Aanpak van obesitas bij volwassenen in de eerstelijn: implementatieonderzoek van een stappenplan

Dr. Nouwen Leen, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. De Cort Paul, KU Leuven

Co-promotor: Dr. Van de Vloed Olga

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context
Obesitas is een complex en chronisch gezondheidsprobleem. De prevalentie blijft stijgen ondanks allerlei aanbevelingen.

Onderzoeksvragen
De onderzoeksvragen vallen uiteen in twee luiken. Ten eerste: Hoe verloopt het in kaart brengen van een patiënt? Kan het stappenplan toegepast worden op de volwassen patiënt met overgewicht of obesitas? Ten tweede: Hoe kan de samenwerking met de diëtiste in de praktijk verbeterd worden?

Methode
Er werd een literatuurstudie verricht ter controle van het stappenplan, alsook om te kijken hoe de patiënt in kaart gebracht zou moeten worden. Hierbij werd aandacht besteed aan het zo gestructureerd mogelijk invoeren van de gegevens in het Elektronisch Medisch Dossier. Daarna werd het stappenplan toegepast in de betrokken praktijk. Voor de tweede onderzoeksvraag werd gericht overleg gepleegd met de diëtiste verbonden aan de betrokken praktijk.

Resultaten
In totaal werden 22 deelnemers geïncludeerd in het project waarvan 5 mannen en 17 vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 45,9 jaar. De gemiddelde BMI bij de start van het project was 32,3 kg/m². Op het einde van het project bedroeg het gemiddelde gewichtsverlies 2 kg, met een gemiddelde BMI daling van 0,8 kg/m². Er was een grote variatie in de gewichtsevolutie (-16 kg tot +1,5 kg). Slechts enkele patiënten doorliepen het volledige stappenplan.

Het overleg met de diëtiste resulteerde in bijkomende afspraken over de verwijsbrief van de huisarts en het verslag van de diëtiste.

Conclusies
Het ontwikkelde stappenplan op basis van de aanbevelingen is moeilijk toe te passen in de huisartsenpraktijk. Blijvende aandacht voor het probleem (misschien eerder in de vorm van korte interventies) is belangrijk. Verder onderzoek hiernaar is nodig.

Dit project toont ook de meerwaarde van samenwerking met de diëtiste aan.

Tenslotte kan men concluderen dat de aanpak van obesitas of van overgewicht met comorbiditeit een intensieve en multidisciplinaire aanpak vergt. De gemotiveerde huisarts kan hier – met de aanbevelingen in het achterhoofd en een aantal praktische tools – zeker een belangrijke bijdrage leveren.

Inhoudsopgave

Inleiding 4
Onderzoeksvraag 5
Literatuurstudie 6
Zoekstrategie 6
Bespreking Nederlandstalige richtlijnen 6
Huidige visie op obesitasbehandeling 7
Epidemiologische cijfers 7
Klinische vragen 8
Interventie 15
Schematisch overzicht stappenplan 15
Uitwerking en bespreking 15
Resultaten 20
Bespreking: experimenteren met het toepassen van een stappenplan 23
Stappenplan 23
Belang van parameters 23
Diëtiste 23
Ervaringen patiënten 24
Redenen voor succes 24
Persoonlijke lessen 25
Besluit 26
Referenties 27
Bijlagen 29
Bijlage 1: Begeleidende informatiebrief 29
Bijlage 2: Toestemmingsformulier (informed consent) 30
Bijlage 3: BMI en buikomtrek 31
Bijlage 4: De 4 M's 31
Bijlage 5: Inschatting gezondheidsrisico volgens het Edmonton Obesity Staging System (EOSS) 32
Bijlage 6: Inschatten motivationeel stadium volgens Prochaska en di Clemente 32
Bijlage 7: DSM-IV criteria van een vreetbuistoornis 33
Bijlage 8: Overzicht consulten per patiënt 33

Inleiding

Ondanks diverse aanbevelingen en richtlijnen blijft obesitas een belangrijk gezondheidsprobleem. Het is complex en dient gezien te worden als een chronische ziekte. De prevalentie ervan neemt toe in onze huidige samenleving: zo toonde de gezondheidsenquête uit 2008[1] een prevalentie van 47% en 14% voor respectievelijk overgewicht en obesitas, in 1997 bedroegen deze cijfers 41% en 11%. De gemiddelde Body Mass Index (BMI) van de volwassen Belg in 2008 was 25,3 kg/m², ten opzichte van 24,7 kg/m² in 1997 (zie ook Epidemiologische cijfers). Wereldwijd sprak men in 2008 van meer dan 1,4 miljard volwassenen met overgewicht, waarvan 200 miljoen met obesitas.[2]

De vraag die in dit project wordt behandeld, is hoe men de huidige kennis omtrent overgewicht en obesitas kan toepassen in de huisartsenpraktijk. Om deze vraag te beantwoorden, wordt een onderbouwd stappenplan toegepast op patiënten met overgewicht of obesitas.

