en psycholoog

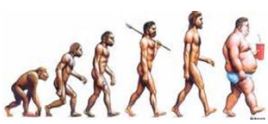
Voorwoord

Overgewicht (BMI>25) en obesitas (BMI>30) zijn in de westerse wereld een toenemend gezondheidsprobleem.

Obesitas is het resultaat van een langdurig onevenwichtige energiebalans, waarbij de dagelijkse energie-inname het energieverbruik overtreft. De energiebalans wordt geregeld door tal van factoren, waaronder metabolisme, hongergevoel, voedingsgewoonten en fysieke activiteit.

Overgewicht brengt vaak beperkingen in het dagelijkse leven met zich mee en kan leiden tot ernstige gezondheidsproblemen op lange termijn, zoals suikerziekte en hart- en vaatziekten.

Het doel van dit project is om een betere gezondheid te krijgen door een gezonde en actieve levensstijl.



Multidisciplinair

Overgewicht/obesitas is een complex probleem, en vergt daarom een aanpak op drie pijlers:

- Evenwichtig eten
- Opnieuw leren bewegen
- Omgaan met emoties

Er is een toenemende tendens om multidisciplinair te werken bij de aanpak van overgewicht/obesitas: verschillende hulpverleners hebben elk hun eigen inzichten, doelstellingen en bijdrages aan de totaalzorg voor de patiënt.

- De huisarts is de coördinator van het team en volgt u op medisch vlak op.
- De diëtist analyseert en verbetert uw voedingsgewoonten.
- De psycholoog screent op eetstoornissen en een negatief zelfbeeld en zal u mentaal begeleiden.
- De bewegingstherapeut stelt een bewegingsplan op maat op.

Wat is het programma?

Samen met uw huisarts vult u het intake-formulier in. Samen stippelen we een parcours uit op maat met individuele afspraken bij diëtist, bewegingstherapeut en/of psycholoog.

Op regelmatige basis gaat u terug bij uw huisarts op controle.



Onderling overleggen de hulpverleners zodat een totaalzorg uw gezondheid optimaal bevordert, en we u persoonlijk op maat kunnen begeleiden.



Begeleiding bij overgewicht: Samenwerking tussen patiënt, huisarts, diëtist, bewegingstherapeut en/of psycholoog

Vraag om meer info bij uw huisarts!

Maakt u zich zorgen over uw gewicht?

$$BMI = \frac{Gewicht\ in\ kilogram}{(lengte\ in\ meter)^2}$$

BMI>25: overgewicht

BMI>30: obesitas



Neem contact op met je huisarts voor meer informatie.

Dit project is georganiseerd door huisartsen in opleiding Ilse Depestele, Pauline Dierinck en Charlotte Goemaere, onder begeleiding van Professor De Corte (KU Leuven).

Bijlage 7: Vragenlijst biopsychosociale tevredenheid

Vragenlijst bio-psychosociaal model

Naam patiënt: ……..
geboortedatum: ……..
naam arts: ……..

Wij zouden het van harte appreciëren indien u de onderstaande vragen tracht in te vullen. Er zijn vaak meerdere antwoordmogelijkheden per vraag. U omcirkelt het antwoord dat het meeste bij u van toepassing is. Er is steeds een mogelijkheid om een extra woordje uitleg te noteren. Indien er vragen zijn die niet bij u van toepassing zijn, mag u deze gewoon overslaan.

Hartelijk dank voor uw deelname aan het project.

1. **<u>Lichamelijk functioneren</u>**

- Hoe tevreden bent u over uw eigen lichamelijke gezondheid?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg (welke aandoeningen heeft u bijvoorbeeld?):
……

- Hoe veel tijd bent u per week in matig actieve beweging?

>6 u/week *4-6u/week* *2-4u/week* *1-2u/week* *Geen sport*

Uitleg (welke sport oefent u uit bijvoorbeeld?):
……

- Hoe tevreden bent u over uw eigen conditie?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:
……

- Hoe tevreden bent U over uw eigen eetgewoonten (gezond en regelmaat)?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:
……

Kan u een gemiddelde dag van eetgewoonten schetsen?

-Ontbijt:

-Tussendoor:

-Middagmaal:

-Tussendoor:

-Avondmaal:

-Tussendoor:

-Dranken:

-water:

-koffie/thee: met/zonder suiker

-gesuikerde dranken:

-alcoholische dranken:

- Is uw eetgedrag afhankelijk van uw emoties?

- *Er is geen verband tussen mijn eetgedrag en hoe ik me voel*
- *Als ik negatieve emoties heb, durf ik meer te snoepen of eten*
- *Mijn eetgedrag is sterk afhankelijk van mijn emoties*
- *Bij negatieve emoties heb ik eetbuien*

2. <u>Psychisch functioneren</u>

- Hoe tevreden bent u over uw psychische gezondheid?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:

……

- Welk gevoel past het grootste deel van de dag bij u?

Zeer gelukkig *Gelukkig* *Neutraal* *Neerslachtig* *Zeer neerslachtig*

Uitleg:

……

- Hoe tevreden bent u over de manier waarop u met tegenslagen omgaat?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg (piekert u veel bijvoorbeeld?):
……

- Hoe tevreden bent u met uw zelfbeeld en zelfwaardering?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:
……

- Hoe tevreden bent u met de manier hoe u eruit ziet (uiterlijk)?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:
……

- Hoe tevreden bent u met uw seksualiteit?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:
……

3. <u>Sociaal functioneren</u>

- Hoe tevreden bent u met de relatie met uw partner?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:
……

- Hoe tevreden bent u met de relatie met uw kinderen?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:
……

- Hoe tevreden bent u met de relatie met uw vrienden?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:

……

- Hoe tevreden bent u over de relatie met uw collega's op het werkt?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:

……

Hoe tevreden bent u over de sfeer op het werk?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:

……

- Hoe tevreden bent u met uw eigen spiritualiteit?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg (bent u gelovig bijvoorbeeld ?):

……

- Hoe tevreden bent u met uw financiële toestand?

Zeer tevreden *Tevreden* *Neutraal* *Ontevreden* *Zeer ontevreden*

Uitleg:

……

- Hoe kan u zich beschrijven?

……..

- Hoe denkt u dat anderen u zouden beschrijven?

……

Bijlage 8: Enquête na het intakeconsult

Evaluatieformulier patiënt DEEL I: Na het intakegesprek

naam patiënt: …….
geboortedatum: …….
naam arts: …….

Hartelijk dank voor uw medewerking aan ons multidisciplinair onderzoek rond de aanpak van overgewicht aan de hand van de vitaliteitspas. Zoals u eerder werd meegedeeld, kadert dit in ons onderzoeksproject voor onze masterproef. Graag horen we uw mening hierover. Gelieve daarom volgende vragen in te vullen.

Wat waren voor deze consultatie uw verwachtingen van de aanpak/begeleiding van uw overgewicht?

……

……

Zijn uw verwachtingen na de consultatie met de vitaliteitspas veranderd? Zo ja, wat zijn uw verwachtingen nu?

……

……

Hoe gemotiveerd bent u om aan uw overgewicht te werken? Geef uw motivatie een cijfer van 0 tot 10 (0 betekent absoluut niet gemotiveerd en 10 betekent maximaal gemotiveerd).

• Voor de consultatie bij uw huisarts met de vitaliteitspas:…….

• Nu, na de consultatie met de vitaliteitspas: …….

Hoe staat u ten opzichte van de multidisciplinaire aanpak van uw overgewicht die we willen bekomen met de vitaliteitspas? (multidisciplinair betekent: de samenwerking van uw huisarts met diëtist, psycholoog en/of kinesist of bewegingsdeskundige)

- Ik zie er het nu niet van in
- Ik zie het niet zitten door andere hulpverleners dan mijn huisarts begeleid te worden. Zo ja, wat is de reden hiervoor?

  ……
- Begeleid worden door verschillende disciplines lijkt me een meerwaarde bij de aanpak van mijn overgewicht

Hoe staat u specifiek ten op zichte van..

-de verwijzing naar een diëtist:

- Ik vind dit overbodig en zie het nut er niet van in
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar ik heb hiervoor geen tijd
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar ik vind dit financieel niet haalbaar
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar (vul een andere reden in waarom je deze verwijzing niet ziet zitten)…….
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht en ik zie een intakegesprek zitten

-de verwijzing naar een psycholoog:

- Ik vind dit overbodig en zie het nut er niet van in
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar ik heb hiervoor geen tijd
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar ik vind dit financieel niet haalbaar
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar (vul een andere reden in waarom je deze verwijzing niet ziet zitten)…….
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht en ik zie een intakegesprek zitten

-de verwijzing naar een bewegingstherapeut:

- Ik vind dit overbodig en zie het nut er niet van in
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar ik heb hiervoor geen tijd
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar ik vind dit financieel niet haalbaar
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht maar (vul een andere reden in waarom je deze verwijzing niet ziet zitten)…….
- Dit lijkt me een meerwaarde voor de aanpak van mijn overgewicht en ik zie een intakegesprek zitten

Bijlage 9: Enquête patiënten na zes maanden

Evaluatieformulier patiënt DEEL II: op het einde van de studie

naam patiënt: …….
geboortedatum: …….
naam arts: …….

Hartelijk dank voor uw medewerking aan ons multidisciplinair onderzoek rond de aanpak van overgewicht aan de hand van de vitaliteitspas. Zoals u eerder werd meegedeeld, kadert dit in ons onderzoeksproject voor onze masterproef. Graag horen we uw mening hierover. Gelieve daarom volgende vragen in te vullen.

ALGEMEEN

Hoe tevreden bent u over de multidisciplinaire begeleiding van uw overgewicht? (multidisciplinair betekent: de samenwerking van uw huisarts met diëtist, psycholoog en/of kinesist of bewegingsdeskundige) (*waarbij 1= heel ontevreden en 5= heel tevreden*)

1 2 3 4 5

Wat vindt u dat er goed loopt bij de multidisciplinaire begeleiding van uw overgewicht? Welke voordelen ervaart u?

……

……

Wat vindt u dat er minder goed loopt in uw multidisciplinaire begeleiding? Welke nadelen ervaart u?

……

……

Komt de multidisciplinaire begeleiding in het algemeen overeen met uw verwachtingen op voorhand? Beter? Slechter? Specifieer zo mogelijk.

……

……

Vindt u dat de verschillende hulpverleners goed op de hoogte zijn van het verloop van uw traject? Vind u dat ze dezelfde doelstellingen nastreven?

……

……

Hebt u opmerkingen over de opvolging bij uw huisarts? Is er een opvolggesprek geweest bij uw huisarts? Is uw huisarts op de hoogte van hoe de begeleiding bij de andere disciplines loopt?

……

……

Had u het gevoel dat er veel overlap was tussen de vragen die u kreeg bij de verschillende intakegesprekken? Zo ja, vond u dat vervelend?

……

……

VITALITEITSPAS

Wat vindt u van de vitaliteitspas? Vul onderstaande tabel in door een kruisje te zetten bij het antwoord dat het beste bij uw mening aansluit. Als u niet akkoord invult vragen we u toe te lichten waarom.

	NIET AKKOORD	GEEN MENING	WEL AKKOORD
Ik vond de teksten en vragen duidelijk verstaanbaar			
De vitaliteitspas motiveerde me extra in de aanpak van mijn overgewicht			
Ik vond dat er voldoende informatie in de vitaliteitspas stond			
Ik vond het goed dat ik meer feedback kreeg en kon geven aan mijn hulpverleners via de vitaliteitspas			

Toelichting niet akkoord:

……

ANDERE DISCIPLINES

Vul in met JA, NEE of NVT (niet van toepassing). Vul op de bovenste lijn een getal in. Indien u wenst kan u verdere toelichting bij uw antwoorden geven onder de tabel.

	DIËTIST	PSYCHOLOOG	KINESIST/BEWEGINGSDESKUNDIGE
Hoeveel sessies hebt u bij deze discipline doorlopen tot nu?			
De voorgestelde aanpak is afgestemd op mij als persoon met mijn eigen mogelijkheden en beperkingen			
Het klikt goed met deze persoon			
Ik vind begeleiding door deze discipline te duur voor wat ik ervoor terugkrijg			
Deze discipline geeft mij concrete tips of leert mij echt iets bij			
Ik zou in de toekomst verder begeleid willen worden door deze discpiline. Ik vind de inbreng van deze discipline een meerwaarde in de begeleiding bij mijn overgewicht			

Toelichting:……

Bijlage 10: Enquête zorgverleners na zes maanden

Enquête zorgverleners na afloop van het onderzoek

Beste psycholoog/diëtiste/bewegingstherapeut,

Nogmaals van harte bedankt voor uw deelname aan ons project rond de vitaliteitspas. Om deze multidisciplinaire samenwerking en de vitaliteitspas te optimaliseren vragen we u volgende vragenlijst in te vullen.

Wat is uw discipline?

-Huisarts

-Diëtist

-Psycholoog

-Bewegingsdeskundige of kinesitherapeut

-Andere discipline: …….

1. Stellingen over de vitaliteitspas:

De vitaliteitspas is een nuttig instrument in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht in de eerste lijn.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De vitaliteitspas is voldoende uitgebreid.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

Zijn er zaken die te veel aan bod komen?

-Ja

-Nee

Welke wel?

Zijn er zaken die te weinig aan bod komen?

-Ja

-Nee

Welke?

Het concept van een vitaliteitspas is verstaanbaar voor de patiënt.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De inhoud van de vitaliteitspas is verstaanbaar voor de patient.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De vitaliteitspas is inhoudelijk correct wat betreft mijn discipline.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De vitaliteitspas is inhoudelijk correct wat betreft de andere disciplines.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De vitaliteitspas is overzichtelijk.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

Wat is uw algemene indruk over de vitaliteitspas?

Vindt u het goed dat dit een werkboekje is voor de patient en geen opvolgdossier voor de hulpverlener?

-Ja

-Nee

-Neutraal

-Geen mening

Indien u nog feedback heeft in verband met de vitaliteitspas, kan u deze hier noteren.

2. Vragen over relaties tussen de hulpverleners:

De taken tussen de verschillende disciplines zijn goed verdeeld.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De verschillende disciplines werken goed samen zonder elkaar te schaden.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De activiteiten van de verschillende disciplines ten aanzien van eenzelfde patiënt zijn goed gecoördineerd en op elkaar afgestemd.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De verschillende disciplines erkennen elkaars expertise en competentie.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De verschillende disciplines erkennen het belang van elkaars expertisedomein.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

Er is een wederzijds vertrouwen tussen de verschillende disciplines.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De verschillende disciplines raadplegen elkaar regelmatig informeel.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De bijdrage door elke discipline wordt als even waardevol beschouwd.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De beslissingen over een cliënt met een complexe problematiek worden genomen rekening houdend met de mening van de verschillende disciplines.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De interprofessionele relaties tussen de verschillende disciplines zijn goed.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

De multidisciplinaire samenwerking verbetert de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.

-Niet van toepassing

-Helemaal oneens

-Oneens

-Neutraal

-Eens

-Helemaal eens

Welke knelpunten ervaart u in het multidisciplinair samenwerken?

financieel:...

relationeel:...

professioneel/inhoudelijk:...

organisatorisch:...

Wat vond u sterke punten van de methodiek van het multidisciplinair screenen?

Hoe haalbaar vindt u de methodiek om risicopatiënten met overgewicht multidisciplinair te screenen?

-zeer onhaalbaar

-onhaalbaar

-haalbaar

-zeer haalbaar

Wat moet er veranderen opdat de methodiek haalbaarder zou worden?

Is uw visie op multidisciplinair samenwerken bij overgewicht en obesitas veranderd door deze methodiek toe te passen?

-Ja

-Nee

Wat wel/niet?

Is uw manier van samenwerken met andere hulpverleners bij overgewicht en obesitas veranderd?

-Ja

-Nee

Wat wel/niet?

Is uw aanpak van overgewicht en obesitas veranderd?

-Ja

-Nee

Wat wel/niet?

Indien u nog feedback heeft in verband met de methodiek, kan u deze hier noteren.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Dr Ilse Depestele

Email: ilse.depestele@ugent.be
Tel: 09/345 97 76

Dr Pauline Dierinck

*Email: pauline.dierinck@ugent.be*mailto:Ilse.depestele@ugent.be
Tel: 055/30 40 40

Dr Charlotte Goemaere

Email: charlotte.goemaere@ugent.be
Tel: 053/85 00 62

Bijlage 11: Enquête na het MDO

Evaluatieformulier multidisciplinair overleg

Dit multidisciplinair overleg vormt een meerwaarde in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht/obesitas?

AKKOORD

NIET AKKOORD

Commentaar:

Voldeed het multidisciplinair overleg aan je verwachtingen?

WAAR

NIET WAAR

Wat kwam er voldoende aan bod?

Wat kwam er onvoldoende aan bod?

Indien dit multidisciplinair overleg naar de toekomst toe vaker georganiseerd zou worden, zou u hier opnieuw aan deelnemen?

WAAR

NIET WAAR => waarom niet?

Alvast hartelijk dank voor uw deelname,

Met vriendelijke groeten,

Charlotte Goemaere
Pauline Dierinck
Ilse Depestele

Bijlage 12: Berekeningen significantie resultaten patiënten

In het eindwerk worden de resultaten enkel beschrijvend weergegeven aangezien de studiepopulatie van 24 patiënten relatief beperkt is wat betreft de statistische power. Desondanks, uit interesse en om de oefening te maken wordt de significantie van enkele resultaten met behulp van het statistisch verwerkingsprogramma SPSS berekend. De volgende resultaten moeten gezien worden als 'een indicatie van' gezien de kleine steekproef, het niet testen van assumpties, mogelijke bias, confounders en geen toepassing van een meervoudige ('multiple' of 'multivariable') logistische regressie-analyse. Deze gegevens worden hier weergegeven. In de discussie wordt de voorzichtigheid benadrukt waarmee deze waarden dienen geïnterpreteerd te worden.

AFKORTING GEBRUIKT IN SPSS	BETEKENIS
LICH A	De berekende gemiddelde score op lichamelijke tevredenheid voor het project
LICH B	De berekende gemiddelde score op lichamelijke tevredenheid na 6 maanden van het project
LICH C	Het verschil tussen de berekende gemiddelde score op lichamelijke tevredenheid voor het project en de berekende gemiddelde score op lichamelijke tevredenheid na 6 maanden
PSYCH A	De berekende gemiddelde score op psychische tevredenheid voor het project
PSYCH B	De berekende gemiddelde score op psychische tevredenheid na 6 maanden van het project
PSYCH C	Het verschil tussen de berekende gemiddelde score op psychische tevredenheid voor het project en de berekende gemiddelde score op psychische tevredenheid na 6 maanden
SOC A	De berekende gemiddelde score op sociale tevredenheid voor het project
SOC B	De berekende gemiddelde score op sociale tevredenheid na 6 maanden van het project
SOC C	Het verschil tussen de berekende gemiddelde score op sociale tevredenheid voor het project en de berekende gemiddelde score op sociale tevredenheid na 6 maanden

1. Biopsychosociale tevredenheid

Paired Samples Statistics

		Gemiddelde	Aantal	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	LICHA	2,3924	24	,72834	,14867
	LICHB	3,1771	24	,77837	,15888
Pair 2	PSYCHA	3,1194	24	,43282	,08835
	PSYCHB	3,5403	24	,38673	,07894
Pair 3	SOCA	3,7332	24	,46530	,09498
	SOCB	3,8956	24	,37669	,07689

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper			
Pair 1	LICHA - LICHB	-,78472	,84518	,17252	-1,14161	-,42784	-4,549	23	,001
Pair 2	PSYCHA - PSYCHB	-,42083	,42515	,08678	-,60036	-,24131	-4,849	23	,001
Pair 3	SOCA - SOCB	-,16240	,44008	,08983	-,34823	,02343	-1,808	23	,084

<u>Lichamelijk:</u>

Na statistische berekening via een T-test blijkt deze stijging van bijna een punt (0,8) significant (p-waarde van 0,001). Het lijkt dus dat de patiënten die deelnamen aan het project een stijging op vlak van hun lichamelijke tevredenheid ervaren na zes maanden.

Bij psycholoog: Dit verwaarloosbare resultaat van een daling van 0,1 punt blijkt niet significant uit de berekening via een T-test (p-waarde= 0,639).

Group Statistics

	naar psycholoog geweest	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LICHC	neen	17	,8382	,85871	,20827
	ja	7	,6548	,86258	,32603

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
LICHC	Equal variances assumed	,001	,971	,475	22	,639	,18347	,38611	-,61728	,98422
	Equal variances not assumed			,474	11,197	,644	,18347	,38687	-,66620	1,03314

Kinesist: Dit resultaat van gemiddeld een punt verschil op lichamelijke tevredenheid (0,8) blijkt uit de berekening van de T-test wel significant (p-waarde= 0,017). Het lijkt dus dat de patiënten die begeleid werden door een kinesist er gemiddeld met bijna 1 punt (0,8 op een schaal van 1= zeer ontevreden tot 5= zeer tevreden) tevredenheid op lichamelijk vlak vooruitgaan.

Group Statistics

	naar kinesist geweest	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LICHC	neen	13	,4167	,90842	,25195
	ja	11	1,2197	,51811	,15621

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
LICHC	Equal variances assumed	1,825	,190	-2,591	22	,017	-,80303	,30988	-1,44568	-,16038
	Equal variances not assumed			-2,709	19,535	,014	-,80303	,29645	-1,42236	-,18370

Psychisch:

Na statistische berekening via een T-test blijkt de stijging van bijna een half punt (0,4) in de psychishce tevredenheid na zes maanden significant (p-waarde van 0,001).

Psycholoog: Dit resultaat van een stijging van 0,2 blijkt niet significant uit de berekening via een T-test (p-waarde= 0,275).

Group Statistics

	naar psycholoog geweest	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PSYCHC	neen	17	,3588	,42057	,10200
	ja	7	,5714	,42879	,16207

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
PSYCHC	Equal variances assumed	,051	,823	-1,120	22	,275	-,21261	,18989	-,60641	,18120
	Equal variances not assumed			-1,110	11,045	,290	-,21261	,19150	-,63388	,20867

Kinesist: Dit resultaat van een half punt verschil blijkt uit de berekening van de T-test wel significant (p-waarde= 0,007).

Group Statistics

	naar kinesist geweest	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PSYCHC	neen	13	,2154	,43708	,12122
	ja	11	,6636	,25839	,07791

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
PSYCHC	Equal variances assumed	2,579	,123	-2,983	22	,007	-,44825	,15027	-,75990	-,13660
	Equal variances not assumed			-3,111	19,889	,006	-,44825	,14410	-,74895	-,14755

Sociaal:

Na statistische berekening via een T-test blijkt deze stijging van nog geen half punt (0,3) niet significant (p-waarde = 0,084). Het is dan ook niet nuttig verder te berekenen of de stijging groter was als de patiënten een kinesist en/of psycholoog hadden geconsulteerd.

Conclusie biopsychosociale tevredenheid

Samenvattend kan gesteld worden dat er algemeen na zes maanden een significante gemiddelde vooruitgang van één punt (op een schaal van vijf) is op vlak van lichamelijke tevredenheid en een significante gemiddelde vooruitgang op vlak van psychische tevredenheid van bijna een half punt (op een schaal van vijf).Er werd geen significante gemiddelde daling of stijging gezien op vlak van sociale tevredenheid.

De patiënten die een kinesist raadpleegden ervaren zowel op lichamelijk als op psychische tevredenheid een significante gemiddelde stijging (van respectievelijk bijna één punt en een half punt).

Het consulteren van een psycholoog werd niet in verband gebracht met een significant gemiddelde stijging of daling op vlak van lichamelijke of psychische tevredenheid.

2. Klinische parameters

Gewicht en BMI

Het gemiddelde gewicht voor het project bedroeg 100,5 kg. Na het project bedroeg dit nog 95 kg. Via een statistische berekening met een T-test wordt een p-waarde bekomen van 0,001, waardoor dit resultaat van gemiddeld vijf kg gewichtsverlies na zes maanden significant mag genoemd worden.

Logischerwijs wordt dus ook een verschil gezien in de gemiddelde BMI voor het project en na zes maanden, deze bedragen respectievelijk 35,4 en 33,7. Ook dit verschil van 1,7 blijkt significant (p-waarde= 0,001).

Verschil in gewichtsverlies als de patiënt begeleid werd door een psycholoog?
Er werd verder ook gekeken of er een significant verschil is in het gewichtsverlies als de patiënt begeleid werd door een psycholoog of niet. Het gemiddelde gewichtsverlies bedroeg 6,1 kg bij de zeventien patiënten die geen psycholoog hadden bezocht en 3,6 bij de zeven patiënten die wel begeleid werden door een psycholoog. Dit resultaat blijkt uit de berekening van de T-test niet significant (p-waarde= 0,265).

Verschil in gewichtsverlies als de patiënt begeleid werd door een kinesist?
Het gemiddelde gewichtsverlies bedroeg 3,3 kg bij dertien de patiënten die geen kinesist hadden bezocht en 7,8 kg bij de elf patiënten die wel begeleid werden door een kinesist. Dit resultaat van een gemiddeld verschil van 4,5 kg gewichtsverlies blijkt uit de berekening van de T-test wel significant (p-waarde= 0,021).

Verschil in BMI als de patiënt begeleid werd door een psycholoog?
Het gemiddelde verlies in BMI bedroeg 1,8 bij zeventien de patiënten die geen psycholoog hadden bezocht en 1,3 bij de zeven patiënten die wel begeleid werden door een psycholoog. Dit resultaat blijkt uit de berekening van de T-test niet significant (p-waarde= 0,402).

Verschil in BMI als de patiënt begeleid werd door een kinesist?
Het gemiddelde BMI-verlies bedroeg 1,1 bij dertien de patiënten die geen kinesist hadden bezocht en 2,3 bij de elf patiënten die wel begeleid werden door een kinesist. Dit verschil van 1,2 blijkt uit de berekening van de T-test wel significant (p-waarde= 0,022).

Buikomtrek
De gemiddelde buikomtrek bedroeg bij de start van het project 109 cm en na zes maanden 104,1 cm. Dit gemiddelde verlies van bijna vijf cm (4,8) blijkt ook significant (p-waarde= 0,000).