In de betrokken huisartsenpraktijk wordt al enkele jaren samengewerkt met een diëtiste. Aan de hand van dit project kan gekeken worden hoe de onderlinge samenwerking kan verbeteren.

Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag valt uiteen in twee luiken. In het eerste luik wordt gekeken of het stappenplan toepasbaar is op de volwassen obese patiënten in de betrokken praktijk. Hieronder vallen een aantal deelvragen.

Volgende vragen over het in kaart brengen van de patiënt worden in de literatuurstudie besproken:

- Wat dient te worden bevraagd in de anamnese?
- Welke klinische parameters moeten worden geïnventariseerd?
- Welke technische onderzoeken en labotesten moet worden aangevraagd?
- Wat zijn mogelijke oorzaken en gevolgen van overgewicht/obesitas?

Daarnaast wordt geëxperimenteerd met een stappenplan voor patiënten met overgewicht/obesitas en dan meerbepaald met onderstaande deelaspecten:

- de verkenning van de hulpvraag;
- het bepalen van de motivatie;
- het opstellen van een individueel behandelingsplan;
- de klinische follow-up.

Nadien wordt gekeken hoe het stappenplan eventueel aangepast kan worden.

In het tweede luik wordt gekeken of de samenwerking met de diëtiste in deze praktijk verbetert door dit project. Dit gebeurt via gericht overleg met Karolien Rector, de diëtiste in de betrokken praktijk.

Literatuurstudie

Zoekstrategie

Er werd gezocht naar literatuur via het watervalprincipe.

Er zijn twee Nederlandstalige aanbevelingen beschikbaar: de richtlijn van Domus Medica (Aanbeveling Overgewicht en Obesitas in de huisartsenpraktijk[3], uit 2006) en de NHG standaard (Obesitas[4], M95 uit 2010). Van de Aanbeveling verschenen 2 opvolgrapporten met gegevens tot januari 2011. In Nederland werd er ook een Zorgstandaard ontwikkeld door Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). In 2013 verscheen er vanuit Eetexpert een draaiboek voor huisartsen: "Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas[5]". Andere gebruikte richtlijnen zijn *Best Weight*[6] en *Position on Health, Weight and Obesity*[7].

De MeSh-term "Obesity" leverde 26 Cochrane reviews op. Artikels in verband met kinderen of speciale subgroepen werden geëxcludeerd. Op basis van de onderzoeksvragen werd 1 artikel weerhouden (vanaf 1/01/2011).

De query ("Obesity"[Mesh] OR "Obesity, Morbid"[Mesh] OR "Anti-Obesity Agents"[Mesh]) AND ("Family Practice"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh]) op PUBMED leverde 475 hits op. Wanneer enkel de studies met mensen en vanaf 2011 geselecteerd werden, bleven er 20 artikels over. Deze lijst bevatte geen systematic reviews of meta-analyses. Eén Randomised Controlled Trial werd gevonden, maar geëxcludeerd gezien het ging om kinderen met obesitas. Bijgevolg werden uit deze lijst geen artikels weerhouden.

Dan werd gezocht met de query ("Obesity/drug therapy"[Mesh] OR "Anti-Obesity Agents"[Mesh]). Met dezelfde limits als in de vorige zoektocht (humans, vanaf 01/01/2011) leverde dit 1227 resultaten op. Wanneer deze lijst gelimiteerd werd tot enkel systematic reviews of meta-analyses bleven nog 69 studies over. Weer werden artikels rond behandeling bij kinderen en adolescenten geëxcludeerd en er werden na lezen van de abstracts 2 artikels weerhouden.

Met de query [(("obesity") OR "overweight") AND "stigma"] werden 184 artikels gevonden (limit: humans). Hiervan werden 2 artikels weerhouden. Via [(("obesity") OR "overweight") AND "sedentary"] met de limits Systematic Review of Meta-analyse bekomt men 104 resultaten waarvan er slechts 1 weerhouden werd.

Enkele artikels werden aangereikt door Dr. Dominique Thoelen, een Limburgse huisarts die zich verdiept heeft in dit onderwerp.