Verschil in buikomtrekverlies als de patiënt begeleid werd door een psycholoog?
Er werd verder ook gekeken of er een significant verschil is in het gemiddelde verlies van de buikomtrek als de patiënt begeleid werd door een psycholoog of niet. Het gemiddeld buikomtrekverlies bedroeg 5,2 cm bij zeventien patiënten die geen psycholoog hadden bezocht en 3,9 cm bij de zeven patiënten die wel begeleid werden door een psycholoog. Dit resultaat blijkt uit de berekening van de T-test niet significant te verschillen (p-waarde= 0,442).

Verschil in buikomtrek als de patiënt begeleid werd door een kinesist?
Het gemiddelde verlies van de buikomtrek bedroeg 3,7 cm bij de dertien patiënten die geen kinesist hadden bezocht en 6,2 cm bij de elf patiënten die wel begeleid werden door een kinesist. Dit resultaat

van gemiddeld 2,5 cm verschil blijkt uit de berekening van de T-test niet significant te verschillen (p-waarde= 0,092).

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	gewicht voor	100,52	24	19,040	3,886
	gewicht na	95,1458	24	16,94333	3,45854

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper			
Pair 1	gewicht voor - gewicht na	5,379 17	4,91979	1,00425	3,30172	7,45661	5,356	23	,001

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	bmi voor	35,43	24	5,733	1,170
	bmi na	33,73	24	4,996	1,020

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper			
Pair 1	bmi voor - bmi na	1,696	1,290	,263	1,151	2,241	6,441	23	,001

Group Statistics

	naar psycholoog geweest	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Gewichtsverlies	neen	17	6,1118	4,94809	1,20009
	ja	7	3,6000	4,72017	1,78406
Buikomtrekverlies	neen	17	5,2059	3,74608	,90856
	ja	7	3,9286	3,32200	1,25560
BMI-verlies	neen	17	1,8412	1,09319	,26514
	ja	7	1,3429	1,72806	,65315

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Gewichtsverlies	Equal variances assumed	,151	,701	1,144	22	,265	2,51176	2,19469	-2,03974	7,06327
	Equal variances not assumed			1,168	11,756	,266	2,51176	2,15013	-2,18379	7,20732
Buikomtrekverlies	Equal variances assumed	,303	,587	,782	22	,442	1,27731	1,63259	-2,10846	4,66309
	Equal variances not assumed			,824	12,630	,425	1,27731	1,54984	-2,08092	4,63554
BMI-verlies	Equal variances assumed	4,808	,039	,855	22	,402	,49832	,58270	-,71013	1,70677
	Equal variances not assumed			,707	8,058	,500	,49832	,70491	-1,12516	2,12180

Group Statistics

	naar kinesist geweest	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Gewichtsverlies	neen	13	3,3000	3,42101	,94882
	ja	11	7,8364	5,41891	1,63386
Buikomtrekverlies	neen	13	3,6923	3,72233	1,03239
	ja	11	6,1818	3,09251	,93243
BMI-verlies	neen	13	1,1538	1,30359	,36155
	ja	11	2,3364	,97701	,29458

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Gewichtsverlies	Equal variances assumed	,379	,544	-2,493	22	,021	-4,53636	1,81976	-8,31031	-,76241
	Equal variances not assumed			-2,401	16,334	,029	-4,53636	1,88938	-8,53503	-,53770
Buikomtrekverlies	Equal variances assumed	,143	,709	-1,761	22	,092	-2,48951	1,41351	-5,42095	,44193
	Equal variances not assumed			-1,790	21,998	,087	-2,48951	1,39113	-5,37456	,39554
BMI-verlies	Equal variances assumed	1,704	,205	-2,474	22	,022	-1,18252	,47790	-2,17362	-,19142
	Equal variances not assumed			-2,536	21,729	,019	-1,18252	,46637	-2,15040	-,21464

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Buikomtrek voor & Buikomtrek na	24	,968	,001

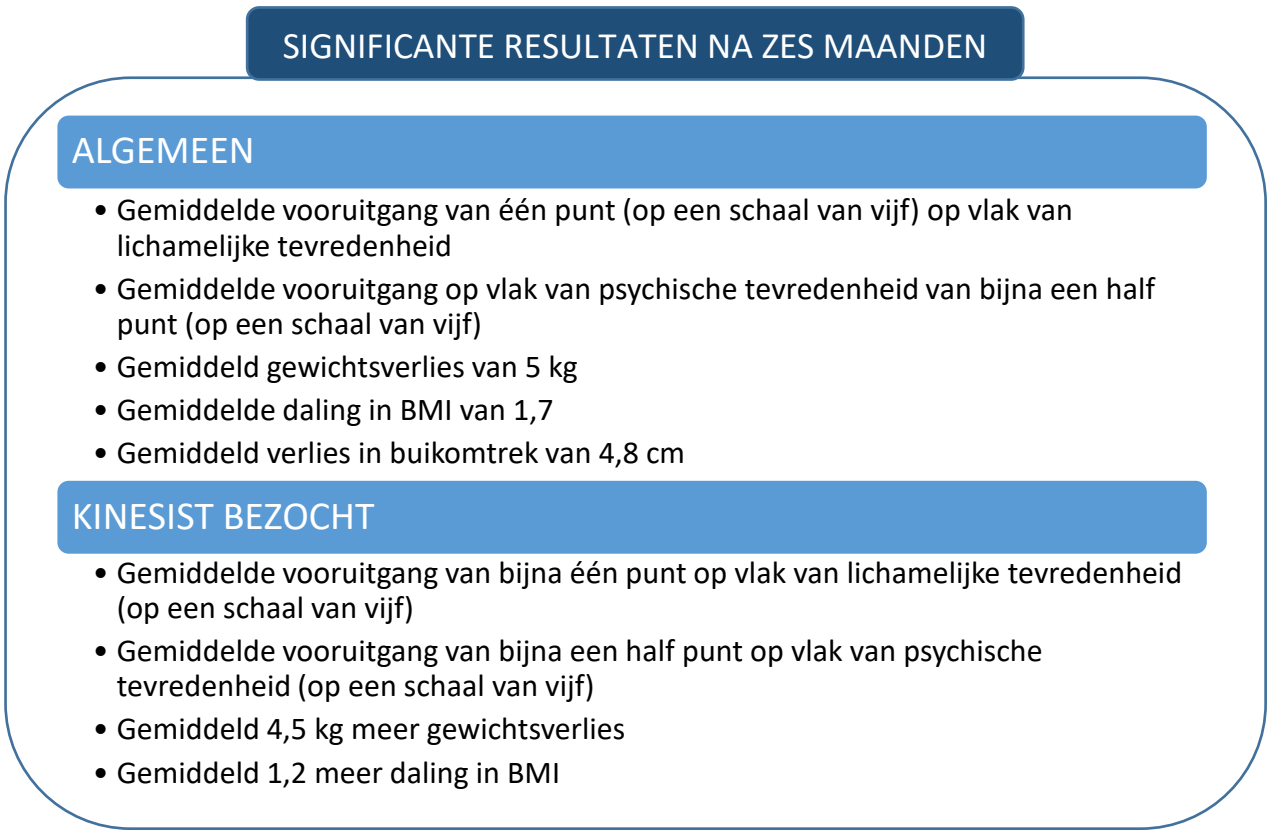
Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	Buikomtrek voor - Buikomtrek na	4,83333	3,60455	,73577	3,31127	6,35540	6,569	23	,000

Samenvattend kan worden gesteld dat volgende resultaten na zes maanden significant waren:

- Algemeen een gemiddeld gewichtsverlies van vijf kg.
- Algemeen een gemiddelde daling in BMI van 1,7.
- Algemeen een gemiddeld verlies in buikomtrek van 4,8 cm.
- Bij de patiënten die een kinesist consulteerden een gemiddeld verschil van 4,5 kg meer gewichtsverlies ten op zichte van zij die geen kinesist consulteerden en een gemiddeld verschil in daling van de BMI van 1,2.

Het consulteren van een psycholoog werd niet in verband gebracht met een significant gemiddelde stijging of daling van klinische parameters.



Figuur bijlage 1: Significante resultaten na zes maanden

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK BIJ OVERGEWICHT: DE VITALITEITSPAS ALS TOOL OM DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS, DIËTIST, PSYCHOLOOG EN BEWEGINGSTHERAPEUT TE OPTIMALISEREN. Partim VOEDINGS- EN DIEETKUNDE

Dieringck Pauline

Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Paul De Cort (KU Leuven)
Copromotor: Mevrouw An Vandeputte (Eetexpert.be vzw)

Academiejaren 2015 – 2017

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel literatuuronderzoek partim voedings- en dieetkunde

Inhoudstafel literatuuronderzoek partim voedings- en dieetkunde 1
1. Onderzoeksvraag 2
2. Methodologie 3
2.1. Stap 1: Richtlijnen 3
2.2. Stap 2: EBM-tijdschrifen 3
2.3. Stap 3: Evidence based artikels en systematische reviews 3
3. Resultaten 4
3.2. Bespreking richtlijnen 4
3.2. Resultaten Pubmed 8
3.2.1. Systematische reviews (meta-analyse) 8
3.2.2. Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek 8
3.2.3. Niet-vergelijkend onderzoek 9
3.2.4. Mening van deskundigen 9
4. Besluit 11
5. Bronnen 12
6. Bijlage 14
Bijlage 1: De actieve voedingsdriehoek 14
Bijlage 2: Verwijsbrief huisarts naar diëtist 15
Bijlage 3: Rapport diëtist naar huisarts 16

1. Onderzoeksvraag

In het onderstaande literatuuronderzoek wordt gezocht naar een antwoord op de volgende vraag:

Onderzoeksvraag: Wat is de meerwaarde van de multidisciplinaire aanpak van patiënten met overgewicht of obesitas door de huisarts en de diëtist?

Hieronder wordt voor de onderzoeksvraag de zoekmethode en resultaten beschreven.

Deze onderzoeksvraag kan uitgeschreven worden als een PICO-vraag:

P	Patiënt	Patiënt met overgewicht of obesitas.
I	Interventie	Multidisciplinaire samenwerking tussen de huisarts en de diëtist.
C	Controle	Geen multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas.
O	Outcome	Gezondheid, vitaliteit, gewichtsverlies, winst op de drie biopsychosociale einddoelen, kwaliteit van leven.

2. Methodologie

Volgens het principe van de watervalmetafoor *(www.ebm.ugent.be)* wordt in de literatuur gezocht naar een antwoord op de PICO-vraag. Deze literatuurstudie heeft bij de selectie van de artikels volgende exclusiecriteria gehanteerd:

- *Populatie:* artikels over obesitas bij kinderen, bariatrische heelkunde, te specifieke onderzoekspopulatie (zwangere vrouwen, te ernstige comorbiditeit)
- *Taal:* artikels geschreven in een andere taal dan Duits, Engels, Frans en Nederlands
- *Datum:* artikels ouder dan 2005

2.1. Stap 1: Richtlijnen

In de eerste stap wordt gezocht naar algemene richtlijnen over overgewicht en obesitas die bruikbaar zijn voor de huisarts. Er worden twee nationale Nederlandstalige richtlijnen weerhouden: de Domus Medica richtlijn "Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk" (België, 2011) en de NHG standaard "Obesitas" (Nederland, 2010). Eetexpert.be vzw is een kenniscentrum in verband met eet- en gewichtsproblemen. Hun site biedt veel informatie op basis van de meest recente inzichten. Op de site zijn er draaiboeken voor de zorgverleners beschikbaar. Het draaiboek voor de huisarts en de diëtist wordt voor het literatuuronderzoek geraadpleegd. Via Pubmed worden internationale richtlijnen over overgewicht en obesitas bekomen (de Europese richtlijn (2015), de Canadese richtlijn (2012) en de Amerikaanse richtlijn (2014)). Ook de copromotor, mevrouw Ann Vandeputte, levert interessante richtlijnen voor deze literatuurstudie aan.

2.2. Stap 2: EBM-tijdschrifen

Via EBM Practice Net levert het trefwoord "obesity" 49 publicaties op. Geen artikels zijn bruikbaar voor de PICO-vraag. De zoektermen "dietitian or nutritionist" leveren geen extra bruikbare artikels op via EBM Practice Net. Via Minerva wordt gezocht op het trefwoord 'obesitas' wat veertien artikels en drie bondige besprekingen oplevert. Deze artikels zijn niet bruikbaar voor de PICO-vraag.

2.3. Stap 3: Evidence based artikels en systematische reviews

Als derde stap wordt de database Pubmed gebruikt om de literatuurlijst verder uit te breiden. Onderstaande zoektermen worden gebruikt:

- (obesity[Title/Abstract]) AND dietitian[Title/Abstract]:
  245 resultaten, na een selectie op clinical trials en systematic reviews: 84 resultaten
- ((obesity[Title/Abstract]) AND dietitian[Title/Abstract]) AND primary care[Title/Abstract]:
  31 resultaten
- ((obesity[Title/Abstract]) AND dietitian[Title/Abstract]) AND multidisciplinary[Title/Abstract]:
  26 resultaten
- (obesity[Title/Abstract]) AND nutritionist[Title/Abstract]:
  106 resultaten, na een selectie op clinical trials en systematic reviews: 25 resultaten
- ((obesity[Title/Abstract]) AND nutritionist[Title/Abstract]) AND primary care[Title/Abstract]:
  14 resultaten,
- (((nutritionist[Title/Abstract]) AND obesity[Title/Abstract])AND multidisciplinary [Title/Abstract]):
  14 resultaten

De artikels uit de zoekresultaten worden systematisch overlopen en geselecteerd op bruikbaarheid. Dertien publicaties zijn relevant voor de PICO-vraag. De zoekresultaten van de zoektermen bevatten veel artikels over de obesitasproblematiek bij kinderen. Daarnaast zijn er ook talrijke artikels over bariatrische heelkunde of de effectiviteit van de verschillende types diëten. Deze onderwerpen behoren niet tot de focus van deze literatuurstudie.

Via de referentielijsten van de richtlijnen en de geselecteerde artikels worden verdere interessante artikels gevonden.

3. Resultaten

3.2. Bespreking richtlijnen

De richtlijn van **Domus Medica** geeft aan dat de dieetbegeleiding door de huisarts volgende aandachtspunten omvat:

- vertrekken van een gezonde gevarieerde voeding aan de hand van de actieve voedingsdriehoek
- bespreken van het voedingspatroon van de patiënt aan de hand van een dagboek (zelfmonitoring)
- begeleiding door een diëtist (1)

De actieve voedingsdriehoek biedt een goed instrument om de patiënt te wijzen op de juiste keuzes en verhoudingen (zie bijlage 1: De actieve voedingsdriehoek). De Hoge Gezondheidsraad heeft in september 2016 de nieuwe voedingsaanbevelingen voorgesteld. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op verschillende toonaangevende onderzoeken en gecontroleerd door een grote groep wetenschappers. Ze gaan in tegen hypes die bepaalde bronnen van koolhydraten, zoals brood en aardappelen, van het menu schrappen en beweren dat verzadigd vet gezond is. De nieuwe aanbevelingen liggen volledig in lijn met de aanbevelingen die in de huidige actieve voedingsdriehoek terug te vinden zijn. Professionals die met voeding en beweging bezig zijn kunnen dit model dus zonder aanpassing blijven gebruiken. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie VZW (VIGeZ) is gestart met de herziening van de actieve voedingsdriehoek met de bedoeling om in 2017 tot een nieuw model te komen (2-3).

Domus Medica stelt dat het belangrijk is om te vertrekken van het voedingspatroon van de patiënt. De huisarts kan de patiënt laten opschrijven wat hij allemaal eet en drinkt gedurende één week. In zo'n dagboek noteert de patiënt zorgvuldig niet alleen wat en hoeveel hij eet, maar ook de plaats, het tijdstip, de frequentie en omstandigheden van het eten. Dit dagboek kan hij meenemen naar een volgend bezoek bij de huisarts of rechtstreeks bij de diëtist. Op basis hiervan kan de patiënt worden aangemoedigd om bepaalde aspecten van zijn voedingspatroon te veranderen. Het bijhouden van een dagboek en zelfmonitoring vragen wel veel tijd, wat meestal niet haalbaar is voor de huisarts in de gemiddelde huisartsenpraktijk. Daarom adviseert Domus Medica de huisarts de patiënt door te verwijzen naar een diëtist. De diëtist heeft een belangrijke rol binnen de multidisciplinaire aanpak van obesitas op vlak van probleemverkenning, inventarisatie (voedingsgewoonten, gedrag en motivatie) en op vlak van persoonlijke begeleiding van patiënten. Domus Medica heeft een sjabloon voor een verwijsbrief van de huisarts naar de diëtist opgesteld (zie bijlag 2: Verwijsbrief huisarts naar diëtist), alsook een sjabloon voor een rapport van de diëtist naar de huisarts (zie bijlage 3: Rapport diëtist naar huisarts)(1).

De **NHG-standaard** obesitas adviseert dat de huisarts het gebruik van een gezonde voeding aanbeveelt en verwijst naar een diëtist voor een voedingsadvies op maat, indien blijvende gewichtsvermindering en/of -behoud niet bereikt worden of de patiënt een intensievere begeleiding nodig heeft. Een dieet afgestemd op het individu, zowel wat betreft energiebeperking als eet- en leefgewoonten en cultuur, en met inachtneming van de comorbiditeit, is dan aangewezen. Tevens moet rekening gehouden worden met de psychologische en financiële draagkracht van de patiënt (4).

Het draaiboek voor de huisarts, gepubliceerd door **Eetexpert.be vzw**, rapporteert dat het betrekken van andere disciplines bij de inventarisatie van het gewichtsprobleem efficiënt is. De huisarts heeft slechts beperkte tijd in een consultatie, waardoor niet alle thema's even uitgebreid aan bod kunnen komen. Bovendien beschikken andere disciplines over specifieke expertise voor bepaalde thema's. Deze uitspraken zijn gebaseerd op een verslag van een werkgroep interdisciplinaire eerstelijnspraktijken (2010, Herent) georganiseerd door Eetexpert.be vzw (5-6).

Bij overgewicht en obesitas kan bijkomende inventarisatie door de diëtist een belangrijke verdieping leveren. De diëtist kan een grondige voedingsanamnese uitvoeren, die uitgebreide informatie over de voedingsgewoonten van de patiënt en aanknopingspunten voor de behandeling kan aanbrengen. Wanneer de patiënt een eetdagboek heeft bijgehouden, kan de diëtist hier uitgebreid op ingaan. Het doel is vooral om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de problematiek zodat de behandeling op maat van de patiënt kan gebeuren (5,7).

Belangrijk is dat de huisarts in de inventarisatie een coördinerende rol opneemt. Bij de samenwerking met een diëtist, is het belangrijk dat de huisarts de voorgeschiedenis, de comorbiditeiten, de medicatie, belangrijke parameters (laatste labo-resultaten, bloeddruk, lengte, gewicht, buikomtrek), eventueel andere dieetmaatregelen (bijvoorbeeld natriumbeperking), de aard van de problematiek, de gestelde doelstellingen en verwachtingen doorgeeft. De huisarts kan het medisch risico inschatten (EOSS stadium) en lichamelijke oorzaken (eventueel somatische aandoeningen) en gevolgen van het overgewicht nagaan. De huisarts geeft deze informatie door aan de diëtist, waarop de diëtist vervolgens de informatie naar de huisarts terugkoppelt. Dit kan via een kort verslag aan de huisarts en gebeurt idealiter in een kort gemeenschappelijk overleg (5,7).

Eetexpert.be vzw pleit voor een aanpak op maat van de patiënt, waarbij er een paradigmashift optreedt met een sterke verschuiving van een focus op gewicht naar een focus op gezondheid. Een belangrijke uitdaging bestaat erin om de maatschappij, de media en de patiënt mee te nemen in deze verschuiving aangezien de nadruk nog sterk op het gewicht gelegd wordt (7).

De manier van communicatie over voeding, beweging en gewicht dient zorgvuldig te gebeuren. Ondoordachte anti-obesitasboodschappen kunnen bijdragen tot een ongewenste preoccupatie met voeding, gewicht en lichaamsvormen. Ongezonde dieetpraktijken kunnen aangewakkerd worden en het risico op eetstoornissen kan verhoogd worden. Het is belangrijk dat zorgverleners voldoende stil staan bij het rapporteren van een boodschap en bij de begeleiding naar een duurzame gedragsverandering (7).

In de **position paper door mevrouw Debray en mevrouw Vandeputte** worden volgende communicatietips voor zorgverleners over het onderwerp gewicht en leefstijl beschreven om zowel obesitas als eetstoornissen te voorkomen.

- Vermijd een eenzijdige focus op gewicht. Focus meer op een gezonde leefstijl.
- Bevorder een positief lichaamsbeeld en een goed welbevinden.
- Gebruik beeldmateriaal dat een positief en gezond lichaamsbeeld bevordert.
- Vermijd taal die impliciet of expliciet antivetboodschappen geeft.
- Zet stoornissen niet in de schijnwerpers (8).

De **Europese richtlijn** noteert dat gewichtsverlies bij overgewicht geen doel op zich is, maar steeds in functie van een betere gezondheid en levenskwaliteit staat. De zorgverleners richten de behandeling naar ‘voortdurende’ veranderingen in leefstijl. Er kan reeds een significante gezondheidsbevordering bekomen worden door een matig gewichtsverlies (5-10% van het initiële gewicht) en levensstijlaanpassingen. Bij stabiel overgewicht (BMI 25.0–29.9 kg/m²) zonder bijkomende comorbiditeiten is er geen enkele reden om de patiënt aan te sporen tot gewichtsverlies. Prioritair is de gezondheidsbevordering en de preventie van gewichtstoename. In geval van overgewicht met een geassocieerde comorbiditeit is gewichtsverlies van 5 tot 15% aangewezen, maar het behoud ervan is essentieel (9).

De Europese richtlijn adviseert eveneens de toepassing van het voedingsdagboek door de patiënt. Vooraleer de zorgverlener overgaat tot voedingsadvies, wordt de motivatie van de patiënt bevraagd. Het is belangrijk om na te gaan of de patiënt wel degelijk verandering wil, wat de verwachtingen zijn en hoeveel zelfvertrouwen de patiënt hiervoor heeft. Gezonde voeding wordt geadviseerd met de nadruk op volgende voedingsmiddelen: groenten, bonen, linzen, granen, vezels en vis. Vetrijke

voedingsmiddelen worden vervangen worden door vetarme producten. Voeding met toegevoegde suikers of vetten, gesuikerde dranken en alcoholische consumpties worden vermeden. De zorgverlener formuleert algemene adviezen zoals het caloriegehalte van voeding te verminderen, de grootte van de porties te reduceren, het eten tussen de maaltijden te vermijden, nachtelijk eten te vermijden, maaltijden niet over te slaan en emotiegericht eten te beheersen (9).

Wanneer gewichtsreductie een doelstelling vormt, is het aanbevolen dieet een geïndividualiseerd caloriearm dieet. De Europese richtlijn adviseert de samenwerking met de diëtist. Een caloriearm en evenwichtig dieet resulteert in een klinisch belangrijk gewichtsverlies, ongeacht welke macronutriënten men benut. De Europese richtlijn adviseert dat een patiënt met een caloriearm dieet 600 kilocalorieën (kcal) of 15-30% kcal minder inneemt dan nodig is om het gewicht stabiel te houden. Zo wordt een gewichtsverlies van 0,5 kilogram per week voorspeld. Een dieet opgebouwd uit minder dan 1200 kcal/dag, leidt tot een tekort aan micronutriënten, met nefaste gevolgen voor de voedingsstatus en de outcome van de obesitaszorg (9).

Tot slot kan een grondige aanpak van overgewicht enkel gebeuren door een multidisciplinair obesitas-management team, met de huisarts als coördinator (9).

De **Canadese richtlijn** over gezondheid, gewicht en obesitas onderstreept eveneens het negatieve effect van gewichtsreductie behandelingen op de fysische en mentale gezondheid. De richtlijn noteert dat gewichtsreductie behandelingen ineffectief en gevaarlijk zijn (jojo-effect, geen duurzaamheid, restrictie van macronutriënten en micronutriënten). Het promoten van gecombineerde leefstijlinterventies daarentegen levert gezondheidsvoordelen op (10).

De richtlijn adviseert dat de obesitasbehandeling uit drie fases moet bestaan:

- Fase 1: stabilisatie van het gewicht
- Fase 2: gewichtsverlies als behandeldoel om de gezondheid te verbeteren
- Fase 3: behoud van het gewichtsverlies (10)

Om de behandeling op lange termijn te doen slagen, is een goede samenwerking en steun vereist tussen de patiënt, de eerstelijns zorgverleners en de omgeving (10).

De **Amerikaanse richtlijn** over de aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen benadrukt eveneens het belang van intensieve, gecombineerde leefstijlinterventies. Het behandelingsplan kan de huisarts zelf begeleiden of doorverwijzen. Gewichtsverlies wordt bekomen door een negatieve energie balans te creëren door aanpassingen aan de voeding en de fysieke activiteit. De behandeling houdt zowel een verbetering van het eetgedrag en het voedingspatroon in, als een verhoging van de lichamelijke activiteit en vermindering van sedentair gedrag. Psychologische interventies zijn belangrijk ter ondersteuning van de gedragsverandering (11).

Voedingsbegeleiding bij overgewicht en obesitas moet dus steeds in een ruimere context beschouwd worden. Een gewichtsverlies van 5-10% is het vooropgestelde doel. De richtlijn adviseert dat de huisarts zowel de voedingsintake als de voedingssamenstelling aanpakt, zodat een negatieve energiebalans bekomen wordt. De huisarts kan een dieet van 1200-1500 kcal/dag voor de vrouw en 1500-1800 kcal/dag voor de man voorschrijven. Anderzijds kan er gekozen worden voor een wetenschappelijk onderbouwd dieet met restrictie van bepaalde voedingsmiddelen (bijvoorbeeld restrictie van voeding met een hoog glycemische index, vezelarme of vetrijke voedingsmiddelen). Er is geen eenduidigheid over wat het “beste” dieet voor patiënten met obesitas is. De huisarts schrijft een caloriearm dieet voor gebaseerd op het gezondheidsprofiel en de persoonlijke voorkeuren van de patiënt. Er wordt doorgestuurd naar een diëtist indien de patiënt een meer gespecialiseerde voedingsbegeleiding nodig heeft (11).

De richtlijn benadrukt dat gedragsveranderingen pas bekomen worden na intensieve uitgebreide interventies, bestaande uit meer dan veertien individuele of groepssessies door een getrainde zorgverlener. Als de patiënt geen toegang heeft tot persoonlijke ("face-to-face") behandelingssessies, kan als alternatief een elektronisch vermageringsprogramma (inclusief telefonische gesprekken), met persoonlijke feedback door getrainde zorgverleners, opgesteld worden. Deze aanbeveling (≥14 persoonlijke sessies in de eerste 6 maanden en een behandelingsduur van minstens een jaar) is slechts in enkele Amerikaanse obesitasklinieken haalbaar. De toepassing van deze Amerikaanse richtlijn is in de eerste lijn moeilijk te realiseren gezien de financiële barrière en de beperkte toegankelijkheid van de Amerikaanse gezondheidszorg. Er wordt gestreefd naar financieel interessantere en toegankelijkere alternatieven (11).

3.2. Resultaten Pubmed

De bekomen resultaten via Pubmed worden beschreven naar mate de level van evidentie.

3.2.1. Systematische reviews (meta-analyse)

Een meta-analyse van 37 studies met als onderwerp de aanpak van obesitas door uitgebreide gedragsveranderingen, representatief voor 16.000 patiënten, kan geen evidentie aantonen voor meer gewichtsverlies als er frequentere contactmomenten zijn tussen de patiënt en de zorgverleners (p=0,25). Er is wel evidentie voor effectieve gewichtsdaling bij volgende behandelingsstrategieën: “het tellen van calorieën” (p=0,027), consultaties met een diëtist (p<0,001) en gedragstherapie (p=0,032) (12).

De review van Flodgren et al. analyseert de effectiviteit van de obesitaszorg door zorgverleners en gezondheidsorganisaties. In de review wordt een Randomized Controlled Trial (RCT) door de auteur Pritchard beschreven met als conclusie dat patiënten die worden opgevolgd door een diëtist of door de multidisciplinaire samenwerking van de huisarts en de diëtist jaarlijks meer in gewicht afnemen ten opzichte van de controle groep (enkel consultaties bij de huisarts) (13-14).

Een andere systematische review bestudeert de resultaten van tien RCT’s over de eerstelijns aanpak van obesitas door levensstijlinterventies al dan niet gecombineerd met farmacotherapie. De studies worden geclassificeerd in drie groepen: behandeling door consulten bij de huisarts (a), behandeling door consulten bij de huisarts en farmacotherapie (b), en behandeling door een multidisciplinair team (o.a. diëtist) (c). In de actieve arm van de studiegroepen wordt een gewichtsverlies bekomen van respectievelijk 0.1 tot 2.3 kg, 1.7 tot 7.5 kg, en 0.4 tot 7.7 kg (15).

3.2.2. Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek

Friegenbaum et al. exploreren de effectiviteit van verschillende obesitasbehandelingen in de eerste lijn. De studie wordt georganiseerd in drie huisartspraktijken en 225 patiënten worden verdeeld in drie groepen. Groep A wordt behandeld met een persoonlijk dieet, tweewekelijkse consultaties bij de huisarts en de diëtist, en Orlistat. Groep B wordt behandeld met een algemeen dieet, maandelijkse consultaties bij de huisarts en Orlistat. Groep C wordt enkel behandeld met een persoonlijk dieet en maandelijkse consultaties bij de diëtist. Als primaire outcome wordt een gewichtsafname van 5% gedurende de studieperiode van zes maanden vooropgesteld. Een groter percentage van de patiënten van groep A behaalt de vooropgestelde gewichtsafname (51%, 13% en 9% in respectievelijk groep A, B en C, p<0.001). De effectiviteit van Orlistat in de eerste lijn is controversieel en behoort niet tot de topic van deze literatuurstudie. De studie onderstreept dat er veel voordelen zijn aan de multidisciplinaire samenwerking tussen de huisarts en de diëtist. De huisarts is de vertrouwenspersoon en medisch expert. Door de (vaak) jarenlange therapeutische relatie tussen de huisarts en de patiënt, heeft de huisarts kennis van de levensstijl en omgeving van de patiënt. Zo kan een persoonlijke begeleiding voor overgewicht en obesitas opgestart worden. De huisarts kan vervolgens versterkt worden in de voedingsbegeleiding door de diëtist (16).

Het Shape Programma is een preventief gezondheidsprogramma voor de eerste lijn met als doel gewichtstoename tegen te gaan. Een RCT wordt uitgevoerd bij 194 dames met overgewicht of obesitas. De deelnemers worden gerandomiseerd tot de standaard obesitaszorg of tot het Shape Programma. Het programma houdt in: gedragsverandering door het opstellen van persoonlijke doelstellingen, zelfmonitoring met persoonlijk feedback, vaardigheidstrainingen, twaalf telefonische consulten met een diëtist en een lidkaart voor de fitness. De outcome is het behoud van het startgewicht of een gewichtsreductie op twaalf en op achttien maanden. Bij 62% van de deelnemers van het Shape Programma wordt het startgewicht behouden of een gewichtsreductie genoteerd na één jaar. Slechts 45% van controlegroep haalt deze doelstelling (p=0,03). De deelnemers van het Shape Programma hebben een betere gewichtsafname en stabilisatie van het gewicht vergeleken met de controle groep op achttien maanden (p=0,03). In het Shape Programma speelt de diëtist een cruciale

rol. Het Shape Programma is een matig intensief, effectief en gemakkelijk toepasbaar programma voor de eerste lijn (17-18).

In de RCT van Loque et al. worden 665 patiënten met overgewicht en obesitas in de eerste lijn gerandomiseerd tot de groep behandeld door de diëtist of de standaard obesitaszorg. De beide groepen worden behandeld met voedings- en bewegingstherapie en jaarlijkse consulten door een diëtist. De patiënten uit de eerste groep worden daarenboven maandelijks gebeld door de diëtist. Het gewichtsverlies in de beide groepen is resp. 1.6 kg en 0.9 kg na 6 maanden. Na 2 jaar wordt slechts een minimaal gewichtsverlies vastgesteld (resp. 0.4 kg en 0.2 kg; p = 0.5) (19).

Een studie uitgaande van de Universiteit van Rotterdam onderzoekt het lange termijn effect van een persoonlijke behandeling van overgewicht en obesitas door de diëtist en de bewegingstherapeut, na de doorverwijzing door de huisarts. De studie wordt uitgevoerd bij 407 vrouwen van middelbare leeftijd met overgewicht en obesitas. Als primaire outcome wordt gewichtsverandering na zes tot zeven jaar vooropgesteld en als secundaire outcome wordt de fysieke activiteit vastgesteld. De patiënten worden gerandomiseerd tot de standaard obesitaszorg of het interventieprogramma. Dit 2.5 jaar durende programma bestaat uit consulten bij de diëtist en deelname aan sportgroepslessen onder begeleiding van een kinesist. Na zes maanden is zowel het gewichtsverlies (aangepast verschil: 1,34 kg; 95% betrouwbaarheidsinterval CI: 0,45, 2,22 kg) als de deelname aan fysieke activiteiten (15,2%; 95% betrouwbaarheidsinterval CI: 28,6%, 1,7%) significant hoger bij de interventiegroep. Naarmate de studie vordert, wordt het verschil in het gewichtsverlies kleiner en na 24 maanden is het resultaat niet significant. Het verschil in de fysieke activiteit tussen de beide groepen is steeds significanter na de 6,6 jaar follow-up (29,8%; 95% betrouwbaarheidsinterval CI: 2,3%, 57,2%). Het artikel beschrijft dat minder strenge en minder intensieve interventies een betere outcome hebben op lange termijn. Om een gezond dieet en fysieke activiteit te kunnen behouden, is het belangrijk te focussen op motivatie, zelfvertrouwen en flexibiliteit. De behandeling moet gericht zijn op de persoonlijke levensstijl van de patiënt (20).

3.2.3. Niet-vergelijkend onderzoek

In de studie van Bowerman et al. worden patiënten met overgewicht en obesitas in de eerste lijn behandeld door de huisarts in combinatie met aanvullende telefonische sessies met de diëtist. Aangezien tijdsgebrek een barrière is voor de aanpak van overgewicht en obesitas in de huisartsenpraktijk, worden de consulten opgebouwd uit maximum tien minuten. In totaal worden 252 patiënten uit achtien huisartspraktijken geïncludeerd. Er wordt een follow-up bij de huisarts na vier, twaalf, 24, 36 en 52 weken voorzien. Na zes maanden is het gemiddelde gewichtsverlies bij de vrouwen 8 kg en bij de mannen 6,8 kg. De huisartsen geven aan zeer tevreden te zijn over dit programma. De conclusie van de studie is dat de implementatie van dit programma in drukke huisartsenpraktijken een meerwaarde kan bieden voor de patiënt (21).

3.2.4. Mening van deskundigen

Een Canadese studie onderzoekt de kennis en kunde van huisartsen bij de voedingsbegeleiding van overgewicht en obesitas. Via enquêtes van 451 huisartsen trachten de onderzoekers informatie te bekomen over de demografische kenmerken van de huisartsen, de ervaringen en de barrières van de voedingsbegeleiding, de huidige praktijkvoering rond voedingsbegeleiding en de georganiseerde bijscholingen. De survey toont aan dat huisartsen het belang van voedingsbegeleiding in de eerste lijn onderstrepen. De meeste huisartsen (58,1%) geven aan dat bij meer dan 60% van hun patiënten voedingsbegeleiding aangewezen is. Maar er is een groot verschil tussen de proportie patiënten die volgens de huisartsen behoefte heeft aan voedingsbegeleiding en de proportie patiënten die uiteindelijk voedingsbegeleiding krijgt, door ofwel de huisarts of de diëtist. Huisartsen op het platteland verwijzen hun patiënten frequenter door naar een diëtist dan huisartsen uit stedelijke praktijken (41,7% versus 21,7% van de huisartsen met meer dan 20 verwijzingen naar de diëtist per jaar). Bijna alle huisartsen geven aan dat tijdsgebrek en geen financiële compensatie de belangrijkste barrières zijn voor voedingsbegeleiding. Tweeëntachtig procent van de huisartsen noteren dat de

educatie van dieetkunde onvoldoende is gedurende de opleiding. Slechts 30% van de huisartsen maakt gebruik van de huidige bronnen en tools (22).

Ondanks de nood aan voedingsbegeleiding bij de meerderheid van de patiënten in de eerste lijn, is er geen associatie met toegenomen doorverwijzingen naar de diëtist. Vermoedelijk hebben veel patiënten geen toegang tot de diëtist, omwille van een gebrekkig doorverwijssysteem (22).

Door onvoldoende opleiding, tijdsgebrek en geen extra compensatie nemen de huisartsen de taak van de voedingseducatie en voedingsbegeleiding niet op. Daarnaast zijn er te weinig wetenschappelijk onderbouwde projecten hanteerbaar in de eerste lijn. Om het toenemende probleem van overgewicht en obesitas aan te pakken, zal men moeten investeren in initiatieven en onderzoek om (preventieve) voedingsbegeleiding in de huisartspraktijk efficiënter en toegankelijker te maken (22).

Een Australische studie bestudeert de visie van patiënten over de eerstelijnsbehandeling van overgewicht en obesitas. De mening van 227 patiënten wordt via vragenlijsten in de wachtzaal bekomen. Achtenzeventig procent van de patiënten vindt dat de huisarts een belangrijke rol heeft in de behandeling van gewichtsproblemen. Achtenzestig procent van de patiënten geeft aan dat zijn huisarts over de nodige kennis en vaardigheden beschikt om het gewichtsprobleem te begeleiden, maar slechts 46% van de patiënten vindt dat de huisarts voldoende tijd spendeert aan deze problematiek (23).

De helft van de patiënten noteert zijn huisarts te contacteren voor advies rond gewichtsverlies. Tachtig procent van de onderzoekspopulatie vindt voedings- en leefstijladviezen door de huisarts nuttig en zijn gemotiveerd deze adviezen op te volgen. Achtenzeventig procent van de patiënten vindt een follow-up door de huisarts een meerwaarde. Deze behandelingsoptie wordt verkozen boven de doorverwijzing naar een diëtist of informatieve groepssessies. De patiënten zijn zeer weigerachtig ten aanzien van medicatie (23).

Bij meer dan een derde van de patiënten met een BMI>30 heeft de huisarts niet gesproken over een behandeling voor obesitas. Huisartsen hebben een preventieve functie en zullen meer proactief moeten optreden. Patiënten met een normaal gewicht en patiënten met een BMI ≥25 verschillen significant in de perceptie van het nut van informatie over het gewicht en gerelateerde comorbiditeiten en in de motivatie voor leefstijlveranderingen. Er is namelijk meer weerstand tot gedragsverandering bij mensen met overgewicht en obesitas. Uit de studie kan men onder andere besluiten dat de onderzoekspopulatie een behandeling door de huisarts verkiest boven de verwijzing naar de diëtist (23).

Een Amerikaanse studie tracht via vijf gestructureerde focusgroepen, bestaande uit 28 patiënten en zes gezondheidsmedewerkers (artsen en verpleegkundigen), de ideeën rond obesitas en behandelingsstrategieën te verkennen. Patiënten en gezondheidsmedewerkers zijn het hoofzakelijk eens over de meerwaarde van de doorverwijzing naar de diëtist. Daarnaast vinden ze een medicamenteuze behandeling en bewegingstherapie eveneens haalbare strategieën. Maar de focusgroep formuleert dat de samenwerking met de diëtist de eenvoudigst te implementeren optie vormt, met een effectief resultaat tot gevolg. De focusgroepen zijn het eens dat er meer onderzoek moet gebeuren naar persoonlijke en uitgebreide multidisciplinaire gezondheidsprogramma's (24).

4. Besluit

De positieve effecten van dieetadvisering staan in wetenschappelijk onderzoek goed beschreven: toename van de fysieke gezondheid, toename van de mentale gezondheid en het voorkomen van medische aandoeningen. De diëtist heeft een belangrijke rol binnen de multidisciplinaire aanpak van obesitas op vlak van probleemverkenning, inventarisatie (voedingsgewoonten, gedrag en motivatie) en op vlak van persoonlijke begeleiding van patiënten. De richtlijnen pleiten voor een aanpak op maat van de patiënt, waarbij er een paradigmashift optreedt met een sterke verschuiving van een focus op gewicht naar een focus op gezondheid.

De richtlijnen tonen het belang aan van de verwijzing door de huisarts naar de diëtist. In enkele RCT's wordt de multidisciplinaire rol van de diëtist beschreven. De artikels zijn vaak moeilijk te interpreteren naar de klinische dagdagelijkse praktijk gezien diverse bias. De resultaten van de studies zijn vaak niet-significant.

Sleutelboodschap: De begeleiding van het dieet vertrekt van het voedingspatroon van de patiënt en gebeurt het best door een diëtist. Tot slot is de samenwerking tussen de huisarts en de diëtist veelbelovend. De research op dit vlak neemt opvallend toe, maar van 'evidence based practice' is nog geen sprake. Er is nood aan grotere RCT's met lange termijn follow-up om de evidentie van de samenwerking tussen de huisarts en de diëtist bij overgewicht en obesitas te kunnen aantonen.

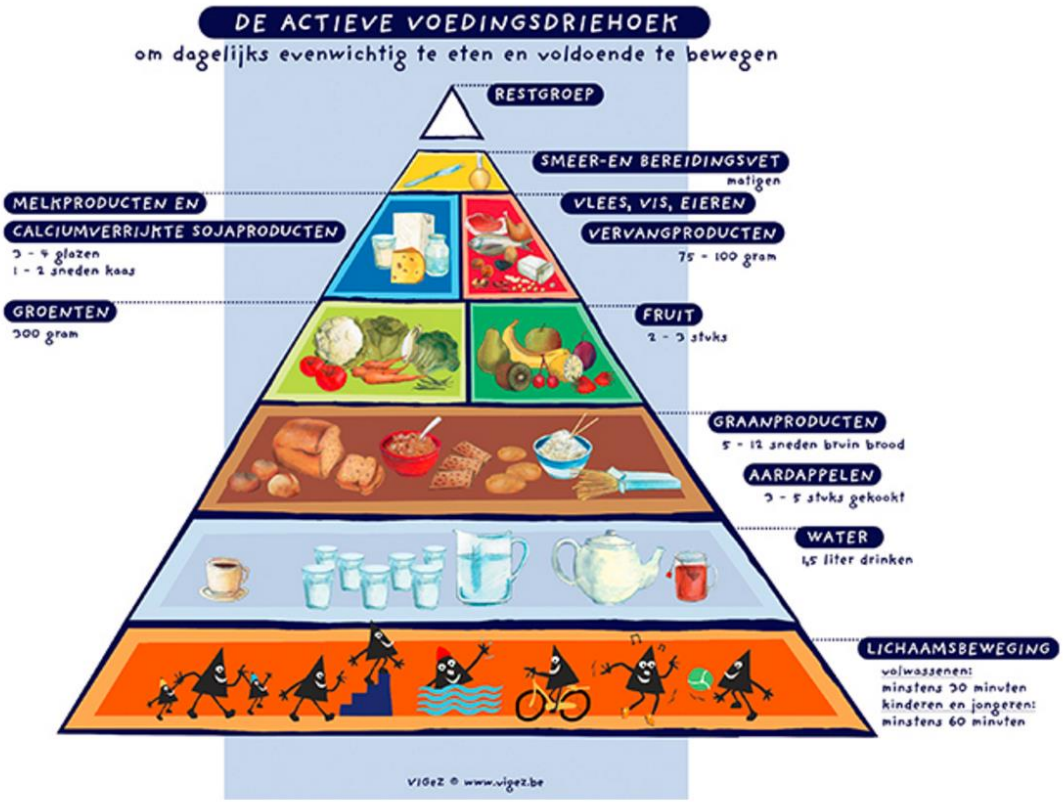
5. Bronnen

(1) Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. (2006/01). België: Domus Medica; 2006.
(2) Voedingsaanbevelingen voor België. (HGR NR. 9285) België: Hoge gezondheidsraad; 2016.
(3) Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ): http://www.vigez.be/nieuws/komt-er-een-nieuwe-actieve-voedingsdriehoek, geraadpleegd op 13 maart 2017.
(4) Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet. 2010;53(11):609-25.
(5) Eetexpert (2013). Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Draaiboek voor huisartsen. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw).
(6) Verslag werkgroep interdisciplinaire eerstelijnspraktijken. Herent: eetexpert;2010.
(7) Eetexpert (2015). Aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Draaiboek voor diëtisten. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw).
(8) Debray L, Vandeputte A. Communiceren over gewicht en leefstijl. Tips ter preventie van overgewicht én eetstoornissen. Nutrinews. 2013;4:3-7.
(9) Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, Toplak H. European guidelines for obesity management in adult. Obesity facts. 2015;8:402-424.
(10) Northern Health position on health, weight and obesity. An integrated population health approach. Canada: Northern Health; 2012.
(11) Kushner R, Ryan D. Assessment and Lifestyle Management of Patients With Obesity: Clinical Recommendations From Systematic reviews. JAMA. 2014;312(9):943-52.
(12) Hartmann J, Johns D, Jebb S, Aveyard P. Effect of behavioural techniques and delivery mode on effectiveness of weight management: systematic review, meta-analysis and meta-regression. Obesity reviews. 2014;15(7):598-609.
(13) Flodgren G, Deane K, Dickinson HO, Alberti H, Beyer FR, Brown JG, Penney TL, Summerbell CD, Eccles MP. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in overweight and obese adults. Cochrane Database Of Systematic Reviews. 2010;(3):CD000984.
(14) Pritchard DA, Hyndman J, Taba F. Nutritional counselling in general practice: a cost effective analysis. Journal of Epidemiology and Community Health.1999;53(5):311–6.
(15) Tsai A, Wadden T. Treatment of Obesity in Primary Care Practice in the United States: A Systematic Review. Journal of General Internal Medicine. 2009;24(9):1073-9.
(16) Friegenbaum A, Pasternak S, Zusk E, Sarid M, Vinker S. Influence of intense multidisciplinary follow-up and orlistat on weight reduction in a primary care setting. BMC Family Practice. 2005;6:5.
(17) Foley P, Levine E, Askew S, Puleo E, Whiteley J, Batch B, Heil D, Dix D, Lett V, Lanpher M, Miller J, Emmons K, Bennett G. Weight gain prevention among black women in the rural community health center setting: The Shape Program. BMC Public Health. 2012;12:305.
(18) Bennett G, Foley P, Levine E, Whiteley J, Askew S, Steinberg D, Batch B, Greaney M, Miranda H, Wroth T, Holder M, Emmons K, Pueo E. Behavioral treatment for Weight Gain Prevention Among Black Women in Primary Care Practice: A Randomized Clinical Trial. JAMA Internal Medicine. 2013;173(19):1770-7.
(19) Logue E, Sutton K, Jarjoura D, Smucker W, Baughman K, Capers C. Transtheoretical model-chronic disease care for obesity in primary care: a randomized trial. Obesity Research. 2005;13(5):917–27.
(20) De Vos B, Runhaar J, van Middelkoop M, Krul M, Bierma-Zeinstra S. Long-term effects of a randomized, controlled, tailor-made weight-loss intervention in primary care on the health and lifestyle of overweight and obese women. American Journal of Clinical Nutrition. 2016;104(1):33–40.

(21) Bowerman S, Bellman M, Saltsman P, Garvey D, Pimstone K, Skootsky S, Wang H, Elashoff R, Heber D. Implementation of a Primary Care Physician Network Obesity Management Program. Obesity research. 2001;9(4): 321S-325S.
(22) Wynn K, Trudeau J, Taunton K, Gowans M, Scott I. Nutrition in primary care. Current practices, attitudes, and barriers. Canadian Family Physician. 2010;56(3):e109-16.
(23) Tan D, Zwar N, Dennis S, Vegholkar S. Weight management in general practice: what do patients want? Medical Journal of Australia. 2006;185(2):73-5.
(24) Kennedy B, Kennedy K, Sarpong D, Katzmarzyk P. Perceptions of obesity treatment options among healthcare providers and low-income primary care patients. The Ochsner Journal. 2016;16(2):158-65.

6. Bijlage

Bijlage 1: De actieve voedingsdriehoek



Figuur 1: De actieve voedingsdriehoek (2)

Bijlage 2: Verwijsbrief huisarts naar diëtist (1)

Bijlage 1: Verwijsbrief huisarts-diëtist(e)

stempel van de arts	Aan

Datum: .....

Geachte,

Hierbij stuur ik u voor behandeling de heer/mevrouw .....

Geboortedatum: .....

Aard van het dieet: .....

Behandelingsdoel(en): .....

binnen een periode van .....

Familiale antecedenten: .....

.....

Persoonlijke antecedenten [1]:

- ❒ eerdere diëten: .....
- ❒ andere eerdere therapieën: .....
- ❒ (risico op) ethylisme: .....
- ❒ enkele oude gegevens in verband met gewicht: .....

Persoonlijke risicofactoren: .....

Relevante laboresultaten (zie kopie [2]): .....

Huidige medicatie [1]:

- ❒ cholesterolverlagende middelen: .....
- ❒ doseringschema insuline of orale antidiabetica: .....
- ❒ antidepressiva: .....
- ❒ andere: .....

Deze verwijzing kwam er op initiatief van:

❒ patiënt zelf ❒ huisarts ❒ anderen: .....

Verslag van regelmatig uitvoeren van:

❒ gewicht ❒ huidplooimeting ❒ andere: .....

❒ Aandacht voor actieve lichaamsbeweging?

Het volgende werd met de patiënt afgesproken: .....

Voor de optimale begeleiding van deze patiënt is het:

❒ absoluut noodzakelijk ❒ wenselijk ❒ niet nodig dat u mij telefonisch contacteert

Hoogachtende groeten,

1 Enkel gegevens relevant voor het dieet vermelden 2 Indien mogelijk

Bijlage 3: Rapport diëtist naar huisarts (1)

Bijlage 2: Rapport diëtist(e)-huisarts

stempel van de diëtist(e)	Aan dr.

Datum:.....

Geachte,

Betreft: uw patiënt(e) ..... **geboortedatum:** .....

adres: .....

Uw patiënt kwam bij mij op raadpleging op ..... voor een ..... dieet

Evolutie van de parameters:

Lengte:..... Startgewicht: ..... Gewichtsevolutie: .....

Data					
Gewicht					
BMI					
Middelomtrek					

Resultaten van de voedingsanamnese: .....

.....

.....

Er werd een individueel aangepast schema opgesteld: .....

.....

.....

Extra aandachtspunten bij het voorgestelde dieet: .....

.....

.....

Het volgende werd met de patiënt afgesproken: .....

.....

.....

Zou u de patiënt in die zin willen stimuleren? Dank voor het gestelde vertrouwen.

Hoogachtende groeten,

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK BIJ OVERGEWICHT:

DE VITALITEITSPAS ALS TOOL OM DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS, DIËTIST, PSYCHOLOOG EN BEWEGINGSTHERAPEUT TE OPTIMALISEREN.

Partim DE ROL VAN DE PSYCHOLOOG

Ilse DEPESTELE

Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Paul De Cort (KU Leuven)
Copromotor: Mevrouw An Vandeputte (Eetexpert.be vzw)

Academiejaren 2015 – 2017

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel literatuuronderzoek partim de rol van de psycholoog

1 Onderzoeksvraag 3
2 Methodologie 3
2.1 Stap 1: Guidelines 3
2.2 Stap 2: EBM-tijdschrifen 3
2.3 Stap 3: Systematische reviews en clinical trials 3
3 Resultaten 4
3.1 Bespreking guidelines 4
3.2 Resultaten EBM-tijdschrifen 5
3.3 Resultaten systematische reviews en clinical trials 6
3.3.1 Ontstaansmechanismen obesitas en de potentiële link tussen obesitas en psychiatrische aandoeningen 6
3.3.2 Psychologische behandelingen bij obesitas 8
3.3.3 Multidisciplinaire samenwerking tussen huisarts en psycholoog 10
4 Besluit 10
5 Bronnen 11

1 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag "**Wat is de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak door de huisarts en de psycholoog bij patiënten met overgewicht of obesitas?** " wordt uitgewerkt volgens het PICO systeem.

Patiënt: INCLUSIE= BMI >25+comorbiditeit of BMI>30, >18j en <75j, gemotiveerd om levensstijl te veranderen
EXCLUSIE= bariatrische heelkunde, zware co-morbiditeiten

Intervention: Multidisciplinaire aanpak van patiënten met overgewicht/obesitas waarbij de huisarts de patiënt doorverwijst naar een psycholoog.

Control: Geen multidisciplinaire aanpak met doorverwijzing naar een psycholoog bij overgewicht/obesitas.

Outcome: Gezondheid, vitaliteit, gewichtsverlies, winst op de drie biopsychosociale einddoelen, kwaliteit van leven.