Bespreking Nederlandstalige richtlijnen

De Belgische en Nederlandse aanbevelingen omtrent de aanpak van obesitas en overgewicht in de eerste lijn zijn vanzelfsprekend vrij gelijklopend. Het draaiboek van Eetexpert is bedoeld om huisartsen te helpen bij de detectie van obesitas en om een stappenplan te voorzien voor de diagnosestelling, de behandeling en de opvolging van patiënten. Het is gebaseerd op de nieuwste richtlijnen.

De problematiek van het overgewicht wordt in kaart gebracht, gelet op het vaak uiteenlopende profiel van de patiënten. Daarna wordt een individueel plan opgesteld met haalbare doelen, op voorwaarde dat de patiënt gemotiveerd is. Hierin komen zowel dieet- en beweegadvies, als een meer gedragsmatige aanpak voor. De criteria voor een chirurgische behandeling zijn dezelfde: bariatrische heelkunde wordt voorbehouden voor de groep patiënten met een BMI boven de 40 (boven de 50 kan het overwogen worden als eerste keuze behandeling) of boven de 35 wanneer er sprake is van comorbiditeit.

Toch kunnen er verschillen genoteerd worden. Zo benadrukt de Belgische richtlijn de rol van de diëtist(e) meer: zij stellen de samenwerking standaard voor, terwijl in de Nederlandse Standaard enkel gepleit wordt voor het inschakelen van een diëtist(e) wanneer de patiënt "het niet alleen kan".

Eetexpert gaat hierin nog een stap verder: zij zien de samenwerking multidisciplinair en dit soms al vanaf de exploratie om zo een volledige beeld te krijgen van deze vaak complexe problematiek.

Deze multidisciplinaire samenwerking is in Vlaanderen nog niet zo vanzelfsprekend. Om dit te vergemakkelijken, werden gelijkaardige draaiboeken voor diëtisten en psychologen ontwikkeld zodat men vertrekt vanuit eenzelfde visie op overgewicht en obesitas.

Op vlak van medicatie lopen de visies ook uiteen. De Belgische richtlijn behoudt het gebruik van Orlistat, weliswaar gekaderd in een goede opvolging en als deel van een behandelingsplan, terwijl de Standaard medicatie ontraadt. In het draaiboek wordt Orlistat slechts een beperkte rol toegeschreven omdat er geen goed onderzoek bestaat over de harde eindpunten en omdat de gastro-intestinale tolerantie slecht is. Een Systematic Review uit 2012[8] toonde het effect van Orlistat aan: een beperkt gewichtsverlies (gemiddeld -2.65 kg op 3 maanden tijd). Levensstijladvies zorgde ook voor een beperkt gewichtsverlies op 6 en 12 maanden, maar minder ten opzichte van de medicamenteuze behandelingen. Vooral Rimonabant en Sibutramine (beide zijn van de markt gehaald) zorgden voor een meer uitgesproken gewichtsverlies. De auteurs concludeerden dat Orlistat een plaats kan hebben als adjuvante therapie.

Huidige visie op obesitasbehandeling

Het doel van een obesitasbehandeling zou de verbetering van de gezondheid moeten zijn in plaats van te focussen op gewichtsverlies op zich.[7] Een aanpak die focust op gewichtsverlies veronderstelt dat een gedragsverandering voldoende is om een normaal gewicht te verkrijgen, werkt stigmatiserend (zie verder) en leidt bovendien vaak tot eerder negatieve effecten op de gezondheid (denk maar aan het ontstaan van eetstoornissen om te voorkomen dat men obees wordt). Een normaal gewicht kan ook ongezond zijn, bijvoorbeeld wanneer het verkregen wordt door overgeven of laxeren.

Deze nieuwe zienswijze komt duidelijk naar voor in het draaiboek van Eetexpert. Een ander voorbeeld van zo'n nieuwere aanpak is *Health At Every Size* (*HAES*). Bij HAES ligt de focus op het verbeteren van de gezondheid en het welzijn door aanvaarding van het eigen lichaam, intuïtief eten (met een gezonder eetpatroon) en incorporeren van "aangename beweging".[9] Deze aanpak leidt vaak tot betere langetermijn resultaten.

Uit een Canadese studie[10] kan men afleiden dat gewicht verliezen niet steeds gepaard gaat met een lagere mortaliteit. Vaak is het beter om verdere gewichtstoename te vermijden, het gewicht te stabiliseren en de leefgewoonten te veranderen (gezondere eetgewoontes, meer beweging). Het gewichtsverlies is wel belangrijk bij patiënten met gewichtsgerelateerde comorbiditeit.