2 Methodologie

Volgens het principe van de watervalmetafoor *(www.ebm.ugent.be)* wordt in de literatuur gezocht naar een antwoord op de PICO-vraag. Exclusiecriteria voor deze literatuurstudie die systematisch worden toegepast zijn:

> *Populatie:* obesitas bij kinderen, bariatrische heelkunde, te specifieke onderzoekspopulatie (zwangere vrouwen, te ernstige comorbiditeit)
>
> *Taal:* artikels geschreven in een andere taal dan Duits, Engels, Frans en Nederlands
>
> *Datum:* artikels ouder dan 2005

2.1 Stap 1: Guidelines

Eerst wordt gezocht naar algemene nationale en internationale richtlijnen over obesitas of overgewicht die bruikbaar zijn voor de huisarts. Twee Nederlandstalige richtlijnen worden weerhouden: de Domus Medica richtlijn "*Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk*" (België, 2011) en de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) standaard "*Obesitas*" (Nederland, 2010). Eetexpert.be vzw is een kenniscentrum in verband met eet- en gewichtsproblemen en hun site biedt veel informatie op basis van de meest recente inzichten. Op de site is er een draaiboek voor de huisarts beschikbaar en ook een draaiboek voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Ook hun dossier *"Aanbevelingen voor het werk van psychologen in een obesitasteam" (België, 2011)* wordt aangewend.

2.2 Stap 2: EBM-tijdschriften

Via Minerva wordt gezocht op trefwoorden 'obesitas', wat 25 artikels oplevert en vijf bondige besprekingen, geen enkel van deze wordt als relevant bevonden voor de PICO-vraag.

Via EBM practice net levert het trefwoord 'obesity' 49 publicaties. Van deze blijken er slechts drie relevant voor de PICO-vraag.

2.3 Stap 3: Systematische reviews en clinical trials

Via Pubmed wordt gezocht naar clinical trials en systematische reviews vanaf jaar 2005. Met de trefwoorden ((obesity[Title/Abstract] AND psychology[Title/Abstract])) AND ("2005"[Date -

Completion] : "3000"[Date - Completion]) in titel en abstract worden 71 artikels gevonden. Ook met de zoektermen (obesity[Title/Abstract] AND psychology[Title/Abstract] AND multidisciplinary[Title/Abstract]) wordt gezocht naar relevante artikels, bij deze zoekselectie worden 21 publicaties gevonden.

Deze worden systematisch afgelopen en vijftien publicaties blijken relevant voor de PICO-vraag. De reden dat zo veel artikels niet relevant zijn, komt door de exclusiecriteria. Veel artikels gaan over bariatrische heelkunde of over obesitas bij kinderen. Ook artikels met een té gespecifieerde onderzoekspopulatie (bv zwangere vrouwen of bv patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening) worden als niet relevant beschouwd. Ook via de referenties van de geselecteerde richtlijnen worden nog interessante artikels gevonden. Via de promotor prof. dr. Paul De Cort wordt ook het protocol van de recentste Cochrane review aangereikt. Ook de copromotor, mevr Ann Vandeputte, levert een interessant onderzoek, gepubliceerd op de site van Eetexpert.be vzw, voor deze literatuurstudie aan.

3 Resultaten

3.1 Bespreking guidelines

In de geselecteerde richtlijnen wordt volgende informatie gevonden.

Een goede inschatting en begeleiding van overgewicht en obesitas moet steeds worden gesitueerd tegen de achtergrond van het algemeen welzijn en welbevinden van de patiënt. De rol van een psycholoog bij de multidisciplinaire aanpak van gewichtsproblemen wordt in die visie steeds meer erkend. In de Vlaamse richtlijnen voor huisartsen zoals in de Domus Medica richtlijn over overgewicht en obesitas is het voornamelijk de verwijzing naar de diëtist die benadrukt wordt, al worden de psychische gevolgen van overgewicht en van gewichtsverlies ook vermeld. Er wordt ook gesteld dat in bepaalde gevallen een verwijzing en een meer specialistische oppuntstelling nodig zijn, in elk geval bij morbide obesitas bij volwassenen (BMI >40), obesitas met geassocieerde pathologie en eetbuistoornissen (1). In de richtlijn over obesitas van het Nederlandstalig Huisartsen Genootschap (NHG) wordt de samenwerking met psychologen bij obesitas niet als standaard voorgesteld. Bij de amamnese zou de huisarts wel moeten vragen naar psychische aandoeningen zoals depressie, eetstoornissen, sociale fobie en bij de behandeling kan een huisarts (mits ervaring) eventueel (cognitieve) gedragstherapie voorstellen. Bij vermoeden van een onderliggende oorzaak waarnaar specialistisch onderzoek nodig is moet de huisarts volgens de NHG-standaard de patiënt doorverwijzen (2).

De WHO (wereldgezondheidsorganisatie) adviseert dat goede zorg bij obesitas multidisciplinair gebeurt (3). Deze zorg begint bij een systematische verkenning van de fysieke, psychosociale, voedings- en bewegingsaspecten. Idealiter worden alle bevindingen samengebracht voor overleg in het multidisciplinair obesitasteam, waarna een behandelaanbod wordt geformuleerd. Deze aanbeveling is reeds terug te vinden in de Belgische regelgeving die terugbetaling van bariatrische chirurgie mogelijk maakt op grond van een reeks criteria en aansluitend multidiciplinair overleg. De psycholoog/psychiater behoort structureel tot dit team bij de screeningsfase en de indicatiestelling. Het ontbreken van terugbetaling voor niet-bariatrische zorg leidt echter tot onbedoelde effecten. Beloning van vroegtijdig ingrijpen en dus ook de consulten bij de psycholoog in het kader van overgewicht en obesitas terugbetalen in de eerstelijnszorg is noodzakelijk.
Zo kan ook een goede zorg verleend worden aan patiënten die niet voldoen aan de terugbetalingsvoorwaarden (BMI> 40 of BMI> 35, met een co-morbiditeit zoals OSAS of diabetes melitus type 2, én de gangbare niet-chirurgische behandelingen zijn geprobeerd, maar hebben niet

geresulteerd in gewichtsverlies of -behoud) of aan patiënten die hun overgewicht via een conservatieve manier willen aanpakken.

Wegens de regelgeving rond terugbetaling voor bariatrische chirurgie was er in Vlaanderen nood aan een draaiboek voor psychologen aangezien in het KB nergens gespecifieerd wordt wat de taak en de rol van de psycholoog inhoudt. In overleg met de BASO (Belgian Association for the Study of Obesity) nam Eetexpert.be vzw het initiatief om in maart 2008 een werkgroep rond deze thematiek op te richten. Het einddoel is een goed psychologisch zorgtraject met diagnostiek, indicatiestelling en zorg op maat als basis. En dit niet louter toegespitst op de bariatrische chirurgie, maar ruimer op te vatten (4).

Zowel het draaiboek voor de huisarts als het draaiboek voor de psychologen pleiten ervoor dat bij overgewicht en obesitas een bijkomende inventarisatie door de psycholoog een belangrijke verdieping kan leveren. Een regionale praktijktoetsing suggereert dat veel meer informatie verkregen wordt als de anamnese door verschillende disciplines gebeurt. De psycholoog is uiterst geschikt om een grondige psychosociale anamnese van de patiënt af te nemen om zo het psychosociaal functioneren te evalueren. Zo komen er eventuele achterliggende problemen aan bod. Ook het algemeen functioneren en het algemeen welbevinden kan met een goede gesprekstechniek, uitgevoerd door een getraind psycholoog, correct worden ingeschat. De impact van de omgeving kan niet worden onderschat waardoor de sociale context van de patiënt in kaart brengen nodig is voor een goede inventarisatie.
Een psycholoog heeft ook de nodige expertise voor het detecteren van een eetstoornis of psychische risicofactoren voor het ontwikkelen van een eetstoornis. Indien deze gevonden worden is het allereerst nodig de ernst van de stoornis te kunnen inschatten.
Voor het slagen van de gedragsverandering is de motivatie goed kunnen inschatten primordiaal. Ook hier heeft een psycholoog goede technieken voorhanden. Overgewicht en obesitas gaan tenslotte vaak gepaard met andere psychische problemen zoals depressieve klachten of ernstige stemmingswisselingen, een negatief zelfbeeld, een verstoord lichaamsbeeld, angsten en vermijdingsgedrag, sterke stigmatisering of sociaal isolement. De psycholoog speelt hierbij een belangrijke rol. In eerste instantie dienen mogelijke eetstoornissen of andere psychische klachten te worden behandeld alvorens te werken aan het lichaamsgewicht op zich. Indien belangrijke psychische problematiek uitgesloten is, kan, afhankelijk van de motivatie van de patiënt, worden gewerkt aan een verandering van gedrag en levensstijl. Hierbij kan de ervaren psycholoog de patiënt begeleiden. Enkele belangrijke thema's die aan bod kunnen komen zijn onder andere psycho-educatie betreffende het ontstaan van obesitas en advies rond een gezonde levensstijl, motivatieverhoging door het versterken van basisbehoeften rond autonomie, competentie en verbondenheid. Ook naar gedragsverandering toe speelt de psychologische hulp een belangrijke rol: herkennen van risicosituaties, zelfcontrolestrategieën aanleren, responspreventie, leren herkennen van disfunctionele gedachtepatronen omtrent eetgedrag, gewicht en zelfbeeld. In sommige gevallen kan zelfs sociale-vaardigheidstraining nuttig zijn. Alleszins dient de patiënt dichtbij te worden opgevolgd en moet er veel aandacht zijn voor terugvalpreventie. In Vlaanderen is het psychologisch behandelaanbod voor patiënten met overgewicht of obesitas overwegend gedragstherapeutisch geïnspireerd. Afhankelijk van de mogelijkheden wordt er individueel of in groep gewerkt (5,6).

3.2 Resultaten EBM-tijdschrifen

In de Europese Duodecim richtlijn 'Assessment of an obese patient' worden er enkele psychosociale factoren genoemd die in de anamnese moeten nagegaan worden. Binge eating disorder komt vaak voor bij obese patiënten en ernstige eetstoornissen moeten behandeld worden voordat er naar gewichtsverlies wordt gestreefd. Veel psychosociale problemen worden veroorzaakt door obesitas. Ook de motivatie van de patiënt om zijn levensstijl permanent te veranderen om het gewichtsverlies

te behouden moet in de eerste investigatie worden nagegaan volgens de Duodecim richtlijn (7). Bij hun richtlijn over 'De behandeling van obesitas' wordt het belang van het motivationele interview benadrukt maar verwijzing naar een psycholoog wordt hier niet expliciet voorgesteld (8).

In de Duodecim richtlijn 'Psychological interventions for overweight or obesity' wordt een Cochrane review besproken van 36 studies, met in totaal 3495 patiënten (9).

De meerderheid van de studies onderzocht gedrags- en cognitieve gedragstherapeutische behandelingen voor gewichtsverlies. Cognitieve therapie, psychotherapie, ontspanningstherapie en hypnotherapie werden beoordeeld in een klein aantal studies. Gedragstherapie blijkt te leiden tot een aanzienlijk groter gewichtsverlies dan placebo wanneer beoordeeld als een aanpak op zich voor gewichtsverlies. Gedragstherapie gecombineerd met een dieet en bewegingstherapeutische interventies levert een grotere reductie in gewicht op dan een aanpak met enkel dieet en lichaamsbeweging. Het betreft een heterogene groep aan studies maar de meerderheid combineerde de gedragstherapie met een dieet en lichaamsbewegingsinterventies om het gewichtsverlies te bekomen. Hoe intenser de gedragsinterventie hoe meer gewichtsverlies wordt bekomen. Cognitieve gedragstherapie, in combinatie met een dieet en bewegingstherapie, blijkt meer gewichtsverlies te leveren in vergelijking met enkel een dieet en bewegingstherapie. Er werden geen gegevens over sterfte, morbiditeit of de kwaliteit van het leven gevonden (10).

3.3 Resultaten systematische reviews en clinical trials

De vijftien geselecteerde publicaties kunnen in twee grote inhoudelijke groepen worden opgedeeld.

3.3.1 Ontstaansmechanismen obesitas en de potentiële link tussen obesitas en psychiatrische aandoeningen

De meerderheid [9 van de 15] van de gevonden artikels gaan over ontstaansmechanismen van obesitas en zoeken een link tussen obesitas en stress, angst, chronische psychiatrische aandoeningen,.. De reviews proberen het complexe ontstaansmechanisme van overgewicht en obesitas te verklaren. Dit is van enorm belang voor een verdere uitwerking van zowel de preventie als de behandeling van obesitas. Het begrijpen hoe obesitas beïnvloed wordt door talloze psychologische, omgevings- en fysiologische factoren is een belangrijke eerste stap om de obesitasepidemie aan te pakken.

Het National Institute of Health organiseerde een werkgroep van experts in de integratieve psychologie en de gedragspsychologie om het probleem van herval na gewichtsverlies te bespreken. Ze vermelden hierbij enkele specifieke obstakels om succesvol gewichtverlies te behouden; een slechte therapietrouw aan de gedragsveranderingen enerzijds en anderzijds de psychologische aanpassingen die het bijkomen in gewicht bevorderen.

Een betere kennis van deze gedrags- en psychologische valkuilen, hoe deze met elkaar verband houden, hoe deze variëren tussen individuen en hoe deze kunnen overwonnen worden, kan leiden tot de ontwikkeling van nieuwe strategiëen met betere resultaten op lange termijn.

De werkgroep concludeert hierbij dat een betere samenwerking en communicatie tussen de onderzoekers nodig is om de kennis en zo de ontwikkeling van therapieën voor gewichtsbehoud te bevorderen (11).

In een kleine review van prof. Neymotin en prof. Nemzer (VS, 2014) wordt gezocht naar een link tussen obesitas en de mate van locus of control of beheersingsoriëntatie. Dit is de mate waarin iemand de oorzaken van wat hem of haar overkomt bij zichzelf (interne locus of control) of juist buiten zichzelf (externe locus of control) zoekt. De review concludeert dat de huidige literatuur en experimentele

studies het bestaan van een correlatie tussen locus of control en obesitas documenteren. De relatie is in de meeste studies niet getest op causaliteit of bidirectionaliteit. De mate van autonomie en self-efficacy, gelijkaardige concepten als de locus of control, zijn ook gelinkt aan het ontstaan van obesitas. Dit betekent dat het gedrag van iemand bij honger en dorst kan worden beïnvloed door psychologische factoren (12).

Een andere review onderzoekt of er evidence is voor een verklaringsmodel van obesitas waarbij gewichtsstigma stress kan induceren en zo tot obesitas kan leiden/onderhouden. Het stigmatiseren van het gewicht leidt tot meer eten en een verhoogde cortisol secretie. Dit wordt veroorzaakt door gedrags-, emotionele- en psychologische mechanismen, die uiteindelijk resulteren in een vicieuze cirkel waarbij men bijkomt in gewicht of moeilijkheden ondervindt om gewicht te verliezen (13).

Een ander model dat geopperd wordt in een review is de rol van psychologische en emotionele tegenslagen die obesitas kunnen veroorzaken. De conceptuele review stelt dat innerlijke verstoringen een psycho-emotionele overload kunnen veroorzaken, wat een cascade van gewichtstoenemende effecten triggert, zoals maladaptieve coping strategieën zoals eten om negatieve emoties te onderdrukken, chronische stress, opwekken van een verhoogde eetlust, laaggradige inflammatie en mogelijks een daling van het basaal metabolisme. Na een bepaalde tijd kunnen deze factoren obesitas veroorzaken, wat leidt tot een vicieuze cirkel waarbij de gewichtstoename aangehouden blijft. Deze mogelijke onderliggende factoren aanpakken kan zowel de behandeling als de preventie van obesitas verbeteren (14).

Nog een andere review geeft een overzicht van de huidige kennis over de neuropsychologische mechanismen die een link leggen tussen (vettig) voedsel, hun beloningswaarde en de emotionele responsen wanneer het wordt ingenomen bij de mens. Enkele studies tonen aan dat er bepaalde stimuli onbewust in het lichaam impact kunnen hebben op hedonistische pathways in de hersenen en zo de subjectieve en neurale responses op negatieve emoties kunnen beïnvloeden. Dit veronderstelt dat het effect van voedsel op het gemoed onafhankelijk kan gebeuren van de exteroceptieve sensoriële gewaarwordingen (zoals het visuele, de geur en de smaak). Dit ondersteunt de epidemiologische studies die hoge comorbiditeit aantonen tussen eetstoornissen, inclusief obesitas, en stemmingsstoornissen, zoals depressie (15).

Een review verschenen in de International Journal of Endocrinology verzamelde evidentie dat bepaalde diëten angst en angstig gedrag kunnen induceren of versterken. Het blijft echter onduidelijk hoe dit gereguleerd wordt. Deze pathways ontrafelen zou de mogelijkheid kunnen geven een dieet te identificeren dat voordelig kan zijn voor een gezonde energiebalans en mentale gezondheid (16).

Een andere link die onderzocht wordt in een review is het verband tussen obesitas en chronische psychiatrische aandoeningen. Uit onderzoek door prof. dr. Astrid Müller (Hannover Medical School) blijkt dat er een U-vormige relatie bestaat tussen gewicht en psychische klachten. Personen met ondergewicht én personen met overgewicht/obesitas hebben verhoogde klachten in vergelijking met personen die een normale gewichtsstatus hebben. Een eerste belangrijke comorbiditeit is depressie. Uit onderzoek blijkt dat de relatie tussen obesitas en depressie bi-directioneel is: obesitas kan zowel voorafgaan aan als volgen op een depressie. Obesitas gaat gepaard met verschillende biologische kenmerken, zoals hormonale ontregeling en verzwakking van de cognitieve functies. Op psychologisch vlak kan obesitas gepaard gaan met een negatief lichaamsbeeld en laag zelfwaardegevoel, een verstoord eetpatroon, maar ook met chronische pijnklachten. Op deze manier kan obesitas dus leiden tot een depressieve stoornis. Depressie gaat op zijn beurt ook gepaard met neuro-endocriene verstoringen. Bovendien is het voor depressieve personen vaak moeilijker om een gezonde leefstijl aan te houden en fysiek actief te zijn. Een tweede belangrijke link is deze tussen obesitas en impulsiviteit. Binnen de obese populatie kunnen twee subgroepen onderscheiden worden op basis van

temperament: een goed functionerende, weerbare groep, en een emotioneel ontregelde groep met weinig zelfcontrole. Deze laatste groep wordt gekenmerkt door een hogere prevalentie van eetbuien, angst, depressie, ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), vermijdingsgedrag, inadequate coping-strategieën en verzwakking in het neurocognitief functioneren (17).

Het is gekend dat de meest gebruikte atypische antipsychotica, antidepressiva en de stemmingsstabilatoren vaak resulteren in wat gewichtstoename. Deze iatrogene associatie representeert echter slechts een deel van de complexe interactie tussen obesitas en psychiatrische ziekten. Verscheidene neurobiologische , psychologische en sociologische factoren spelen in deze context een rol. Het is van groot belang dat deze onderliggende factoren bij patiënten met psychiatrische aandoeningen worden onderzocht om zo het ontstaan van obesitas aan te pakken (18).

Volgens een Duitse review toont het falen van de huidige obesitas aanpak (namelijk minder energie inname en meer fysieke activiteit) aan dat we nog een groot deel van de regulatoire mechanismen, die de opname en afgifte van energie regelen, niet kennen. Wetenschappers focussen steeds meer op psychologische en sociologische factoren in de ontwikkeling voor een strategie ter preventie van obesitas. Belangrijke factoren hierbij zijn wellicht motivatie, de mogelijkheid tot zelfregulatie en socio-culturele aspecten. Om deze factoren en hun verbanden te leren kennen is het noodzakelijk dat alle disciplines die met obesitas geconfronteerd worden (diëtisten, artsen, bewegingstherapeuten, psychologen, sociologen, …) betrokken worden in het onderzoek (19).

3.3.2 Psychologische behandelingen bij obesitas

De overige vijf artikels gaan meer over mogelijke psychologische behandelingen van obesitas.

Het tekortschieten van de huidige obesitas aanpak en het non-compliance probleem van patiënten heeft tot een zoektocht geleid naar alternatieve behandelingen. In de literatuur wordt geopperd om gedragstherapie te combineren met nieuwe biologische behandelingen. Hierbij stelt een publicatie voor om mind-body interventies te combineren. Ze onderzoeken in een review hiervoor twee mogelijke mind-body interventies; energie psychologie *(1)* en mindfulness meditatie *(2).* Als conclusie wordt gesteld dat er meer evidentie is voor mindfulness meditatie en de toepassing ervan. Energie psychologie heeft veelbelovende resultaten maar eist meer evidence-based studies (20).

(1) Energie Psychologie: Bij deze 'energetische psychotherapie' gaat men niet langer uit van de mechanistische Newtoniaan - se visie, waarin de mens bestaat uit ingenieus samenwerkende moleculen. In plaats daarvan werkt men vanuit een op de kwantummechanica gebaseerd paradigma in een toepassing voor de psychologie (Diamond, 1989; Callahan, 1996; Tiller, 1997; Bohm en Hiley, 1993; Benor, 2001). In deze visie bestaat de mens niet alleen uit materie maar ook uit dynamische energievelden die deels bepalend zijn voor emoties en gedachten. De protagonisten van die visie weten zich gesteund door observaties in gecontroleerde, vaak dubbel-blind uitgevoerde onderzoekingen (Benor, 2001). Verstoringen in de samenhang van deze energieën leiden volgens deze visie tot emotionele problemen en psychische stoornissen. Psychologische behandelingen beginnen dan met het diagnosticeren van het informatie-energiesysteem in en om het lichaam. De psycho-energetische behandeling zelf bestaat in hoofdzaak uit het corrigeren van deze energieën. *Bron: P. Baldé. Deel 3: Op zoek naar een nieuw bio-energetisch concept van gezondheid. Energie Psychologie.TIG JAARGANG 21|22.*

(2) Mindfulness vindt zijn oorsprong in boeddhistische meditatietechnieken. In plaats van gespannen toe te leven naar doelen die ver in de toekomst liggen, leer je met milde open aandacht aanwezig te zijn bij wat nu is. Mindfulness leert je hoe je de rust en helderheid kunt opzoeken in jezelf. Ook als het leven je deze rust niet gunt, geeft mindfulness je de vrijheid. *Bron: Blancke S. Mindfulness en cognitieve gedragstherapie. Verrijken ze mijn huisartseninstrumentarium? Huisarts Nu 2010;39:137-41.*

Gewicht verliezen is noodzakelijk in het gevecht tegen obesitas, slechts twintig procent van de patiënten behoudt het gewichtsverlies echter op lange termijn. Een review onderzoekt de psychologische factoren die het behoud van gewichtsverlies kunnen beïnvloeden. Ze besluiten dat het vermijden van zwart-wit gedachtes, eten om het gemoed te reguleren en ontremd eten, geassocieerd is met het behoud van gewichtsverlies. Ook minder strenge diëten, meer voordelen dan kosten, geen of minder depressieve kenmerken en een beter eigen lichaamsbeeld zijn geassocieerd met een beter behoud van het gewichtsverlies. Bij een onrealistische verwachting van gewichtsverlies en het falen om de gewichtsverliesdoelen te bereiken, waren de resultaten niet conclusief. Ze vermelden dat

zorgverleners hierbij een belangrijke rol spelen om hun patiënten op deze factoren te screenen alvorens te streven naar gewichtsverlies (21).

Een Canadese review pleit voor behandelingsopties bij obesitas die methodes toepassen om het zelfbeeld te herstellen, het zelfvertrouwen te versterken en de self-efficacy te ondersteunen (=zelfeffectiviteit is het vertrouwen van een persoon in de eigen bekwaamheid om met succes invloed uit te oefenen op zijn of haar omgeving). Er is bewijs dat self-efficacy positieve correlaties heeft met het slagen in persoonlijke doelstellingen. Zo kunnen patiënten met overgewicht hun eigen verandering maken in het streven naar hun gezondheid en welzijn (22).

Een prospectieve observationele studie gebruikte een gestandaardiseerde vragenlijst (The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) om angst en depressie te meten bij 1838 patiënten die aan een multidisciplinaire vermageringsbehandeling begonnen in het Glasgow and Clyde Weight Management Service tussen 1 oktober 2008 en 30 september 2009. Het doel van de studie was om het effect van angst en depressie te onderzoeken op het gewichtsverlies bij patiënten die een multidisciplinair vermageringsprogramma volgen. De resultaten zijn als volgt: patiënten met een hoger risico op angst/depressie werden verwezen naar de psycholoog voor een psychologisch onderzoek of behandeling. Patiënten met een hoger risico op angst of depressie waren significant jonger, zwaarder, van een lagere socio-economische klasse en de meerderheid was van het vrouwelijk geslacht. Er is een significante positieve correlatie tussen de graad van angst en depressie en een verhoogde body mass index. De patiënten met angst of depressie haakten meer af tijdens de folow-up van het vermageringsprogramma.
Deelnemers met ernstige angst (HADS ≥14) bereikten een vergelijkbaar gewichtsverlies als de patiënten zonder angst, terwijl deelnemers met een ernstige depressie een significant groter gewichtsverlies bereikten dan diegene zonder depressieve tekenen op 3, 6 en 12 maanden follow-up (P <0,01). Ondanks een minder gunstige case-mix van de risicofactoren voor minder gewichtsverlies, bereikten de patiënten die met de vragenlijst hoger scoorden voor ernstige angst of depressie en extra psychologische hulp kregen een vergelijkbaar of beter gewichtsverlies dan de controlegroep (23).

Ghreline (hormoon dat voedselinname stimuleert) en leptine (hormoon dat de voedselbehoefte remt) spelen een belangrijke rol in de fysiopathologie van eetstoornissen. In een studie onderzoekt men het effect van een multidisciplinaire therapie op korte termijn op deze hormoonconcentraties, op symptomen van boulemia nervosa en van binge eating stoornis en op de lichaamssamenstelling. Twinitig obeses adolescenten kregen een multidisciplinaire therapie (dieet, psychologische hulp, bewegingsbegeleiding en klinische opvolging). Er worden significante dalingen gezien in het lichaamsgewicht, de BMI, het vetpercentage, de leptineconcentratie en de prevalentie van symptomen van boulemia nervosa en binge eating (24).

Binnenkort verschijnt een nieuwe Cochrane review over de psychologische interventies voor volwassenen met overgewicht en obesitas. De vorige dateert van 2005 en volgens het protocol van de komende Cochrane review is er de laatste tien jaar veel vooruitgang geboekt rond dit thema.

Er zijn veel nieuwe interventies ontwikkeld, er is een enorme toename aan studies die de effectiviteit van de psychologische interventies onderzoeken (voornamelijk cognitieve gedragstherapie) en ten derde heeft dit onderzoek een bredere biopsychosociale kijk op de resultaten en zijn er meer uitkomsten op lange termijn.
Concreet zal de effectiviteit van volgende therapiëen worden onderzocht:

- Alle psychologische behandelingen versus minimale of geen interventie.
- Alle psychologische behandelingen versus een actief dieet en/of bewegingstherapie.
- Psychologische gedragsbehandelingen versus andere psychologische interventies.

Secundair wil men onderzoeken of de graad van effectiviteit van de interventies (BMI als primaire outcome) beïnvloed wordt door specifieke kenmerken van de interventie (duur van de follow-up) of door kenmerken van de participanten (graad van overgewicht).
Ook zal onderzocht worden of de effecten van gedragstherapie beïnvloed worden door het type gedragstherapie (25).

3.3.3 Multidisciplinaire samenwerking tussen huisarts en psycholoog

Specifieke publicaties over de multidisciplinaire samenwerking tussen de huisarts en de psycholoog of de verwijzing naar een psycholoog in eerste lijn worden niet gevonden via Medline.

Via de site van Eetexpert.be vzw wordt nog een interessant onderzoek geselecteerd. Eetexpert.be vzw organiseerde in de Leuvense regio een project over screening en zorgtoewijzing bij gewichtsproblemen in de huisartspraktijken, hierbij vulden een zeventigtal huisartsen een online vragenlijst in. Uit de resultaten bleek dat een vijfde van de huisartsen bij ernstige gewichtsproblemen meestal samenwerkt met een psycholoog (18%). De vrouwelijke huisartsen verwijzen meer door naar een psycholoog dan mannelijke huisartsen (26).

Uit een gelijkaardig onderzoek van een project van Eetexpert.be vzw in de regio West-Limburg bleek dat een zeer beperkt aantal huisartsen meestal samenwerkt met een psycholoog (3,5%) en dat huisartsen die meer tijd nemen voor een eerste en/of herhaalde consultatie, vaker samenwerken met een psycholoog. De huisartsen die meestal samenwerken met een psycholoog laten de keuze van de psycholoog aan de patiënt over. Over de oorzaak waarom huisartsen zo weinig patiënten doorverwijzen bij de aanpak van overgewicht en/of obesitas wordt in de literatuur geen duidelijk antwoord gevonden. Mogelijks speelt een gebrek aan kennis door te weinig opleiding over dit onderwerp een belangrijke rol (27).

4 Besluit

Voorlopig zijn er nog geen internationale richtlijnen voor de meerwaarde van een psychologische screening en behandeling bij overgewicht of obesitas voorhanden. De research op dit vlak neemt wel opvallend toe, maar van ‘evidence based practice’ is nog geen sprake. De meeste publicaties zijn reviews die onderzoek verzamelen naar het ontstaansmechanisme van obesitas en zo steeds meer bewijs leveren dat heel wat psychologische, sociale en omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen in deze context. Grote gerandomiseerde onderzoeken met controlegroepen (RCT of randomized controlled trial) zijn echter noodzakelijk om het effect van een doorverwijzing naar een psycholoog bij patiënten met overgewicht en obesitas in de eerste lijn te kunnen aantonen. Wat ook opvalt is dat statistische termen nauwelijks vermeld worden in de reviews, hetgeen een indicatie is dat het over beschrijvend, hypothesevormend onderzoek gaat. De komende Cochrane review geeft hoop voor nieuwe resultaten en inzichten. Voorlopig is het draaiboek van Eetexpert.be vzw een praktische leidraad voor de huisarts om patiënten met overgewicht en obesitas een goede multidisciplinaire aanpak te bieden.

5 Bronnen

(1) Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. (2006/01). België: Domus Medica; 2006.

(2) Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet. 2010:53(11):609-5.

(3) World Report on Disability. World Health Organisation (WHO): Geneva, Switzerland, 2011.

(4) Aanbevelingen voor het werk van psychologen in een obesitasteam. Een uitgave van vzw Eetexpert.be, 2011. Verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw.

(5) Eetexpert (2013). Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas. Draaiboek voor huisartsen. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Verkrijgbaar via vzw Eetexpert.be.

(6) Eetexpert (2010). Herkenning en aanpak van eet- en gewichtsproblemen: Draaiboek voor het CGG. Holsbeek: Eetexpert.

(7) Duodecim Medical Publications. EBM Guidelines: assessment of an obese patient. http://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00499, 2011.

(8) Duodecim Medical Publications. De behandeling van obesitas. http://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00500, 2011.

(9) Duodecim Medical Publications. Psychological interventions for overweight or obesity https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=evd04889

(10) Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD003818.

(11) MacLean PS, Wing RR, Davidson T, Epstein L, Goodpaster B, Hall KD, Levin BE, Perri MG, Rolls BJ, Rosenbaum M, Rothman AJ, Ryan D. NIH working group report: Innovative research to improve maintenance of weight loss. Obesity (Silver Spring). 2015 Jan;23(1):7-15.

(12) Neymotin F, Nemzer LR. Locus of control and obesity. Front Endocrinol (Lausanne). 2014 Oct 7;5:159.

(13) Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. Appetite. 2014 Nov;82:8-15.

(14) Hemmingsson E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. Obes Rev. 2014 Sep;15(9):769-79.

(15) Weltens N, Zhao D, Van Oudenhove L. Where is the comfort in comfort foods? Mechanisms linking fat signaling, reward, and emotion. Neurogastroenterol Motil. 2014 Mar;26(3):303-15.

(16) Murphy M, Mercer JG. Diet-regulated anxiety. Int J Endocrinol. 2013;701967.

(17) Müller A, Mitchell JE, Sondag C, De Zwaan M. Psychiatric aspects of bariatric surgery topical collection on eating disorders. Curr Psychiatry Rep. 2013;15(10).

(18) Taylor VH, McIntyre RS, Remington G, Levitan RD, Stonehocker B, Sharma AM. Beyond pharmacotherapy: understanding the links between obesity and chronic mental illness. Can J Psychiatry. 2012 Jan;57(1):5-12.

(19) Parlesak A, Krömker D. Obesity - a social and physical risk. J Dtsch Dermatol Ges. 2008 Jun;6(6):442-9.

(20) Sojcher R, Gould Fogerite S, Perlman A. Evidence and potential mechanisms for mindfulness practices and energy psychology for obesity and binge-eating disorder. Explore (NY). 2012 Sep-Oct;8(5):271-6.

(21) Ohsiek S, Williams M. Psychological factors influencing weight loss maintenance: an integrative literature review. J Am Acad Nurse Pract. 2011 Nov;23(11):592-601.

(22) Cochrane G. Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments: helping patients develop self-efficacy. Can Fam Physician. 2008 Apr;54(4):543-7.

(23) McLean RC, Morrison DS, Shearer R, Boyle S, Logue J. Attrition and weight loss outcomes for patients with complex obesity, anxiety and depression attending a weight management programme with targeted psychological treatment. Clin Obes. 2016 Apr;6(2):133-42.

(24) Carnier J, Lofrano MC, Prado WL, Caranti DA, de Piano A, Tock L, do Nascimento CM, Oyama LM, Mello MT, Tufik S, Dâmaso AR. Hormonal alteration in obese adolescents with eating disorder: effects of multidisciplinary therapy. Horm Res. 2008;70(2):79-84.

(25) Brennan L, Murphy KD,de la Piedad Garcia X, Ellis ME, Metzendorf MI, McKenzie JE. Psychological interventions for adults who are overweight or obese. CochraneDatabaseof SystematicReviews. 2016;Issue 3. Art. No.: CD012114.

(26) Debray l, Vandeputte A. Screening en zorgtoewijzing bij gewichtsproblemen in de huisartspraktijken van limburg: onderzoeksrapport. 2013. Verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw.

(27) Screening en zorgtoewijzing bij gewichtsproblemen in de huisartspraktijken van de leuvense regio. Verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw.

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK BIJ OVERGEWICHT:

DE VITALITEITSPAS ALS TOOL OM DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS, DIËTIST, PSYCHOLOOG EN BEWEGINGSTHERAPEUT TE OPTIMALISEREN.

Partim DE ROL VAN BEWEGINGSTHERAPIE

Charlotte GOEMAERE

Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Paul De Cort (KU Leuven)
Copromotor: Mevrouw An Vandeputte (Eetexpert.be vzw)

Academiejaren 2015 – 2017

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel

1 Onderzoeksvraag 4
2 Methodologie 5
2.1 Stap 1: Richtlijnen 5
2.2 Stap 2: Vakliteratuur 5
2.3 Stap 3: Evidence based artikels en systematische reviews 6
3 Literatuuronderzoek 7
3.1 Inleiding 7
3.2 Zitten is het nieuwe roken 9
3.3 Wat zijn de effecten van beweging in het algemeen? 11
3.4 Wat zijn de effecten van beweging bij patiënten met obesitas? 11
3.5 Fitness als medicijn 13
3.4.1. Zitnorm 14
3.4.2. Gezondheidsnorm 14
3.4.3. Fitheidsnorm 14
3.4.4. Spiernorm 15
3.4.5. Combinatie van fitheidsnorm en spiernorm 16
3.4.6. Slimnorm 16
3.6 Wat zijn de aanbevolen beweegoefeningen bij obesitas en hoe frequent worden deze aanbevolen? 17
3.6.1. Terminologie 17
3.6.2. Aanbevelingen 18
3.6.3. Fitness als medicijn 22
3.7 Beweegadvies door de huisarts 24
3.7.1. Effectiviteit van beweegadvies door de huisarts 24
3.7.2. Onderzoeken 24
3.7.3. Communiceren over gewicht en leefstijl 25
3.7.4. Aanbevelingen 28
3.8 Bewegen onder begeleiding 29
4 Besluit 32
5 Referenties 33

1 Onderzoeksvraag

In het onderstaande literatuuronderzoek wordt gezocht naar een antwoord op volgende vraag:

Onderzoeksvraag: Wat is de meerwaarde van de multidisciplinaire aanpak van patiënten met overgewicht of obesitas door de huisarts en de bewegingstherapeut?

Hieronder wordt voor de onderzoeksvraag de zoekmethode en resultaten beschreven.

Deze onderzoeksvraag kan uitgeschreven worden als een PICO-vraag:

P	Patiënt	Patiënt met overgewicht of obesitas.
I	Interventie	Multidisciplinaire samenwerking tussen de huisarts en bewegingstherapeut.
C	Controle	Geen multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas.
O	Outcome	Gezondheid, vitaliteit, gewichtsverlies, winst op de 3 biopsychosociale einddoelen, kwaliteit van leven

2 Methodologie

Het literatuuronderzoek werd stapsgewijs aangevat. Eerst en vooral werden de richtlijnen - relevant voor de huisartsgeneeskunde - onderzocht. Daarna werd naar vakliteratuur over bewegingstherapie bij overgewicht gezocht. Hiervoor werden Yves Devos met zijn project 'Fitness als medicijn' en AXXON, de beroepsorganisatie van kinesisten geconsulteerd. Tenslotte werd het literatuuronderzoek uitgebreid met artikels en reviews van databanken PubMed en Google Scholar.

2.1 Stap 1: Richtlijnen

De bronnen die relevant zijn voor de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen, zijn vooral de Vlaamse richtlijnen van Domus Medica en de Nederlandse NHG standaarden. Domus Medica heeft een richtlijn geschreven "OVERGEWICHT EN OBESITAS BIJ VOLWASSENEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK", tot stand gekomen in 2006. Deze richtlijn geeft een volledig overzicht over wat overgewicht en obesitas is, wat de verschillende aanbevelingen in de behandeling en opvolging zijn. Hier staat ook een partim bewegingsadviezen in. Gebaseerd op deze richtlijn, heeft EBM Practice Net ook een richtlijn over dit onderwerp geschreven, voor het laatst gereviewd in 2011. Dit is een bondige en meer overzichtelijke versie dan de oorspronkelijke richtlijn.

Ook de Nederlandse vereniging NHG heeft een standaard ontwikkeld over obesitas. Gelijklopend aan de Domus Medica richtlijn wordt hier de globale achtergrond en behandeling besproken, maar is er ook een specifiek deel dat gaat over de rol van beweging in de behandeling van obesitas. NHG verwijst door naar Thuisarts.nl, die een nuttige patiëntenbrief heeft gemaakt "Ik wil meer bewegen om mijn overgewicht aan te pakken" (bron: www.thuisarts.nl). Eveneens verwijst NHG door naar de website www.30minutenbewegen.nl, om de patiënten zelf aan te zetten tot een meer actieve levensstijl.

EBM Practice Net heeft nog andere artikels die specifiek over beweging bij preventie en behandeling van overgewicht gaan. In totaal werden voor deze literatuurstudie negen Duodecim artikels geselecteerd.

Eetexpert.be vzw is een kenniscentrum in verband met eet- en gewichtsproblemen. Deze organisatie biedt ook tal van richtlijnen voor verschillende hulpverleners die meewerken in de behandeling en begeleiding van patiënten met overgewicht. Er zijn verschillende draaiboeken opgesteld. Wat ontbreekt, is een draaiboek voor de beweging bij volwassenen met overgewicht. Er bestaat wel een draaiboek "Bewegen bij kinderen met overgewicht". Dit werd voor het literatuuronderzoek ook geraadpleegd.

2.2 Stap 2: Vakliteratuur

Yves Devos is een kinesist die mee onderzoek voert naar de indicaties en toepassingen van bewegingstherapie. In België stond hij mee aan de wieg van de Belgische variant van het Amerikaanse *Exercise is medicine*®-programma: *Fitness als medicijn*®. Bewegingstherapie heeft een plaats in de behandeling van verschillende chronische aandoeningen. Afhankelijk van de chronische aandoening waaraan men lijdt (metabole aandoeningen, aandoeningen aan het bewegingsstelsel,

aandoeningen die invloed hebben op je immuniteit en algemene weerstand) zijn andere oefeningen en beweegvormen geschikt. Hij heeft hierover een evidence based boek geschreven. Dit boek bevat nuttige bronnen en concrete toepassingen voor dit onderzoek (1).

Eén van zijn medewerkers, Glenn Demeyer, heeft meer uitleg gegeven over hun ervaringen met beweging als therapie voor chronische aandoeningen. Hij heeft ook onafhankelijke vakliteratuur bezorgd over dit onderwerp.

Axxon, de beroepsorganisatie voor kinesitherapeuten, leidt onder het label *KineCoach*® kinesisten op om patiënten met bepaalde chronische aandoeningen specifiek te begeleiden (Bron: http://www.kinecoach.net). Vanuit een multidisciplinaire samenwerking is het onvermijdelijk om de specifieke taak van de kinesitherapeut te omschrijven en hem tools aan te reiken om zijn deskundigheid en specifieke competentie in het kader van bepaalde doelgroepen te ondersteunen. In samenwerking met experten en wetenschappers vertaalt Axxon direct bruikbare wetenschappelijke kennis naar aanbevelingen voor het kinesitherapeutisch werkveld. Momenteel zijn er drie thema's die zich vanuit de gezondheidszorg profileren naar de kinesitherapeut: de metabole problematiek, waaronder de toenemende glucose-intolerantie bij diabetes type 2, het probleem van obesitas bij kinderen en bij volwassenen en op het domein van de musculoskeletale problematiek, de reumatologie (Bron: http://www.axxon.be/nl).

2.3 Stap 3: Evidence based artikels en systematische reviews

Als derde stap werden de databases Pubmed en Google Scholar gebruikt om de literatuurlijst verder uit te breiden. Combinaties van onderstaande zoektermen werden gebruikt:

-multidisciplinary approach

-interdisciplinary approach

-physical approach

-obesity

-physical therapy

-physical exercise in obesity

Er werd voornamelijk gefocust op recente artikels (sinds 2010) en review artikels. Opmerkelijk was dat de meeste zoekresultaten heel specifiek waren voor een bepaalde subpopulatie. Er werden ook nuttige Pubmed artikels gevonden door te zoeken in de referentielijst van nuttige artikels.

3 Literatuuronderzoek

3.1 Inleiding

Obesitas is een chronische metabole aandoening dat gekenmerkt wordt door een verhoogde vetmassa. Het is een toegangspoort naar een slechte gezondheid, en is één van de belangrijkste oorzaken van morbiditeit en mortaliteit wereldwijd, zowel bij kinderen en adolescenten als bij volwassenen. Complexe interacties tussen biologische, gedragsmatige, sociale en omgevingsfactoren zijn betrokken in de regulatie van de energiebalans en vetopslag. Een grondige anamnese, klinisch onderzoek en een laboratoriumonderzoek zijn nuttig in de evaluatie van de obese patiënt.

In de klinische praktijk wordt de vetmassa benaderd door de BMI (body mass index) te berekenen. Het gebruik van BMI als indicator voor overgewicht en gezondheid, heeft echter zijn beperkingen. Ten eerste is gewichtsverlies als bron van motivatie voor de levensstijlverandering geen duurzame bron van motivatie. Snel gewicht verliezen garandeert niet dat dit behouden blijft en kan leiden tot ongewenste jojo-effecten. (2, 3). Ten tweede lijkt het dat gezondheid enkel gebaseerd is op gewicht en vergeet men dat dit een breder begrip is dat ook fysieke, sociale en mentale gezondheid omvat. Iemand met een normale BMI die maaltijden overslaat of purgeert, kan geen gezond gewicht hebben. Anderzijds kan iemand met overgewicht zonder comorbiditeit die er voorts een gezonde leefstijl op nahoudt, wel een gezond gewicht hebben.

Een beperking van BMI is dus dat het de aanwezigheid van onderliggende obesitas-gerelateerde aandoeningen niet reflecteert, zoals een verminderde levenskwaliteit of functionele problemen. Vanuit klinisch perspectief zijn de fysische, psychologische en emotionele factoren belangrijk. Vanuit dit standpunt is het Edmonton Obesity Staging System (EOSS) ontwikkeld. Het zou een betere indicator voor het mortaliteitsrisico zijn dan BMI bij personen met overgewicht en obesitas. De score geeft een aanknopingspunt over de (strengheid van) de behandeling (4).

In de behandeling van overgewicht legt men de focus beter niet op gewicht maar op gezondheid, fysieke fitheid en psychosociaal welbevinden. Het uiteindelijke doel van de aanpak van overgewicht en obesitas is om een reductie van het gezondheidsrisico te verkrijgen. Om dit te bereiken, moet gewichtsverlies gepromoot worden, daarna moet gewerkt worden aan gewichtsstabilisatie en preventie van gewichtstoename. Andere doelen in de aanpak van overgewicht is de vermindering/behandeling van comorbiditeiten en een toename van de levenskwaliteit.

Wanneer men overgewicht wilt aanpakken, is het daarom belangrijk om het onderscheid te maken tussen een aanpak die zich richt op het gewicht en een aanpak die zich focust op gezondheid. Aanpakken die zich richten op gewicht, focussen zich op het individu en nemen aan dat door leefstijl- en gedragsveranderingen het gewicht zal dalen en men een normaal BMI zal krijgen. Deze aanpak zal mogelijks zijn doel niet bereiken en zal mogelijks niet leiden tot een betere gezondheid. Meestal zal het zelfs schade toebrengen aan de fysieke, emotionele en sociale gezondheid van die persoon. Deze aanpak heeft onderliggende assumpties en stigmatiseert obese personen. Daar tegenover staat de gezondheidsgerichte aanpak van obesitas. Een voorbeeld is Health at Every Size (HAES). Hier is gewicht niet de outcome, maar gezondheid. Men gaat psychologisch, psychosociaal en qua gezondheidsgedrag op vooruit. Een onderliggende assumptie is om niet te schaden. Men promoot intuïtief eten, betekenisvolle en positieve fysieke activiteit, acceptatie van het lichaam. Men probeert om stigma en assumpties over obesitas te overwinnen. Door HAES gaan de risicofactoren zoals cholesterol en bloeddruk dalen en het heeft betere lange termijn resultaten wat betreft controle van het lichaamsgewicht (4).

Een grondige aanpak van overgewicht kan enkel gebeuren door een multidisciplinair obesitas-management team met de huisarts, diëtist, psycholoog en kinesist/bewegingstherapeut. Huisartsen hebben de verantwoordelijkheid om overgewicht en obesitas te herkennen als een aandoening en om deze patiënten te motiveren voor een gepaste preventie en behandeling. Ze zijn de coördinator in de behandeling en de medisch expert. De beste behandeling van obesitas zou moeten bestaan uit *good clinical care*, evidence-based interventies, die gericht is op realistische doelen en een levenslange multidisciplinaire begeleiding (5, 6).

Dieetbegeleiding vertrekt van een gezonde, gevarieerde voeding aan de hand van de actieve voedingsdriehoek. Men bespreekt het voedingspatroon van de patiënt aan de hand van een dagboek (zelfmonitoring) (6, 7). Door cognitieve gedragstherapie wordt een gedragsverandering aangeleerd die nodig is om met succes gewicht te verliezen en dit gewichtsverlies te behouden. Aerobische training is een optimale oefening om vetmassa te reduceren, terwijl weerstandstraining nodig is om de *lean mass* (dit is de lichaamsmassa dat niet uit vet bestaat, dus de massa spieren, botten, organen en water) te vergroten. Farmacotherapie kan patiënten ondersteunen in de therapietrouw van hun niet-medicamenteuze behandeling en kan de obesitas-gerelateerde risico's verbeteren. Chirurgie is de meest effectieve behandeling bij patiënten met morbide obesitas wat betreft het lange termijn gewichtsverlies (6).

In dit partim van de masterthesis wordt gefocust op het effect en de plaats van bewegingstherapie bij de aanpak van overgewicht en obesitas. Stellingen zoals "zitten is het nieuwe roken" tonen aan dat het gebrek aan beweging een maatschappelijk probleem is. Er wordt onderzocht wat de effecten van beweging zijn en wat de aanbevelingen zijn bij de behandeling van overgewicht en obesitas. Verder wordt ook onderzocht welke spelers in de gezondheidszorg de patiënten hierbij kunnen ondersteunen en op welke manier.

3.2 Zitten is het nieuwe roken

Sedentair gedrag betekent niet een gebrek aan fysieke activiteit, maar wel een teveel aan zittende bezigheid. Personen kunnen voldoende fysiek actief zijn volgens de aanbevelingen voor gezond beweeggedrag, maar toch te veel sedentair gedrag vertonen, wat een belangrijke en onafhankelijke impact heeft op de gezondheid (8). Studies tonen aan dat een inactieve levensstijl net zo bedreigend is voor de gezondheid als het roken van een pakje sigaretten per dag. De kans op chronische ziekten zoals cardiovasculaire aandoeningen, type 2 diabetes, kanker en obesitas neemt door een sedentaire levensstijl enorm toe.

Sedentair gedrag en lichaamsbeweging worden elk beïnvloed door andere factoren en zijn bijgevolg onafhankelijke gezondheidsthema's. Dit betekent dat een persoon die wel aan de beweegnorm voldoet (zie verder), toch een sedentaire levensstijl kan hebben. Bijvoorbeeld iemand die dagelijks een kwartier naar en van het werk fietst, voldoet hiermee aan de beweegnorm, maar als hij verder vooral zittend de dag doorbrengt, heeft hij toch een sedentaire levensstijl. Met andere woorden, als men elke dag 30 minuten matig intensief beweegt, kan de gezondheid toch nog schade ondervinden als men voor de rest van de dag voornamelijk langdurig en onafgebroken stilzit. Men kan dus extra gezondheidswinst boeken door het zitten om het half uur te onderbreken en eens recht te staan. Sedentair gedrag is ook niet gelijk aan lichte vormen van lichaamsbeweging. Lichaamsbeweging met een lichte intensiteit (bv. staan, traag wandelen, afwassen, koken, enz.) heeft hoger energieverbruik dan zittende activiteiten. Sedentair gedrag heeft een lager energieverbruik dat schadelijk is bij overmaat. Licht intensieve lichaamsbeweging daarentegen is helemaal niet schadelijk voor de gezondheid, integendeel (7, 9).

Aanbevelingen over sedentair gedrag zijn relatief nieuw. Owen et al. beveelt vanuit wetenschappelijk onderzoek aan om de sedentaire tijd thuis te beperken tot maximaal 2 uur per dag en na 30 minuten ononderbroken zitten, recht te staan (9). In de actieve voedingsdriehoek wordt sedentair gedrag opgenomen in de restgroep. Dit betekent dat het zo veel mogelijk vermeden moet worden. Om minder lang stil zitten aan te moedigen, ligt de klemtoon op een keuze uit activiteiten uit de vier 'zitcontexten' die men eenvoudig en geleidelijk aan kunt inpassen in het dagelijks leven (zie figuur 1) (7).



Figuur 1: 'vier zitcontexten' om een minder sedentaire levensstijl in te bouwen bij volwassen (7).

3.3 Wat zijn de effecten van beweging in het algemeen?

Fysieke activiteit verbetert de fysieke fitheid en gezondheid. Personen in goede fysieke conditie hebben een lagere cardiovasculaire mortaliteit dan personen met een slechte fysieke conditie, zelfs na correctie voor andere risicofactoren. Regelmatige matig intensieve fysieke activiteit doet niet alleen de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit in belangrijke mate dalen, maar beïnvloedt ook onrechtstreeks de andere risicofactoren zoals de bloeddruk, het lipidenprofiel en de ontwikkeling van diabetes type 2 (10, 11). Daarnaast vermindert fysieke activiteit ook het risico op verscheidene andere chronische aandoeningen zoals bepaalde kankers en osteoporose. Het heeft ook een gunstig curatief effect. Verder bevordert fysieke activiteit het psychologisch welzijn en welbevinden (12). Wanneer men de minimale aanbeveling overschrijdt, worden bijkomende gezondheidsvoordelen verkregen (dosis-responsrelatie) (8).