Verder wordt het belang van een langetermijn visie benadrukt. Obesitas is een complex en chronisch probleem.

Epidemiologische cijfers

In 2008 werd de vierde nationale gezondheidsenquête gehouden. Hieruit kan men onderstaande cijfers afleiden voor België voor volwassenen.

	1997	2001	2004	2008
Gemiddeld BMI	24,7	25	25,1	25,3
Overgewicht (BMI ≥25)	41%	44%	44%	47%
Obesitas (BMI ≥30)	11%	12%	13%	14%
Ondergewicht (BMI <18,5)	4%	4%	3%	3%

Bron: Gezondheidsenquête België, 2008[1]

Hieruit kan men dus afleiden dat de gemiddelde Belg overgewicht heeft.

In de totale groep obese personen wordt geschat dat één op drie een ernstig eetprobleem heeft (overeten, eetbuien). Er bestaat een belangrijke correlatie tussen obesitas en eetstoornissen.

Enerzijds maken personen met obesitas vaak gebruik van ongezonde methodes tot gewichtscontrole. Anderzijds ontwikkelen personen met een eetbuistoornis vroeger en ernstiger obesitas.

Uit Europees onderzoek uit 2009[11] kunnen cijfers afgeleid worden van eetstoornissen. In België ligt de lifetime prevalentie van alle eetstoornissen op 3.54%. Bij vrouwen liggen de cijfers drie tot acht keer hoger dan bij mannen. België kwam globaal op de tweede plaats. Zo zou één op de tien vrouwen in ons land tussen 10 en 30 jaar een eetstoornis kunnen ontwikkelen.

Deze gegevens tonen duidelijk aan dat een screening naar onderliggende eetproblemen zeker op zijn plaats is!

Klinische vragen

1. Welke rol heeft de huisarts in het zorgtraject van patiënten met overgewicht/obesitas?

De huisarts speelt een belangrijke rol in de detectie van het het probleem. Door de lange opvolging van de patiënten is de huisarts goed geplaatst om het thema aan te kaarten. Uit een artikel[12] van S. Bleich blijkt echter dat het BMI van de (huis)arts een belangrijke rol speelt hierin. Wanneer de BMI van de patiënt gelijk is of groter dan dat van de arts wordt de kans significant groter dat de arts de patiënt aanspreekt op zijn gewicht (89% vs. 11%) of de diagnose van obesitas stelt (93% vs. 7%). Artsen met een normaal BMI voelen zich zelfzekerder om advies te geven en hechten meer belang aan hun eigen voorbeeldfunctie om een gezond gewicht te behouden en voldoende te bewegen. Het is belangrijk dat hulpverleners zich hiervan bewust zijn.

Huisartsen zijn verder verantwoordelijk voor de screening naar eetproblemen, onderliggende oorzaken zoals metabole of genetische aandoeningen en medische gevolgen van overgewicht.

Als derde taak is er de coördinerende functie bij multidisciplinaire samenwerking. De huisarts verzamelt alle gegevens en geeft de gepaste verwijsbrieven mee. Hij zorgt voor de continuïteit van de zorg.

2. Bij wie screenen naar het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico?

Er wordt aangeraden om het gezondheidsrisico in te schatten bij volgende groepen: bij patiënten met een eigen hulpvraag, bij patiënten met risicofactoren en comorbiditeit die (mogelijks) te wijten is aan het overgewicht en bij patiënten die komen voor een algemeen preventief onderzoek. Bij patiënten met een eigen vraag omtrent hun gewicht wordt tegenwoordig dus ook een exploratie van het probleem en een inschatting van het risico aangeraden, in tegenstelling tot de oudere Aanbeveling van Domus Medica.

3. Hoe verloopt de verkenning van de hulpvraag?

De verkenning van de hulpvraag verloopt best via open vragen en met een empathische, niet beschuldigende houding. De ICE (Ideas, Concerns, Expectations) worden bevraagd.

Het draaiboek raadt aan om aandacht te hebben voor tekens die potentieel wijzen op eet- of gewichtsproblemen, bijvoorbeeld gestoord welbevinden.

4. Hoe motiveert men patiënten met overgewicht/obesitas?

Voor men de patiënt in kaart kan brengen, is het belangrijk om de motivatie van de patiënt in te schatten. Dit is vooral belangrijk wanneer de arts het topic ter sprake brengt. Is de patiënt bereid om over dit onderwerp te praten en het probleem in kaart te brengen via anamnese en klinisch onderzoek? Indien dit niet het geval is, wordt dit voorlopig gerespecteerd. De patiënt kan op een later moment voor een andere reden op consult komen en dan kan de arts de draad terug op proberen te nemen.