Er kan ook sprake zijn van **ongezond te veel bewegen**, wanneer de lichaamsbeweging significant interfereert met belangrijke activiteiten, wanneer men beweegt op ongepaste tijdstippen of in ongepaste settings of wanneer beweging wordt verdergezet ondanks letsels of medische complicaties. De mate waarin beweging enkel of vooral gebruikt wordt om lichaamsvorm of gewicht te veranderen en de mate waarin men zich schuldig voelt wanneer beweging uitgesteld moet worden zijn bovendien zeer sterk geassocieerd met eetstoornissen, psychopathologie en gereduceerde levenskwaliteit (8, 13, 14). Publieke boodschappen spelen hierop in. Boodschappen die personen beïnvloeden om problematisch met fysieke activiteit om te gaan, zijn bijvoorbeeld te bewegen enkel en alleen met als doel om gewicht te verliezen, gewichtstoename te voorkomen en het uiterlijk te verbeteren. Er moet een shift gebeuren naar publieke boodschappen die overeenstemmen met de richtlijnen over bewegen, een gepaste balans tussen energie-inname en energieverbruik. Men moet fysieke activiteit promoten als een manier om fysieke fitheid, psychologisch welzijn, plezier, sociale en een betere leefstijl te bereiken. Men moedigt een duurzame manier van bewegen aan (3). Wanneer fysieke activiteit een doel op zich wordt, kan er bovendien sprake zijn van een bewegingsverslaving (8, 15).

3.4 Wat zijn de effecten van beweging bij patiënten met obesitas?

Eén van de drie pijlers in de behandeling van obesitas is beweegadvies, naast dieet- en gedragsadvies. Volgehouden toename in fysieke activiteit is vooral belangrijk om de gewichtsvermindering te behouden, terwijl het initiële gewichtsverlies vooral wordt veroorzaakt door het dieet en slechts in beperkte mate door de verhoogde fysieke activiteit (6). Beweging wordt gezien als een belangrijke component in een obesitasprogramma in aanvulling op de reductie van de calorie-inname. Verschillende studies tonen additionele voordelen aan van de combinatie van beweging met een calorierestrictie op het lichaamsgewicht, lichaamsvetgehalte en het behoud van het vetmassaverlies in vergelijking met dieet alleen (5). Het is aangetoond dat verhoogde fysieke activiteit (drie à zeven keer per week matig aerobe inspanning gedurende 30-60 minuten) voor enkele kilo's extra gewichtsverlies zorgt bovenop dieettherapie. Longitudinale studies met lange follow-up (twee tot tien jaar) hebben aangetoond dat volgehouden fysieke activiteit leidt tot lagere toename van het gewicht na het initiële gewichtsverlies. Verschillende interventiestudies hebben tevens aangetoond dat fysieke activiteit als onderdeel van de behandeling een voorspeller is van het succes van het gewichtsverlies (16-20).

Een systematische Cochrane review onderzoekt wat het effect is van lichaamsbeweging als enige interventie om gewicht te verliezen, dus zonder aanpassing van het dieet of cognitieve gedragstherapie. Verhoging van de lichaamsbeweging zorgt slechts voor een beperkt gewichtsverlies. Verder ziet men een daling van de diastolische bloeddruk, verlaging van de triglyceriden en daling van de nuchtere glucose. De combinatie met dieetadvies is effectiever om gewicht te verliezen (21-23).

Specifiek bij obese personen heeft toename van fysieke activiteit een positieve invloed op de gezondheid doordat (5, 19, 20, 24-28):

- De lichaamssamenstelling verbetert: de *lean mass* ('vetvrije' massa, dit is de massa spieren + botten) neemt toe en vetmassa neemt af.
- De vetverdeling verbetert: het abdominale vet vermindert, vooral wanneer fysieke activiteit gecombineerd wordt met dieetadvies.
- De cardiorespiratoire fitheid (VO2 max) verbetert.
- De bloeddruk verlaagt.
- De glucose tolerantie en insuline sensitiviteit verbeteren. Er is vertraging van de progressie naar diabetes mellitus type 2 bij patiënten met een gestoorde glucose tolerantie en/of metabool syndroom.
- Het lipiden profiel verbetert: daling van de triglyceriden en LDL, stijging van de HDL.
- Het risico op diabetes en cardiovasculaire aandoeningen daalt, zelfs wanneer enkel de fysieke activiteit wordt opgedreven zonder dieetverandering. De drie bovenstaande parameters dragen hiertoe bij.
- Het algemeen welbevinden van de patiënt stijgt. Men voelt zich fitter. Men heeft meer zelfvertrouwen. Het reduceert angstgevoelens en depressie.
- Het basaal metabolisme neemt toe. Ook in rust verbrandt men dus meer energie.
- Het verbetert de therapietrouw aan een dieet.
- Het heeft een positieve invloed op het behoud van het gewichtsverlies op lange termijn.

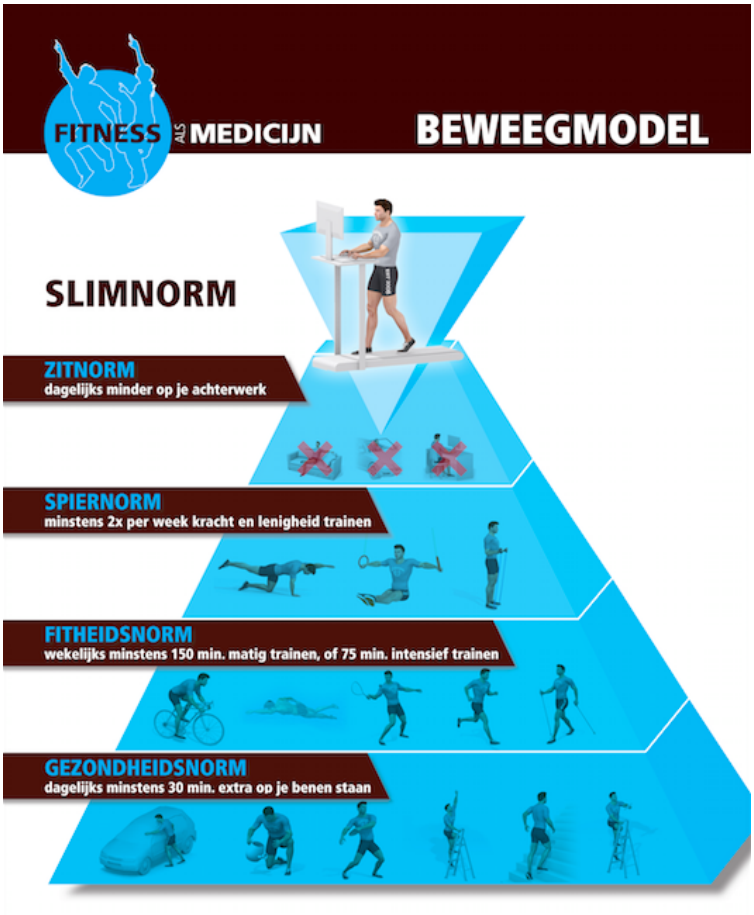
De "European Association for the study on Obesity" (EASO) roept huisartsen op om uit te leggen aan hun patiënten hoe belangrijk fysieke activiteit is bij obese patiënten. Fysieke activiteit heeft een sleutelrol in de preventie van complicaties van obesitas. Actieve obese patiënten hebben immers een lager risico op vroegtijdig overlijden wanneer men vergelijkt met een sedentaire persoon zonder overgewicht. Doorverwijzing naar een beweegcoach kan hierbij geïndiceerd zijn (29).

3.5 Fitness als medicijn

Fitness als medicijn® is een fitnessprogramma op maat van de patiënt, voor thuis of in de gym. Het houdt niet alleen rekening met de beperkingen die inherent zijn aan bepaalde aandoeningen, maar verhoogt tegelijk de levenskwaliteit omdat het de symptomen verlicht, de conditie verbetert, pijn vermindert, beweeglijkheid en soepelheid vergroot, het energieniveau doet stijgen, de slaapkwaliteit verbetert en de dagelijkste activiteiten makkelijker maakt (1).

Naar analogie met de actieve voedingsdriehoek is het beweegmodel Fitness als medicijn® ontwikkeld (figuur 2). Het model probeert de patiënt op een praktische manier te begeleiden naar meer te bewegen en minder te zitten. De inhoud komt grotendeels overeen met de andere evidentie die over bewegen gevonden is. Omdat het een compleet uitgewerkt concept is, wordt het hieronder apart besproken.

Het beweegmodel telt vijf normen voor verschillende soorten activiteiten waardoor mensen minder zitten (zitnorm), actiever worden (gezondheidsnorm), fitter worden (fitheidsnorm), sterker worden (spiernorm) en slanker worden (slimnorm). Dit wordt hieronder verder toegelicht. Verder in deze literatuurstudie komt nog aan bod welke activiteiten en hun frequentie in het boek over dit fitnessprogramma worden aanbevolen bij patiënten met overgewicht en obesitas.



Figuur 2: Beweegmodel fitness als medicijn® (1).

3.4.1. Zitnorm

Langdurig zitten houdt, zoals eerder besproken, evenveel gezondheidsrisico's in als roken. Dit is geen goed nieuws als men weet dat mensen meer dan een derde van hun leven zittend doorbrengen: voor de tv, in de auto, op school of op kantoor (9). Hierdoor neemt de kans op cardiovasculaire aandoeningen, obesitas, diabetes en kanker toe. De totale 'dagelijkse zittijd' moet dus naar beneden. Het wordt aanbevolen om de dagelijkse zittijd tot 2 uur te beperken en deze om de 30 minuten te onderbreken (30).

Dit kan door verschillende kleine inspanningen in te bouwen in het dagelijkse ritueel. Enkele voorbeelden uit het boek Fitness als medicijn® (1, 6, 11):

- Sta regelmatig op tijdens het televisiekijken. Wandel bijvoorbeeld rond tijdens reclame-blokken, of doe huishoudelijke activiteiten zoals strijken terwijl je tv kijkt.
- Wandel rond terwijl je telefoneert thuis of op het werk.
- Ga regelmatig een glas water halen. Meer water drinken levert ook meer plaspauzes op.
- Gebruik een bureau die verstelbaar is in hoogte zodat je ook staand kunt werken.

3.4.2. Gezondheidsnorm

De aanbeveling om 10.000 stappen per dag te zetten, is ondertussen vrij bekend bij de bevolking. Dit is oorspronkelijk een commerciële stunt van een Japans bedrijf in stappentellers (31), maar de richtlijn wordt nu wetenschappelijk onderzocht en ook de Vlaamse overheid maakte er een project rond: "*10.000 steps Ghent*" (32). Men heeft 10.000 stappen nodig om de gezondheid positief te beïnvloeden en de kans op chronische ziekten te verminderen. Hiermee bereikt men de gezondheidsnorm (33). Een nuttige tool om dit te registreren, is door een stappenteller te dragen. Het is bovendien aangetoond dat mensen die een stappenteller gebruiken, dagelijks 2.000 stappen meer zetten (34). Per minuut fietsen of zwemmen, mag men 150 stappen extra toevoegen aan het totaal aantal stappen voor die dag.

Ook hier zijn veranderingen van gewoonten in het dagelijkse leven nuttig. Enkele voorbeelden (1):

- Was je auto zelf i.p.v. naar de carwash te gaan.
- Tuinier.
- Ga tijdens het tv kijken op een hometrainer fietsen.
- Doe een wandeling tijdens je middagpauze.
- Neemt de trap i.p.v. de lift.
- Neem zo veel mogelijk het openbaar vervoer en stap een halte vroeger af of neem de fiets voor korte afstanden. Als je toch de auto neemt, parkeer hem dan zo ver mogelijk op de parking.

3.4.3. Fitheidsnorm

Men kan de fitheid verbeteren door aan de conditie te werken. Dit doet men door cardiotraining te doen. Het heeft als doel het hart- en vaatsysteem in het lichaam te verbeteren. Ritmisch herhaalde bewegingen zoals nordic walking, fietsen, roeien en zwemmen staan hierin centraal. Men kan deze sporten gedurende een lange tijd volhouden en ze activeren een groot deel van je spieren.

Het effect op de gezondheid van een betere fitheid is een vermindering van de kans op vroegtijdig overlijden. Het heeft een invloed op de levenskwaliteit omdat men meer energie heeft en minder

pijn ervaart. De fitheid kan men berekenen op basis van de VO_2-max waarde. Dit is het aantal liter zuurstof dat men maximaal per minuut per kilo lichaamsgewicht kunt opnemen en verwerken. De kritische drempel om van gezondheidsbescherming te genieten is een VO_2-max-waarde van meer dan 28mL/min/kg.

De hartslag is de motor van het lichaam en vertelt veel over iemands conditie. De rusthartslag verschilt van persoon tot persoon en is ook afhankelijk van de conditie en lichamelijke toestand (bijvoorbeeld bij ziekte of na een zware training). Naarmate de conditie verbetert, moet het hart minder hard werken om het bloed rond te pompen en de zuurstof naar de organen rond te pompen. Daardoor zal de rusthartslag langzaam dalen (1).

De hartslag is een parameter die vaak gebruikt wordt bij het sporten om de intensiteit van een training aan te geven. Er bestaan tabellen die aangeven tussen welke waarden de hartslag moet liggen om volgens een bepaalde intensiteit te trainen. Dit komt verder nog aan bod.

High-Intensity Interval Training (HIIT) is een specifieke trainingsmethode met een goed trainingsresultaat in relatief weinig tijd. Men kiest een cyclus van een paar oefeningen, doet ze achter elkaar in een hoog tempo met korte rustpauzes. Een belangrijk voordeel is de goede tijdsefficiëntie. Sommige HIIT's van 10 minuten zijn effectiever dan een halfuur loopbandtraining. Ook wordt door de intensiteit van de oefeningen het metabolisme opgedreven. Een nadeel van de hoge intensiteit is een hoger risico op blessures. Deze vorm van training is enkel geschikt voor personen met reeds een basis conditie en een laag medisch risico.

3.4.4. Spiernorm

De spiernorm kan men bereiken d.m.v. krachttraining te doen. Dit is eigenlijk training tegen weerstand. Deze weerstand kan men opbouwen door gewichten te gebruiken, maar ook bijvoorbeeld door te trainen met een fitnesselastiek of zelfs gewoon het eigen lichaamsgewicht. Men wordt sterker doordat de spier die de weerstand moet overwinnen uiteindelijk dikker (hypertrofie) en slimmer (meer spiercellen worden per keer ingezet) wordt. Het effect van spiertraining bevindt zich voornamelijk in de spieren en botten. De uithouding wordt beter, het draagt bij tot de preventie van osteoporose en sarcopenie, het verbetert rugklachten en speelt ook een rol in de aanpak van overgewicht omdat krachttraining het basaal metabolisme verhoogt. Spiertraining verlaagt enkele cardiovasculaire risicofactoren, namelijk insulineresistentie, laag basaal metabolisme, hypertensie en hyperlipidemie. Bovendien ziet men er ook mooier uit, wat bijdraagt tot een verbetering van het zelfbeeld (1, 35, 36).

Er bestaat een stigma dat vrouwen een hekel hebben aan spierversterkende oefeningen omdat ze bang zijn om dikke armen, billen of benen te ontwikkelen. Maar voor vrouwen is het net extra belangrijk om spieroefeningen te doen omdat ze van nature een lagere spiermassa hebben dan mannen. De testosteronproductie is lager, waardoor ze een lagere stofwisseling hebben en er sneller osteoporose optreedt. Door krachttraining neemt de testosteronproductie toe, waardoor men een strakker en jeugdiger uiterlijk krijgt, stevige botten, meer energie, meer zin in seks en minder depressieve gevoelens (1).

Om de gezondheid te bevorderen traint men best twee à drie keer per week elke belangrijke spiergroep (borst, schouders, rug, buik, benen). Wanneer men vier reeksen doet per spiergroep, is dit effectiever gebleken dan twee reeksen, al laat elke reeks reeds een krachttoename zien (zie tabel 1).

Terminologie bij krachttraining
Oefening: Het geheel van verschillende bewegingen die gedurende een training kunnen worden uitgevoerd
Herhaling: Eén enkele volledige beweging van een oefening
Reeks: Een aantal volledige herhalingen van een oefening

Tabel 1: Terminologie bij krachttraining. Bijvoorbeeld: drie reeksen van 15 herhalingen van één soort oefening (1).

Voor mensen zonder lichamelijke beperkingen beveelt Yves Devos twee tot vier reeksen van acht tot twaalf herhalingen aan, matig tot intensief, met twee tot drie minuten rusten tussen de reeksen. In kader van een medisch fitnessprogramma geldt de eerste drie maanden: één reeks van tien tot vijftien herhalingen, licht tot matig intensief. Daarna twee tot vier reeksen van acht tot twaalf herhalingen, matig tot intensief. Dit doet men voor een totaal van acht tot tien oefeningen.

Stretchen of rekken is een ander onderdeel om de spiernorm te bereiken. Door te rekken vergroot de bewegingsuitslag van een gewricht. De lenigheid verbetert dus. Spierpijn wordt niet beïnvloed door stretchen voor of na een inspanning, in tegenstelling tot wat men vaak denkt of verwacht. Ook is het niet bewezen dat rekken helpt om blessures te voorkomen. Bij chronische aandoeningen verkorten spieren zich tijdelijk of blijvend ter bescherming van een gewricht. Dan kan stretching zeker zinvol zijn. De bedoeling van stretchen is dus om de gewrichten lenig te houden. Dit doet men beter niet vlak voor of na een training, maar op een ander moment, bijvoorbeeld 's ochtends na het opstaan. Probeer twee- tot driemaal per week te stretchen, gedurende minstens tien minuten. Houd de rek tussen de 15 en 60 seconden aan (1, 37).

3.4.5. Combinatie van fitheidsnorm en spiernorm

Men kan ook een training doen waarbij de fitheidsnorm en spiernorm gecombineerd worden. Deze training is gebaseerd op het concept van high-intensity circuit training (HICT). Doordat HICT in een hoog tempo wordt gedaan, zorgt dit niet alleen voor meer kracht (spiernorm), maar bouwt dit ook conditie (fitheidsnorm) op. Er is al bewezen effect vanaf vier minuten HICT, maar deze effectiviteit is groter wanneer men minstens 20 minuten traint. Een toepassing van HICT is bijvoorbeeld "*7 minutes workout*". Dit is een internationale hit, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, en is ideaal voor mensen die weinig tijd hebben om te sporten. Dit programma bestaat uit twaalf oefeningen die men in zeven minuten uitvoert en waarmee men dezelfde resultaten behaalt als met een trainingssessie van een uur. Men moet de oefeningen zeer intensief doen en tussen de oefeningen slechts tien seconden rusten. Wanneer men voldoende tijd heeft, kan men het hele circuit twee of drie keer doen voor een nog beter resultaat (1, 38-40).

3.4.6. Slimnorm

De slimnorm wordt in de inleiding van Fitness als medicijn® besproken als "slanker worden". In de duidende tekst sluit dit eerder aan bij de zitnorm. Door zittende activiteiten aan te passen naar activiteiten waarbij men in beweging is, bereikt men de slimnorm. Hét voorbeeld hierbij is de aanpassing van de werkplek, meerbepaald door van het klassieke bureau een loopbandbureau te maken. De effecten hiervan zijn divers. Meer bewegen is goed voor de gezondheid. Men verbruikt meer calorieën al stappende dan als zittende. Het gewicht, buikomtrek en de BMI zullen dus zakken. Tijdens het wandelen activeert men de been-, bil-, buik- en rugspieren. Deze spieren worden

getraind en stabiliseren de wervelkolom, waardoor er ook minder rugpijn optreedt. Door het bewegen komen endorfines vrij, dit hormoon geeft een geluksgevoel. De hersenen worden beter doorbloed waardoor de concentratie en creativiteit stijgen. Er moet wel gezegd worden dat er eerst een korte aanpassingsperiode is voor de effecten op de productiviteit gezien worden (1).

3.6 Wat zijn de aanbevolen beweegoefeningen bij obesitas en hoe frequent worden deze aanbevolen?

Enerzijds wordt aanbevolen om de sedentaire levensstijl zo veel mogelijk te beperken en meer dagelijkse activiteiten te doen. Anderzijds is oefentherapie nodig in de behandeling van overgewicht en obesitas (5).

Zoals eerder besproken is het belangrijk dat obese patiënten zoveel mogelijk beweging inbouwen in hun dagelijkse leven (trap nemen in plaats van lift, te voet of met de fiets naar de winkel gaan in plaats van met de auto) en zittende activiteiten (tv-kijken, computergebruik) beperken (figuur 1) (7, 9, 41).

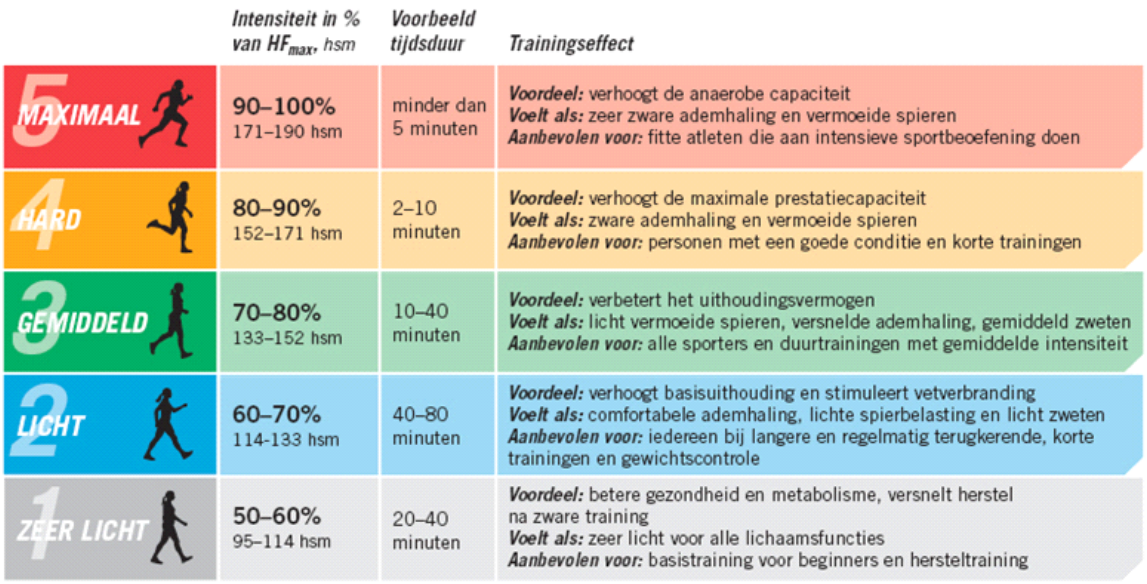
Wanneer men de tijdsintensiteit afweegt tegenover de gezondheidsvoordelen, lijkt aerobische training het optimale type van bewegingsoefeningen te zijn om de vetmassa en lichaamsgewicht te reduceren. Daarnaast is weerstandstraining nodig om de *lean mass* (spiermassa + botmassa) te verhogen bij patiënten met overgewicht en obesitas (5, 42, 43).

3.6.1. Terminologie

Wanneer gesproken wordt over **fysieke activiteit van matige intensiteit**, worden inspanningen bedoeld waarbij het hart iets sneller slaat en de ademhaling iets sneller gaat dan normaal, maar waarbij het mogelijk blijft om vlot een gesprek te voeren. De hartfrequentie komt bij matig fysieke activiteit bij volwassenen overeen met 70-80% van de persoonlijke maximale leeftijdsspecifieke hartfrequentie. Enkele voorbeelden van matige fysieke activiteiten zijn stevig doorstappen (*brisk walking*), zwemmen, fietsen aan 15 km/uur, trap aflopen en tafeltennis.

Men spreekt van **intense fysieke activiteit** wanneer de ademhaling veel sneller en dieper gaat, waardoor een vlotte conversatie moeilijk wordt en men begint te zweten. De hartfrequentie bij volwassenen is 80-90% van de maximale hartfrequentie voor die leeftijd. Enkele voorbeelden van intense fysieke activiteit zijn joggen, klimmen, tennis, wielrennen, fietsen vanaf 20 tot 25 km/uur, gevechtssporten en basketbal (8).

Er bestaan tabellen die deze hartslagzones weergeven. Onderstaande figuur geeft hier een voorbeeld van (figuur 3).



Figuur 3: Percentages van de maximale hartslag om met een bepaalde intensiteit te trainen. In het voorbeeld zijn de hartslagzones berekend voor een 30-jarige (Bron: www.hetloopcentrum.nl).

Deze aanbevolen hartslagwaarden verschillen naargelang de leeftijd. Men moet namelijk starten met eerst de maximale hartslag te berekenen. Dit wordt ook HFmax genoemd, en wordt als volgt berekend: 220 – leeftijd. Een voorbeeldje: een 40-jarige man/vrouw wenst matig intensief (= 'gemiddeld' in deze tabel) te trainen. Dan zal hij/zij in de hartslagzone moeten trainen tussen 70 en 80% van zijn maximale hartslag. Dit is in dit voorbeeld 220 – 40 = 180 bpm (beats per minute). 70 en 80% hiervan zijn respectievelijk 126 en 144 bpm. Dit is dus de gewenste hartslagzone om te trainen voor een 40-jarig persoon die een matig intensieve training wenst te doen.

3.6.2. Aanbevelingen

Eetexpert.be vzw heeft in opdracht van het Vlaams ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in 2012 een overzicht gemaakt van de nationale en internationale aanbevelingen over beweging. Deze worden hieronder opgelijst in tabel 2.

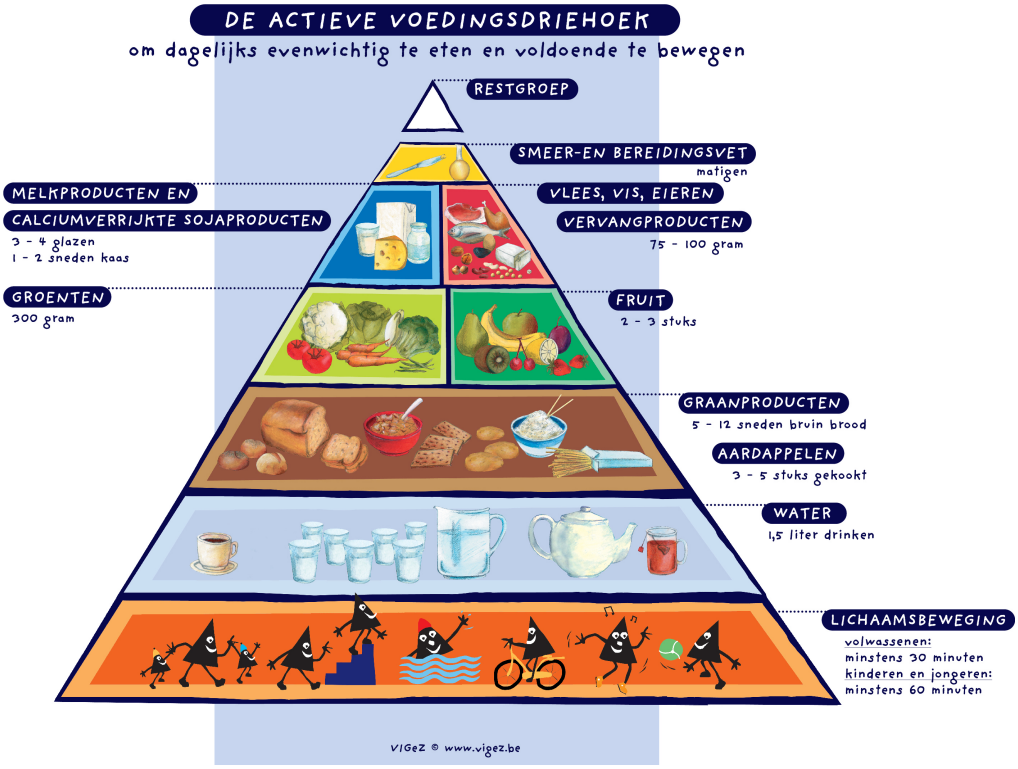
Aanbevolen door:	Aanbeveling
VIGeZ (België, 2012)	Dagelijks minstens 30 minuten matige fysiek activiteit uitoefenen (beweegnorm) – mag gespreid worden, minstens 10 minuten bewegen na elkaar. Alternatief: minstens drie keer per week 20 à 30 minuten training met hoge intensiteit (sportnorm)
	Stappennorm: 10.000 stappen per dag. Elke minuut fietsen of zwemmen telt mee als 150 extra stappen.
HEPA-groep (België, 2001)	Drie- tot vijfmaal per week gedurende tenminste 30 minuten matige fysieke activiteit. Dit kan door accumulatie van trainingsperiodes van minstens 10 minuten.
	Twee- tot driemaal per week weerstandsoefeningen.
Domus Medica (België, 2009)	Alle dagen aërobe fysieke activiteit, minstens vijfmaal per week 30 minuten aan matige intensiteit of minstens driemaal per week 20 minuten aan hoge intensiteit. Combinaties zijn toegestaan. Opsplitsing in blokken van minstens 10 minuten mag ook. Inactieve personen werken best geleidelijk naar 30 minuten beweging per dag.
	Twee tot drie keer weerstandsoefeningen per week, met telkens minstens

	één rustdag tussen de trainingssessies.
Belgische Vereniging voor Cardiologie, gebaseerd op ESC (2007)	Bijna dagelijks een halfuur fysieke activiteit uitvoeren ter preventie van hart- en vaatziekten.
Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (2003)	Tenminste vijf dagen per week (maar liever alle dagen) 30 minuten matige lichaamsbeweging uitvoeren.
	Alternatief: fitnorm: minstens drie dagen per week 20 minuten zwaar intensieve activiteit.
	Combinorm: één van twee bovenstaande normen
WHO (2010) – US Department of Health and Human Services (2008)	Per week minstens 150 minuten matige of 75 minuten intense fysieke activiteit uitoefenen. Combinatie van matig en intens is mogelijk. Opsplitsen in sessies van minstens 10 minuten mag.
	Voor bijkomende gezondheidsvoordelen: minstens 300 minuten matige of 150 minuten intense fysieke activiteit.
	Spierversterkende oefeningen op twee of meer dagen per week.
UK Department of Health (2011)	Per week minstens 2,5 uur matig fysiek actief in blokken van minstens 10 minuten. Alternatief: 75 minuten intens fysiek actief of combinatie van beiden.
	Minstens twee dagen per week spieroefeningen.
Australische richtlijn (2005)	Minstens 30 minuten per dag matig fysieke activiteit, waarvan telkens minstens 10 minuten aaneensluitend.
	Bijkomend gezondheidsvoordeel: drie- tot viermaal per week minstens 30 minuten intense fysieke activiteit.
CSEP (Canada, 2011)	Per week minstens 150 minuten matig tot intense aërobe fysieke activiteit in blokken van minstens 10 minuten.
	Minstens twee dagen per week training van grote spiergroepen om spieren en botten te versterken.

Tabel 2: Internationale aanbevelingen over de frequentie, soort oefening en intensiteit van fysieke activiteit (8).

Samenvattend kan men stellen dat de nationale en internationale wetenschappelijke richtlijnen aanbevelen om minstens vijf dagen per week 30 minuten matig intensieve aërobische training te doen in blokken van minstens 10 minuten. Personen zonder lichamelijke beperkingen kunnen ervoor kiezen om als alternatief minstens drie keer per week 20 minuten intensieve training te doen of een combinatie van beiden. Er wordt aanbevolen om daarnaast minstens twee keer per week spierversterkende oefeningen te doen om de spiermassa en botmassa te versterken (5, 8, 42-44).

Deze aanbeveling is ook opgenomen in de educatieve *actieve voedingsdriehoek*. Hoe groter de groep, hoe meer we ervan nodig hebben om gezond te zijn. Lichaamsbeweging is de grootste groep in de actieve voedingsdriehoek en heeft men dus het meeste nodig. Sedentair gedrag is in de restgroep opgenomen, en moet men dus zoals eerder besproken zo veel mogelijk vermijden (7). Zie figuur 4.



Figuur 4: de actieve voedingsdriehoek (7).

De gezondheidsenquête (2013) uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid toont aan dat slechts 36 procent van de volwassen bevolking deze minimale aanbeveling haalt (1, 45).

Driemaal per week een halfuur rustig wandelen is een realistisch vertrekpunt om de fysieke activiteit te verhogen. Nadien kan de intensiteit (sneller stappen, *brisk walking*) en frequentie (vijf dagen tot alle dagen van de week) worden opgedreven. Verschillende korte oefensessies per dag zijn even effectief als één lange sessie, zolang de totale verbruikte energie dezelfde blijft. Kortere sessies, gespreid over de dag, zijn vaak vlotter haalbaar. Mensen met tijdgebrek kunnen hun fysieke activiteit spreiden over periodes van telkens minstens tien minuten (6, 20).

De doelstelling op lange termijn is dat de patiënt bijna elke dag van de week gedurende 30 minuten een matige fysieke inspanning doet, zoals stappen, zwemmen, fietsen (zie tabel 3) (11)

	Activiteit	Energieverbruik in kcal/uur
Inactief	Rusten (in de zetel)	**105**
Licht	Winkelen (warenhuis)	**210**
	Afwassen, strijken	**240**
	Rustig wandelen (3km/uur)	**260**
	Opruimen, stof afnamen, stofzuigen	**260**
	Hometrainer (50 watt)	**315**

	Stevig wandelen (5 km/uur)	420
	Rustig fietsen (16 km/uur)	420
	Tuinieren	450
	Trappen op- en afgaan	470
	Verven, behangen	470
Matig	Spitten	525
	Hometrainer (100 Watt)	580
	Stevig fietsen (20 km/uur)	630
	Inkopen de trap opdragen	630
	Zwemmen	630
	Tennis	630
Intens	Joggen (8 km/uur)	840
	Langlaufen	840

Tabel 3: Energieverbruik, inclusief basaal metabolisme, van een persoon van 100 kg bij thuis- en sportactiviteiten (6, 46).

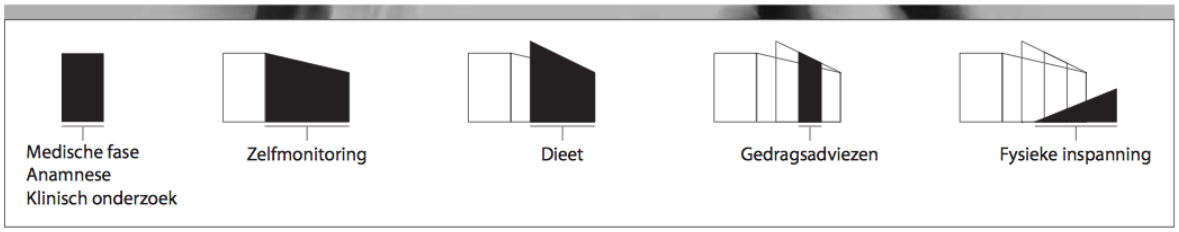
De gezondheidsgids van Domus Medica heeft de aanbevelingen van lichaamsbeweging bij volwassenen samengevat in één tabel (tabel 4).

Aanbevolen lichaamsbeweging bij volwassenen zonder chronische pathologie en ouderen ≥65 jaar.

	18 tot 64 jaar zonder chronische pathologie	≥65 jaar
Aerobe uithouding	Regelmatige, ritmische aerobe activiteit van grote groepen spieren, zoals stevig wandelen, fietsen, zwemmen, joggen.	
Hoe vaak?	· Best dagelijks · Minstens 5 keer per week bij matige intensiteit · Minstens 3 keer per week bij hogere intensiteit · Ook combinaties van deze twee zijn mogelijk	
Hoelang?	**Matig intensief:** 30 minuten per dag, eventueel te bereiken in blokken van minimaal 10 minuten **Hoog intensief:** 20 minuten per dag	Bij sedentaire ouderen steeds starten met blokken van 10 minuten
Hoe intensief?	**Matig intensief** · lichte stijging van de diepte en frequentie van de adem-haling · een gesprek voeren blijft vlot mogelijk · hartfrequentie tussen 55-69% van het leeftijdspecifieke maximum **Hoog intensief** · een gesprek voeren is moeilijk · zweten · hartfrequentie boven 75% van het leeftijdspecifieke maximum	· Intensiteit bepalen met een subjectieve schaal. Op deze schaal is 0 rust en 10 maximale inspanning: · matig intensief: subjectief 5-6 · hoog intensief: subjectief 7-8
Weerstandsoefeningen	Oefeningen gericht op het verhogen van de spierkracht, het spiervermogen, de spiermassa en uithouding van de spieren	
Hoe vaak?	2 tot 3 keer per week maar met minstens één dag tussenpauze	
Hoe intensief?	Minimale belastingen die zo zwaar zijn dat zij na een reeks van 8 tot 10 herhalingen een matige, voorbijgaande vermoeidheid geven van de spiergroep in kwestie	Minimale belastingen die zo zwaar zijn dat zij na een reeks van 10 tot 15 herhalingen een matige, voorbijgaande vermoeidheid geven van de spiergroep in kwestie
Soepelheid		Minstens 2 keer per week
Evenwicht (bij verhoogd valrisico)		3 keer per week

Tabel 4: Samenvatting van de aanbeveling over beweging bij volwassenen (11)

In de richtlijn over obesitas beveelt Domus Medica aan om de behandeling van overgewicht en obesitas stapsgewijs uit te voeren, gespreid over verschillende consultaties. Fysieke inspanning wordt best geadviseerd wanneer er reeds de eerste dieetadviezen zijn gegeven, en begint samen met de gedragsadviezen. Dit wordt weergegeven in volgende figuur (Figuur 5).



Figuur 5: Beleidsplan voor aanpak van obesitas in de huisartsenpraktijk. De verschillende stappen krijgen gradueel aandacht in het verloop van de verschillende consultaties (6).

De oefentherapie moet aangepast zijn aan de mogelijkheden van de patiënt en zijn gezondheid. De focus moet liggen op de veiligheid. Daarom wordt de toename in fysieke activiteit bij obesitaspatiënten best gradueel opgebouwd. De arts controleert of er cardiovasculaire risicofactoren, pulmonale aandoeningen, metabole aandoeningen en/of osteo-articulaire of musculaire aandoeningen aanwezig zijn (24).

Potentiële neveneffecten van het verhogen van de fysieke activiteit zijn spier- en/of gewrichtsblessures en cardiovasculaire events (47).

3.6.3. Fitness als medicijn

In zijn boek Fitness als medicijn® gaat Yves Devos iets dieper in op deze richtlijnen, en past hij ze toe op verschillende chronische aandoeningen. Hieronder worden de aanbevelingen specifiek voor patiënten met obesitas samengevat (1).

Warming up

Voor men aan het echte werk begint, moet men eerst de machine warm laten draaien. Het wordt dus aanbevolen om te beginnen met een aantal oefeningen die alle lichaamsfuncties langzaam vanuit rust tot inspanningsniveau brengen. Het is een voorwaarde om lichamelijke inspanningen te kunnen leveren en het voorkomt ook blessures. Decennialang heeft men geleerd om te stretchen vooraleer inspanningen te leveren, maar dit klopt niet, zoals hierboven beschreven (zie 3.4.4. Spiernorm). Het is beter om oefeningen te doen die de grote spiergroepen opwarmen, bijvoorbeeld rustig bewegen op een roeiapparaat of crosstrainer. Het is aanbevolen om dit gedurende 5 à 10 minuten te doen (1).

Zitnorm

Probeer zo weinig mogelijk stil te zitten en zo veel mogelijk te bewegen in het dagelijkse leven. Onderbreek het zitten elke 15 minuten.

Gezondheidsnorm

De aanbeveling om dagelijks 10.000 stappen te zetten, is de richtlijn voor gezondheidswinst. Om gewicht te stabiliseren of te verliezen, volstaan deze 10.000 stappen niet en wordt eerder aanbevolen om 14.000 à 15.000 stappen te zetten (1, 48).

Fitheidsnorm

Cardiofitness geeft al vetverbranding na twee tot drie minuten. De effecten van cardiotraining op lange termijn zijn wel groter als men minstens 20 tot 30 minuten traint. De voorkeur van cardiotraining gaat voornamelijk uit naar trainingen met een matige tot intensieve intensiteit. Bij zwemmen, fietsen en *brisk* en *nordic walking* belast men de heupen en knieën heel weinig. Deze trainingen genieten dus de voorkeur wanneer men gewrichtsproblemen heeft die gelinkt zijn aan het overgewicht. Aan mensen met een BMI > 30 wordt joggen en hardlopen afgeraden vanwege de enorme belasting op de gewrichten.

De aanbevolen frequentie om cardiotraining te doen volgens Fitness als medicijn® is vijfmaal per week of vaker. Qua intensiteit adviseert de auteur om licht, matig en na enige tijd ook intensief te trainen. Start met sessies van 20 tot 30 minuten. Evolueer naar sessies van 30 tot 50 minuten per dag, met als uiteindelijke doelstelling een totaal van 280 minuten per week. De types van oefeningen die in aanmerking komen zijn loopband (stappen), liggende en zittende fiets, crosstrainer, stepper, roeiapparaat, armergometer, zwemmen, fietsen, *brisk walking* en *nordic walking*.

Spiernorm

Zoals eerder besproken is de spiermassa voornamelijk belangrijk om het metabolisme op te krikken. Yves Devos beveelt in zijn programma aan om twee tot drie keer per week spieroefeningen te doen, met minstens 48 uur tussen de trainingen. De bedoeling is om van acht tot tien oefeningen, twee tot vier reeksen van acht tot twaalf herhalingen te doen, met een matige tot sterke intensiteit (spieruitputting voelen) (zie terminologie in tabel 1). De opwaartse fase van de oefening gebeurt in twee tellen, de neerwaartse fase in vier tellen. Let op een rustige ademhaling.

Cooling down

Cooling down is het omgekeerde van *warming up*. Het brengt het inspanningsniveau van tijdens de training geleidelijk terug naar het rustniveau. Het vermindert geleidelijk de circulatie in de spiergroepen. Hierdoor kunnen de afvalstoffen van het spiermetabolisme afgevoerd worden, en voorkomt met een gespannen, vermoeid gevoel en stijfheid. Stretching is evenmin geschikt *als cooling down* oefening omdat de spieronderdeeltjes beschadigd kunnen worden. In het boek Fitness als Medicijn wordt de trilplaat voorgesteld als *cooling down* oefening, gedurende 5 tot 10 minuten (1).

3.7 Beweegadvies door de huisarts

In het licht van de overtuigende evidentie dat fysieke activiteit en fitness de levensverwachting verbeteren, hebben we als arts de plicht om fysieke activiteit te incorporeren in ons advies aan patiënten en bevolking (49-51).

3.7.1. Effectiviteit van beweegadvies door de huisarts

Studies tonen aan dat aanmoediging in de eerste lijn leidt tot een verbetering van de fysieke activiteit. Deze studies includeren echter sterk gemotiveerde welstellende deelnemers uit een beperkt aantal huisartsenpraktijken. De resultaten kunnen dus vertekend zijn. Daarom kan men op basis van de beschikbare literatuur niet met zekerheid besluiten of counseling door de huisarts om de fysieke activiteit te verhogen, zinvol is. Studies met een betere kwaliteit en een langere opvolging zouden dit verder kunnen onderzoeken (52-56).

Kort advies van de huisarts (3-5 minuten) tijdens de consultatie heeft een wisselend en meestal beperkt effect. De fysieke activiteit kan wel toenemen, maar slechts voor een korte periode (maximum drie maanden) (57).

Training van huisartsen in advies geven over verhoging van de fysieke activiteit, in langere interventies waarbij rekening wordt gehouden met het stadium van gedragsverandering van de persoon, in het werken met individuele doelen, in het meegeven van geschreven advies of informatie en in de follow-up, zouden op langere termijn effect kunnen hebben (52, 54, 55, 58).

3.7.2. Onderzoeken

In Nieuw-Zeeland is een bevolkingsonderzoek gebeurd die onderzocht of het voorschrijven van meer fysieke inspanning door de huisarts bij sedentaire personen effect heeft. Meer dan 800 patiënten tussen 40 en 79 jaar die een sedentaire levensstijl vertoonden (dit is in deze studie: minder dan vijf dagen per week minder dan een halfuur wandelen of sport beoefenen), werden geïncludeerd. Er namen 159 huisartsen deel. Zij werden gerandomiseerd in een interventie- en controlegroep. In de interventiegroep worden de artsen geïnformeerd over het sportprogramma en worden ze getraind in motivationele communicatietechnieken. Zij bespreken met hun patiënten een haalbare toename van fysieke activiteiten, wat resulteert in een individueel beweegprogramma met een strikt doel. De patiënten worden verder minstens drie keer opgebeld door bewegingstherapeuten, gespreid over de drie maanden waarin het onderzoek loopt. Daarnaast krijgen de patiënten een nieuwsbrief van een sportvereniging. De resultaten tonen aan dat het algemeen gezondheidsgevoel, vitaliteit en algemeen pijngevoel significant beter is bij de patiënten uit de interventiegroep ($p<0,05$). Er is een trend tot vermindering van de bloeddruk ($p=0,2$). Er is geen verschil in lichaamsgewicht, lipidenprofiel en totaal cardiovasculair risico. Deze laatste bevinding is enigszins verrassend, omdat in de literatuur een toename in fysieke activiteit wél een lagere incidentie van cardiovasculaire aandoeningen aantoont. Waarschijnlijk werden de proefpersonen in deze studie niet intensief genoeg behandeld. Alleszins toont deze studie wel aan dat huisarts en patiënten bereid zijn om op deze manier aan een betere gezondheid te werken.

Nog betere resultaten zouden zeker haalbaar zijn als het beleid bereid is om een gestructureerde aanpak in de eerste lijn aan te moedigen. In de bespreking van dit onderzoek, spoort professor De Cort de Belgische overheid dan ook aan om een signaal uit te sturen naar de kinesisten, diëtisten,

psychologen en bewegingstherapeuten om samen met de huisarts een nieuw en juist accent te leggen op de aanpak van de beschavingsziekten. Hij maakt de bedenking hoeveel studies er nog nodig zijn vooraleer de overheid beseft dat het implementeren van goedkope levenshygiënische maatregelen even effectief zijn als medicatie bij de preventie en de behandeling van hart- en vaatziekten en bij de verbetering van de algemene levenskwaliteit (56, 57).

3.7.3. Communiceren over gewicht en leefstijl

Dat overgewicht een risicofactor is voor een slechte gezondheid, is een boodschap dat genuanceerd dient te worden. Het is inderdaad geaccepteerd dat overgewicht de gezondheid en algemeen welzijn negatief kan beïnvloeden. Voor veel personen is overgewicht een risicofactor voor hypertensie, cardiovasculaire aandoeningen, CVA, diabetes, arthritis en kanker. Maar het is een complexe materie. Beperkte mate van overgewicht (geen obesitas) kan zelfs beschermend zijn. Daarom is het belangrijk om de boodschap te geven dat men gezond kan zijn bij verschillende lichaamsgewichten. De focus op het overtollig gewicht, over-gewicht, kan negatieve gevolgen hebben op de publieke gezondheid (4).

Communiceren over voeding, beweging en gewicht moet dus zorgvuldig gebeuren. Ondoordachte boodschappen kunnen bijdragen tot een ongewenste preoccupatie met voeding, gewicht en lichaamsvormen. Meerbepaald kunnen anti-obesitasboodschappen leiden tot een negatief lichaamsbeeld en ongezonde dieetpraktijken, waardoor ook het risico op eetstoornissen vergroot.

De huisarts (en bij uitbreiding alle zorgverleners) moet de aandacht leggen op een gezonde leefstijl waarbij er een ontspannen houding bestaat tegenover eten en bewegen. Er wordt aanbevolen om een flexibele, gematigde houding op te stellen waarbij bepaald voedsel in mindere hoeveelheid gegeten wordt, zonder het van het menu te schrappen en waarbij realistische doelen gesteld worden. Een totaal verkeerde aanpak zou dus zijn om op elk eetmoment de calorie- en vetinname te laten registeren en de patiënten zich dagelijks te laten wegen. Dit werkt immers preoccupatie met gewicht en eten in de hand en is een risicofactor om eetstoornissen te ontwikkelen. Op langere termijn is dit zelfs geassocieerd met een gewichtstoename (2, 59).

L. Debray en A. Vandeputte geven in hun artikel tien praktijkgerichte tips waarop gezondheidswerkers kunnen letten qua communicatie. De eerste vijf tips gaan over boodschappen en beeldmateriaal, de laatste vijf tips gaan over motiveren voor gedragsverandering (60).

De eerste tip is om een éénzijdige focus op gewicht te vermijden. Snel gewichtsverlies garandeert immers niet het behoud ervan en kan aanleiding geven tot het jojo-effect. Het is een minder duurzame vorm van motivatie. Wanneer men het gewicht overwaardeert, kan dit nefast zijn voor het fysieke, sociale en psychisch welzijn. Het is beter om de **focus te leggen op een gezonde leefstijl**. Het doel is immers een betere gezondheid te krijgen en een betere levenskwaliteit, niet het gewichtsverlies op zich. Bovendien is het aangetoond dat enkel het aannemen van een gezonde leefstijl al gunstige effecten heeft op de gezondheid, ook al is er weinig of geen gewichtsverlies.

De tweede tip is om een **positief lichaamsbeeld en een goed welbevinden te bevorderen**. Deze tip ontstaat uit de vaststelling dat personen met overgewicht vaak een verstoord welbevinden ervaren en stigmatisering ervaren. Wanneer men ontevreden is over zijn lichaam en hierover opmerkingen krijgt, is er meer risico op het ontwikkelen van eetstoornissen, minder fysieke activiteit en meer gewichtstoename. Werken aan een omgeving waarin personen zich goed voelen over hun lichaam en er ook zorg voor leren dragen, is daarom essentieel binnen de gezondheidspromotie. Concrete voorbeelden hierover worden er in dit artikel niet gegeven.

Hierbij sluit ook de derde tip aan. **Vermijd taal die impliciet of expliciet anti-vetboodschappen geeft**, bijvoorbeeld “dikke mensen eten te veel”. Dergelijke uitlatingen werken stigmatiserend en zijn eveneens geassocieerd met een verhoogd risico op eetstoornissen. Geef de voorkeur aan positieve boodschappen om een positief lichaamsbeeld te bevorderen en realistische en gezonde fysieke doelen te stellen. Bijvoorbeeld: “Hoeveel beweging heb jij nodig om je goed in je lijf te voelen” i.p.v. “Je zou meer moeten sporten want je bent te dik”.

De vierde tip die Debray en Vandeputte geven, is eerder bedoeld voor de media, namelijk om beelden te gebruiken van **modellen met een gezond gewicht**. Zeker jonge meisjes krijgen dan een meer realistische kijk op het lichaam. Dit werkt een gezonde zelfwaardering van het lichaamsbeeld in de hand.

De vijfde tip is ook eerder gericht aan de media en onderwijsinstellingen. **Zet de symptomen en gevolgen van eetstoornissen niet onnodig in de schijnwerpers**. Dit kan ziekmakend en normatief werken. Beter is om te versterken wat al goed gaat, een positief zelfbeeld uit te bouwen en de mediaweerbaarheid te verhogen.

De volgende vijf tips gaan over het stimuleren van verandering in gedragspatronen en gewoontes. De voorbeelden zijn toepassingen uit deze masterthesis.

Geef informatie op maat. De gegeven informatie moet gewenst zijn en relevant voor die persoon. Wanneer een persoon bij de intake aangeeft dat hij of zij regelmatig last heeft van kniepijn, kan men dit betrekken in zijn individueel behandelplan. Men stelt dan bijvoorbeeld voor om fietsen te kiezen als sport, omdat hierbij de knieën niet belast worden en het zelfs positief werkt op kniesymptomen. Het gewichtsverlies en de versterking van de spieren hebben dan onrechtstreeks een positief effect op de klachten van de persoon. Sluit dus zo veel mogelijk aan bij zijn of haar noden.

Hou rekening met de motivatie van de persoon. Aangezien leefstijlveranderingen de sleutel zijn tot blijvend succes vergt de aanpak van obesitas zeer veel inzet voor de persoon in kwestie. Ga na hoe sterk de persoon zelf verandering wil en hoeveel zelfvertrouwen hij of zij hierin heeft. Het is belangrijk om na te gaan in welk stadium van motivatie de persoon zich bevindt (figuur 6). Hierop kan men interventies afstellen (tabel 5). Ook is het van belang om te weten wat de motivatie van de omgeving (bv partner) is. Wees niet beschuldigend wanneer er nog weinig of geen bereidheid is. Meestal is men op de hoogte van de risico’s van overgewicht en heeft men in het verleden reeds interventies gedaan. Wees hiervoor begripvol en respectvol.

Stadia van motivatie

Het "Stages of Change"-model, ontwikkeld door Prochaska en DiClemente, stelt dat verandering van gezondheidsgedrag over verschillende stadia verloopt: voorbeschouwing, beschouwing, voorbereiding, actie en consolidatie (4,7).

Voorbeschouwende fase: men stelt zich weinig of geen vragen bij het huidige gedrag en overweegt geen gedragsverandering.

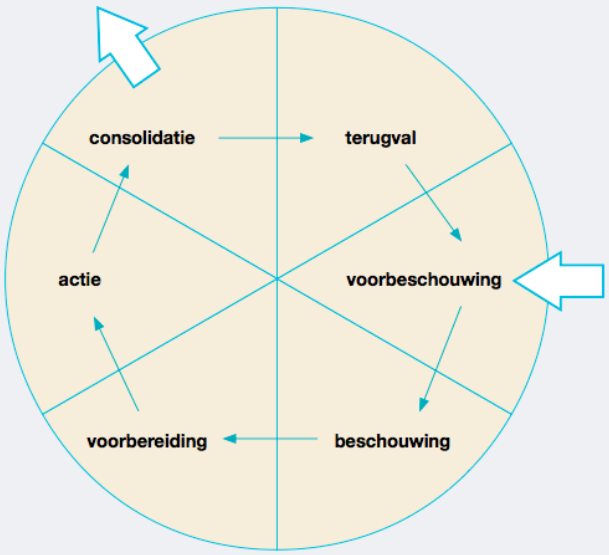
Beschouwende fase: men begint voor- en nadelen af te wegen maar op het vlak van gedrag is er nog niet veel verandering.

Fase van voorbereiding: men neemt de beslissing om gedrag te veranderen – hoe klein ook – en er worden voornemens gemaakt.

Fase van actie: men gaat zichtbare inspanningen leveren om te veranderen door 'vallen en opstaan'. Als er voldoende succeservaringen zijn, volgt de consolidatie.

Fase van consolidatie: de nieuwe gewoontes worden eigen gemaakt, het begint meer vanzelf te gaan.

Tijdens elke fase is er een terugval mogelijk, waarbij men (deels) hervalt in oude gewoontes. Men kan terugvallen naar elk stadium in de veranderingscirkel. Het model gaat ervan uit dat naargelang het stadium andere informatie en interventies nodig zijn (tabel 1).



Figuur 6: Stadia van motivatie, ontwikkeld door Prochaska en DiClemente (60).

Stadium	Kenmerken	Mogelijke interventies
Voorbeschouwing	▪ Weinig ziektebesef. ▪ Onderschatting van de ernst. ▪ Geringe belangstelling voor behandeling. ▪ Nog niet over nagedacht.	▪ Val opvattingen niet aan maar onderzoek ze vragenderwijs en mobiliseer de patiënt om zijn eigen overtuigingen te bestuderen. ▪ Vermijd discussie. ▪ Geef gepersonaliseerde informatie en duiding.
Beschouwing	▪ Enig ziektebesef. ▪ Ambivalente houding. ▪ Nog niet bereid om tot actie over te gaan.	▪ Exploreer ambivalentie. ▪ Exploreer voor- en nadelen, drempels en succesformules, opportuniteiten en hinderpalen.
Voorbereiding	▪ Bereid tot actie.	▪ Help bij het ontwikkelen en implementeren van concrete actieplannen. ▪ Help bij het maken van graduele doelen. ▪ Moedig aan, benadruk eerdere successen van de patiënt.
Actie	▪ Bereid tot gedragsverandering.	▪ Werk in kleine stapjes. ▪ Geef feedback, sociale steun, bekrachtiging. ▪ Help problemen oplossen. ▪ Ga na hoe de patiënt de bereikte veranderingen beleeft.
Consolidatie	▪ Behoud van het bereikte resultaat. ▪ Voorkoming van terugval.	▪ Help bij het omgaan met de verandering. ▪ Zorg voor herinneringen. ▪ Help terugval te vermijden. ▪ Geef voorlichting over de kans op terugval met duiding ervan.

Tabel 5: Tips voor interventies per stadium of motivatiefase (60).

Mensen zijn pas bereid tot gedragsverandering als ze geloven dat de voordelen ervan groter zijn dan de nadelen. De achtste tip is daarom om de **voordelen te benoemen en aandacht te besteden aan mogelijke drempels**. Som daarom de voordelen (persoonlijk en maatschappelijk) van de gedragsverandering op en vergelijk dit met het huidige gedrag. Bijvoorbeeld: boodschappen doen met de fiets is gezond en geeft geen parkeerproblemen. Boodschappen doen met de auto kost geld en is nefast voor de luchtkwaliteit. Daarnaast moet men polsen naar mogelijke drempels zodat men opnieuw oplossingen op maat van de persoon kan zoeken. Een vaak gehoorde drempel is tijdgebrek, men heeft te weinig tijd om te sporten. In dit geval is het al nuttig om zo veel mogelijk beweging toe te voegen in het gewone dagelijkse leven. Zie tips hierboven.

De voorlaatste tip is om **haalbare doelstellingen te hanteren en stap voor stap te werken**. Dit wordt in alle richtlijnen aanbevolen. Door met kleine stappen hanteerbare doelstellingen te bereiken, ervaart men sneller succes. Men is goed bezig. Succeservaringen versterken het gevoel van competentie. Met kleine stappen werken is tevens makkelijker vol te houden op lange termijn. Ook in de multidisciplinaire begeleiding mag het halen van doelstellingen beloond worden. Bijvoorbeeld: iemand die initieel 3000 stappen per dag zette, mag positief bekrachtigd worden wanneer die persoon er is in geslaagd om gedurende een week minstens 4000 stappen per dag te zetten. Door dit gewenste doelgedrag in de verf te zetten, wegen de voordelen ook meer op tegenover de nadelen.

De laatste tip is tenslotte om de **omgeving te betrekken**. Sociale steun van gezin, vrienden en familie heeft immers een grote invloed op ons eet- en leefgedrag. De betrokkenheid van de omgeving is dus een bepalende succesfactor. Praktisch kan men de gezinsleden betrekken bij gezonder te eten en meer te bewegen, of kan aangemoedigd worden om meerdere bewegingspartners te zoeken. Ook de zorgverlener kan hier zijn taak als rolmodel opnemen.

3.7.4. Aanbevelingen

De “European Association for the study on Obesity” (EASO) roept huisartsen op om uit te leggen aan hun patiënten hoe belangrijk fysieke activiteit is bij obese patiënten. Fysieke activiteit heeft een sleutelrol in de preventie van complicaties van obesitas. Actieve obese patiënten hebben immers een lager risico op vroegtijdig overlijden wanneer men vergelijkt met een sedentaire persoon zonder overgewicht. Doorverwijzing naar een beweegcoach kan hierbij geïndiceerd zijn (5, 29).

In verband met counseling rond het opstarten en behoud van fysieke activiteit worden in de literatuur een aantal principes naar voor geschoven (60, 61):

- Interventies om de fysieke activiteit te verhogen hoeven voor de arts niet tijdrovend te zijn. Ook andere zorgverstrekkers in de praktijk kunnen dit opnemen.
- De patiënt moet actief worden betrokken in dat gesprek. Hou rekening met de motivatie van de patiënt. Samen kan men haalbare doelstellingen opstellen en hier stap voor stap naartoe werken.
- Persoonlijke feedback en steun (follow-up) zijn essentieel. Geef informatie op maat.
- Om blijvend voldoende fysiek actief te zijn, is deelname aan ‘community’-activiteiten zinvol (lid worden van lokale organisaties, wandelclubs).
- Leg de focus op een gezonde leefstijl in plaats van op het gewicht.
- Bevorder een positief en realistisch lichaamsbeeld.
- Betrek de omgeving om meer te bewegen en motiveer om beweegpartners te zoeken.

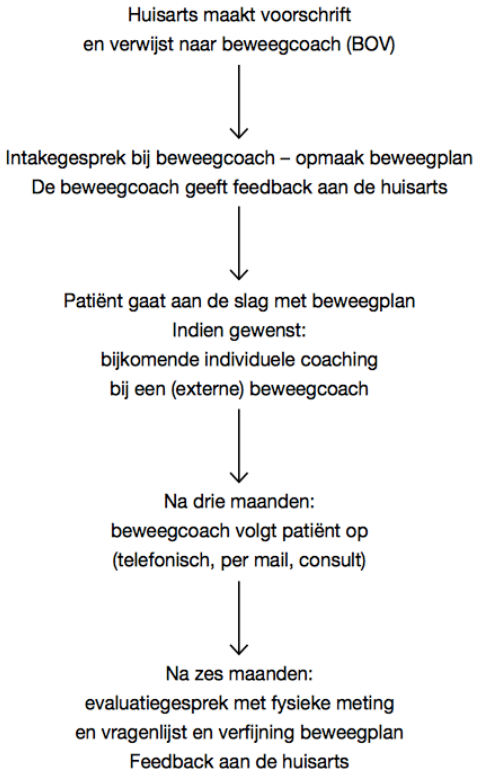
3.8 Bewegen onder begeleiding

Het is hierboven nu aangetoond dat bewegen/sporten een essentieel onderdeel is van de behandeling van overgewicht. Waarom is het nuttig om dit onder begeleiding van een kinesist te doen? Deze vraag wordt beantwoord door enkele richtlijnen, onderzoeken en initiatieven hieromtrent te beschrijven.

Initiatieven

In 2010 werd in Leuven het initiatief Bewegen op Voorschrift (BOV) opgericht. Door middel van een 'beweegvoorschrift' heeft de huisarts een instrument in handen om vlot te verwijzen naar de beweegcoach. Het is de bedoeling om de drempels te verlagen die mensen ervaren om tot meer bewegen te komen. Met het voorschrift van de huisarts kunnen de patiënten gratis een eerste consult bij een beweegcoach plannen. De huisarts helpt dus om de eerste stap te zetten maar kan tegelijk de patiënt stimuleren om vol te houden. De beweegcoach doet een intakegesprek en stelt vervolgens samen met de patiënt een beweegplan op. Hij probeert de patiënten te laten kennismaken met het plezier van bewegen. Elk beweegplan ziet er heel verschillend uit, afhankelijk van de noden, wensen en mogelijkheden van de patiënt. Het kan gaan om aanpassen van de dagdagelijkse gewoonte door een dagelijkse wandeling, met de fiets naar het werk, de lift nemen i.p.v. de trap of zelfstandig trainen op een hometrainer, inschrijving in een sportclub, individueel of in groep bewegen,...

De doorverwijsredenen zijn vooral gewrichtsproblemen (rug- en nekklachten), psychosociale problemen en overgewicht. Het voornaamste doel voor de deelnemers zelf is 'conditie verbeteren', 'afvallen' en 'zich fitter voelen'. De kostprijs en tijdsgebrek zijn de voornaamste zelfgerapporteerde drempels tot bewegen. Mensen die deelnamen aan het BOV-project, gingen inderdaad meer bewegen en er was een significante stijging van de totale fysieke activiteit gedurende de zes maanden deelname aan BOV, in vergelijking met de controlegroep. Deelname aan BOV had een effect op het gewicht (daling) en op het BMI (lichte daling). Deelname had effect op het welbevinden, namelijk de algemeen ervaren gezondheid, de mate van energie en de mate van blijdschap stegen. De gevoelens van eenzaamheid, depressiviteit of stress daalden licht door deelname aan BOV, maar niet significant in vergelijking met de controlegroep. Concreet uitte zich dat in: zich algemeen beter voelen, meer naar buiten komen, meer contact hebben met anderen en problemen beter aankunnen.



Figuur 7: stappen in het BOV-project (62)

BOV is gebaseerd op het Nederlandse "Bewegen op Recept" (BOR). Men heeft reeds enkele jaren meer ervaring met een voorschrift om te bewegen. Onderzoek naar de effectiviteit van BOR toont aan dat het de motivatie van de deelnemers om te sporten positief beïnvloedt. Van de deelnemers die initieel niet goed scoren op motivatie, verbetert de motivatie bij 60 tot 90% na tien keer sporten. Deze positieve houding is met name te danken aan de gezelligheid die deelnemers ervaren tijdens het sporten en aan de contacten die men door de deelname aan BOR opdoet. Uit het onderzoek komt naar voren dat 74% van de deelnemers van plan is om te blijven sporten na BOR (63).

In de thesis "Start to Move" is één van de onderzoeksvragen of begeleiding door een kinesist een meerwaarde betekent bovenop een minimale interventie over fysieke activiteit. Deze minimale interventie bestaat uit het geven van beweegadvies (gebaseerd op het Fitness als medicijn® beweegmodel), een beweegmeter en een beweegdagboek. Er wordt een beweegplan opgesteld en samen met de huisarts wordt nagegaan hoe dit geïmplementeerd kan worden in het dagelijks leven. De patiënten mogen zelf kiezen of ze deze extra begeleiding door de kinesist willen, en welke vorm van beweging ze doen. De resultaten van deze thesis tonen geen duidelijk verschil in de primaire en secundaire uitkomsten. De primaire uitkomst is het behalen van 5 x 30 min bewegen per week of 5 x 10.000 stappen per week. Secundaire uitkomsten zijn bloeddruk, gewicht, lipidenprofiel, nuchtere glycemie, fitheid en het algemeen welzijn van de patiënt. De mening van de onderzoekers stelt dat begeleiding door kinesisten voor een aantal patiënten een grote meerwaarde kan betekenen. Een correcte verwijzing kan volgens de onderzoekers in specifieke gevallen leiden tot minder drop outs en minder blessures (64).

Onderzoeken

Kahn et al. schreef een review over de effectiviteit van verschillende interventies om fysieke activiteit te verhogen. Daarin werd aangetoond dat programma's die zich richten op de individuele gedragsveranderingen, effectief zijn om de mate van fysieke activiteit te doen toenemen. Een bewegingstherapeut is een geschikte speler in de gezondheidszorg om deze taak op zich te nemen (65).

Aan de universiteit van Leuven is ook een onderzoek gebeurd naar de lange termijn effecten van coaching bij fysieke activiteit. Deelnemers van de interventiegroep werden begeleid door coaches, die een bachelor opleiding kinesitherapie achter de rug hebben en nu een master opleiding "health-related physical activity" volgen. Voorafgaand aan deze studie, hebben deze coaches ook een les psychologie gekregen over gedragsverandering en de promotie van fysieke activiteit. Men kan dus stellen dat deze coaches een gelijkaardige opleiding hebben dan enkele bewegingstherapeuten waarmee in deze masterthesis wordt samengewerkt. De resultaten van deze studie waren veelbelovend. Coaching met een beperkt aantal contactmomenten was effectief om het activiteitsniveau te vergroten. Ook op lange termijn zijn er aanwijzingen dat de interventiegroep in staat was om milde fysieke activiteiten te integreren in hun dagelijkse leven bovenop de meer intensievere vormen van fysieke activiteit. Bewegen wordt dus meer een gewoonte bij de interventiegroep (66).

Richtlijnen

Voor het starten van aangepaste weerstandoefeningen kan de huisarts verwijzen naar gekwalificeerde professionals zoals kinesisten die zich in het thema verdiept hebben of bewegingsconsulenten.

Ook voor soepelheidsoefeningen en zeker voor evenwichtsoefeningen bij verhoogd valrisico is een verwijzing naar een kinesist aangewezen (11).

EASO beveelt het voorschrijven van aangepaste bewegingstherapie door gespecialiseerde coaches bij bepaalde patiënten aan (29).

Domus medica stelt dat het geven van beweegadvies niet altijd een tijdrovende job moet zijn die bovenop het takenpakket van de huisarts komt. Andere zorgverleners kunnen deze taak even goed op zich nemen. In deze richtlijn wordt verder niet geschreven over welke zorgverlener dit zou gaan. In het partim 'verwijzing' van deze richtlijn, wordt enkel de verwijzing naar een diëtist / voedingsdeskundige en chirurg besproken (6, 61).

4 Besluit

Fysieke activiteit is voldoende op zich om gezondheidsvoordelen te bekomen. Het verbetert de fysieke fitheid, gezondheid, psychisch welzijn en welbevinden. Het vermindert het risico op verscheidene aandoeningen en heeft ook een gunstig curatief effect. Fysieke activiteit heeft een beperkte invloed op het gewichtsverlies, maar speelt wel een belangrijke rol in het behoud van de gewichtsvermindering.

Enerzijds is het belangrijk om de sedentaire levensstijl zo veel mogelijk te beperken en meer dagelijkse activiteiten te doen. Anderzijds wordt oefentherapie aanbevolen . Een tekort aan één van beiden is onafhankelijk nefast voor de gezondheid. Oefentherapie bestaat uit zowel aërobische training als krachttraining. Men beveelt vijf keer 30 minuten per week aërobische training aan matige intensiteit of drie keer 25 minuten aan hoge intensiteit aan. Daarnaast moet men minstens twee keer per week spierversterkende oefeningen te doen.

In het licht van de overtuigende evidentie dat fysieke activiteit en fitness de levensverwachting verbeteren, hebben we als arts de plicht om fysieke activiteit te incorporeren in ons advies aan patiënten en bevolking. Een korte interventie van de huisarts heeft weinig duurzaam effect. Mogelijks zou training van huisartsen in advies te geven over de verhoging van de fysieke activiteit waarbij rekening wordt gehouden met het stadium van gedragsverandering van de persoon, in het werken met individuele doelen, in het meegeven van geschreven advies of informatie en in de follow-up, zouden op langere termijn effect kunnen hebben.

De focus in de communicatie over overgewicht mag niet liggen op het gewicht, maar wel op de gezondheid, psychisch welbevinden en algemeen welzijn.

5 Referenties

1. Devos Y. Fitness als medicijn. Manteau. 2016 (tweede, herziene uitgave).
2. Jeannin R. Zelfregulatiestrategieën ter preventie van gewichtstoename en obesitas bij jongvolwassenen. Minerva. 2017;16(2):43-7.
3. Watson H. Evaluating the Risk of Harm of Weight-Related Public Messages. National Eating Disorders Collaboration. 2011.
4. Northern Health Position on Health, Weight and Obesity. An integrated population health approach. . Northern Health, Canada 2012.
5. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obes Facts. 2015;8(6):402-24.
6. Van Royen P, Bastiaens H, D'hondt A, Provoost C, Van der borght W. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu. 2006;35(3):118-40.
7. VIGeZ. De actieve voedingsdriehoek: een praktische voedings- en beweeggids. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie. 2012.
8. Eetexpert.be. Vlaamse consensustekst in verband met evenwichtige voeding en beweging, ten behoeve van zorgverstrekkers. Brussel: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via www.eetexpert.be). Eetexpertbe vzw. 2012.
9. Owen N, Sugiyama T, Eakin EE, Gardiner PA, Tremblay MS, Sallis JF. Adults' sedentary behavior determinants and interventions. Am J Prev Med. 2011;41(2):189-96.
10. Hamilton MT, Hamilton DG, Zderic TW. Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. Diabetes. 2007;56(11):2655-67.
11. Gezondheidsgids. Domus Medica. 2014.
12. HEPA-groep. Statements en aanbevelingen omtrent 'de gezondheidsbevorderende fysieke activiteit voor de Belgische bevolking' geformuleerd door de HEPA-groep naar het beleid en het onderzoek. Vlaams tijdschrift voor Sportgeneeskunde en Sportwetenschappen (speciale uitgave). 2001:103-12.
13. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research. Int J Eat Disord. 2006;39(2):147-53.
14. Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G. Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. Compr Psychiatry. 2008;49(4):346-52.
15. Freimuth M, Moniz S, Kim SR. Clarifying exercise addiction: differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. Int J Environ Res Public Health. 2011;8(10):4069-81.
16. Curioni CC, Lourenco PM. Long-term weight loss after diet and exercise: a systematic review. Int J Obes (Lond). 2005;29(10):1168-74.
17. Fogelholm M, Kukkonen-Harjula K. Does physical activity prevent weight gain--a systematic review. Obes Rev. 2000;1(2):95-111.
18. What are the effects of lifestyle interventions to achieve sustained weight loss? Clin Evid. 2003;9:87-8.
19. Finnish Medical Society Duodecim. Physical activity in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases. Duodecim Medical Publications Ltd. 2002.
20. National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults-the evidence report. Obes Res. 1998;6:51S-209S.
21. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults. Commonwealth of Australia. National Health Medical Research Council. 2003.
22. Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. Cochrane Database Syst Rev. 2006(4):CD003817.

23. Kukkonen-Harjula K. De effecten van duurtraining alleen (zonder verandering van voeding) op de vermindering van overgewicht. Duodecim Medical Publications Ltd. 2010.
24. McInnis KJ, Franklin BA, Rippe JM. Counseling for physical activity in overweight and obese patients. Am Fam Physician. 2003;67(6):1249-56.
25. Orozco LJ, Buchleitner AM, Gimenez-Perez G, Roque IFM, Richter B, Mauricio D. Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2008(3):CD003054.
26. Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. Med Sci Sports Exerc. 2001;33(6 Suppl):S502-15; discussion S28-9.
27. Kodama S, Tanaka S, Saito K, Shu M, Sone Y, Onitake F, et al. Effect of aerobic exercise training on serum levels of high-density lipoprotein cholesterol: a meta-analysis. Arch Intern Med. 2007;167(10):999-1008.
28. Kelley GA, Kelley KS, Vu Tran Z. Aerobic exercise, lipids and lipoproteins in overweight and obese adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Obes (Lond). 2005;29(8):881-93.
29. Durrer Schutz D. EASO Patient Counsil: 5 Key Propositions for GP's. European Association for the Study of Obesity.
30. Vandeurzen J. Vlaamse consensustekst in verband met evenwichtige voeding en beweging ten behoeve van de zorgverstrekkers. 2012.
31. Hatano Jea. Prevalence and use of pedometer. Research J Walking. 1997.
32. De Cocker KA, De Bourdeaudhuij IM, Brown WJ, Cardon GM. Four-year follow-up of the community intervention '10,000 steps Ghent'. Health Educ Res. 2011;26(2):372-80.
33. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc. 2007;39(8):1423-34.
34. Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R, et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. JAMA. 2007;298(19):2296-304.
35. Winett RA, Carpinelli RN. Potential health-related benefits of resistance training. Prev Med. 2001;33(5):503-13.
36. Kraemer WJ, Adams K, Cafarelli E, Dudley GA, Dooly C, Feigenbaum MS, et al. American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. Med Sci Sports Exerc. 2002;34(2):364-80.
37. Harvey L, Herbert R, Crosbie J. Does stretching induce lasting increases in joint ROM? A systematic review. Physiother Res Int. 2002;7(1):1-13.
38. Klika B, Brett BS, Jordan, Chris M.S. High-intensity circuit training usind body weight: Maximum Results With Minimal Investment. ACSM'S Health & Fitness Journal. 2013;17(3):8-13.
39. Paoli A, Pacelli QF, Moro T, Marcolin G, Neri M, Battaglia G, et al. Effects of high-intensity circuit training, low-intensity circuit training and endurance training on blood pressure and lipoproteins in middle-aged overweight men. Lipids Health Dis. 2013;12:131.
40. Miller MB, Pearcey GE, Cahill F, McCarthy H, Stratton SB, Noftall JC, et al. The effect of a short-term high-intensity circuit training program on work capacity, body composition, and blood profiles in sedentary obese men: a pilot study. Biomed Res Int. 2014;2014:191797.
41. American College of Sports Medicine. Position stand on the appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. Med Sci Sports Exerc. 2001;33:2145-56.
42. Geliebter A, Ochner CN, Dambkowski CL, Hashim SA. Obesity-Related Hormones and Metabolic Risk Factors: A Randomized Trial of Diet plus Either Strength or Aerobic Training versus Diet Alone in Overweight Participants. J Diabetes Obes. 2014;1(1):1-7.
43. Willis LH, Slentz CA, Bateman LA, Shields AT, Piner LW, Bales CW, et al. Effects of aerobic and/or resistance training on body mass and fat mass in overweight or obese adults. J Appl Physiol (1985). 2012;113(12):1831-7.

44. Poirier P, Despres JP. Exercise in weight management of obesity. Cardiol Clin. 2001;19(3):459-70.
45. Drieskens S. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl, WIV-ISP. 2014.
46. Belgian Association for the Study of Obesity. Obesitas consensus, een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas. 2002:35.
47. The writing group for the Activity Counseling Trial Research Group. Effects of physical activity counseling in primary care. The Activity Counseling Trial: A randomised controlled Trial. . JAMA 2001:286:677-87.
48. Leermakers EA, Dunn AL, Blair SN. Exercise management of obesity. Med Clin North Am. 2000;84(2):419-40.
49. Fagard R. Invloed van fysieke activiteit op mortaliteit. Minerva. 1999;28(2):83-5.
50. Erikssen G, Liestol K, Bjornholt J, Thaulow E, Sandvik L, Erikssen J. Changes in physical fitness and changes in mortality. Lancet. 1998;352(9130):759-62.
51. Kujala UM, Kaprio J, Sarna S, Koskenvuo M. Relationship of leisure-time physical activity and mortality: the Finnish twin cohort. JAMA. 1998;279(6):440-4.
52. US Preventive Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote physical activity: recommendation and rationale. Ann Intern Med. 2002;137:205-7.
53. Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. J Public Health Med. 2001;23(3):219-26.
54. Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002;137(3):208-15.
55. Which interventions increase physical activity in sedentary people? Clin Evid. 2003;9:82-4.
56. De Cort P. Fysieke activiteit voorschrijven: effectief? Minerva. 2003;2(10):163-5.
57. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. BMJ. 2003;326(7393):793.
58. Steptoe A, Kerry S, Rink E, Hilton S. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. Am J Public Health. 2001;91(2):265-9.
59. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Standish AR. Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index. J Adolesc Health. 2012;50(1):80-6.
60. Debray L, Vandeputte A. Communiceren over gewicht en leefstijl. Tips ter preventie van overgewicht én eetstoornissen. Nutrinews. 2013;4:3-7.
61. Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzewaltowski DA. Physical activity promotion through primary care. JAMA. 2003;289(22):2913-6.
62. Smeyers L, Deboutte F, Bartholomeeuwen E. Bewegen op voorschrift. Een handig instrument om patiënten in beweging te krijgen. Huisarts Nu. 2013;42:238-41.
63. Van Der Jagt F, Van Hagen M. Handboek bewegen op recept: Een effectieve methode voor het bevorderen van een actieve leefstijl via de eerstelijnszorg. Den Haag: Woerden en STIOM. 2007.
64. D'hoore L, Vankrunkelsven P. Start to Move: een praktische tool voor de huisartsenpraktijk. Masterthesis ikv de opleiding Master of Family Medicine. 2015.
65. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. Am J Prev Med. 2002;22(4 Suppl):73-107.
66. Van Hoecke AS, Delecluse C, Opdenacker J, Lipkens L, Martien S, Boen F. Long-term effectiveness and mediators of a need-supportive physical activity coaching among Flemish sedentary employees. Health Promot Int. 2013;28(3):407-17.