Na de inschatting van het risico moet men opnieuw de motivatie bekijken. Wat denkt de patiënt hierover? Is hij bezorgd over dit risico? Is hij bereid om er iets aan te doen? Indien de patiënt

gemotiveerd is, kan men peilen naar de redenen voor gewichtsverlies/gedragsverandering. Zo kan men tot persoonlijke doelen komen, die niet altijd iets te maken hebben met gewichtsverlies op zich. Voorbeelden hiervan zijn: opnieuw korte wandelingen kunnen maken met de hond, kunnen spelen met de (klein)kinderen, kunnen stoppen met bloeddrukmedicatie, minder kniepijn hebben … Indien het zelfbeeld verbeteren de belangrijkste reden is, moet dit apart aangepakt worden. Dit kan door een psycholoog in te schakelen.

Het is belangrijk om te weten of de motivatie voor de verandering intrinsiek of extrinsiek is. Vooral bij een motivatie die van buiten de patiënt komt (extrinsiek), is het risico op falen groter. De patiënt heeft in dat geval incentieven nodig om gemotiveerd te worden. Deze incentieven kunnen tijdelijk een belangrijk positief effect hebben, maar zijn veel minder stabiel. Wanneer het incentief wegvalt, valt de motivatie van de patiënt ook weg! Wanneer een patiënt daarentegen een eerder intrinsieke motivatie heeft, kan hij beschouwd worden als zelf gemotiveerd.[13] Bij een intrinsieke motivatie wordt de steun van de omgeving bevraagd.

Het zelfvertrouwen om er iets aan te doen kan bevraagd worden. Uit eerder onderzoek kwam naar voor dat dit zelfvertrouwen een belangrijke voorwaarde is om met de patiënt aan de slag te gaan. Bij het opstellen van een persoonlijk plan speelt dit ook een rol: door te werken met kleine haalbare doelen kan de *self efficacy* vergroot worden en kan de patiënt de gedragsverandering beter volhouden.[13]

Om het stadium van de motivatie aan te duiden, kan men de *stadia van Prochaska en di Clementi* gebruiken. Dit komt overeen met andere richtlijnen, zoals de Canadese richtlijn Best Weight. Naargelang het stadium, verschilt de aanpak van de patiënt (zie later).

5. Wat dient te worden bevraagd in anamnese? Welke klinische parameters moeten worden geïnventariseerd? Welke technische onderzoeken en labotesten aanvragen? Wat zijn mogelijke oorzaken en gevolgen van overgewicht/obesitas? Hoe een eetstoornis detecteren?

5.1 Bepaling van het medisch risico

Body Mass Index (BMI)

De BMI (kg/m²) wordt gebruikt als indicator voor het vetpercentage van het lichaam (zie Bijlage 3: BMI en buikomtrek). Deze parameter is nuttig op populatienivau, maar onvoldoende accuraat om het gezondheidsrisico te bepalen op individueel vlak[7]. Onderzoek uit 2013[14] toont aan dat obesitas klasse 2 en 3 (BMI ≥35 kg/m²) geassocieerd is met een significant verhoogde mortaliteit. In de groep van patiënten met overgewicht ziet men geen toegenomen sterftecijfer. Er is dus nood aan een bijkomende manier om het gezondheidsrisico te bepalen bij patiënten met overgewicht/obesitas.

Buikomtrek

De buikomtrek geeft bijkomende informatie over de vetverdeling. Vooral abdominaal vet (het zogenaamde appeltype bij obesitas) wordt geassocieerd met een hoger risico op metabool syndroom en diabetes mellitus type 2.[15] Een Europese studie van Pischon et al. [16] toonde aan dat het risico op sterfte bij de patiënten met de hoogste buikomtrek gemiddeld 2 keer hoger lag (RR 2.05 met 95% CI 1.80 - 2.33 voor mannen en 1.78 met 95% CI 1.56 - 2.04 voor vrouwen). De gebruikelijke afkapwaarden worden beschreven in Bijlage 3: BMI en buikomtrek.

De combinatie van buikomtrek en BMI zorgen bijgevolg voor een betere inschatting van het gezondheidsrisico ten opzichte van enkel de BMI. Sommige bronnen[5] raden aan om de buikomtrek niet meer te meten vanaf een BMI van 35 kg/m² gezien deze parameter in dit geval weinig extra informatie biedt.

Cardiovasculair risico en diabetes mellitus

Het cardiovasculair risico wordt bepaald aan de hand van de klinische evaluatie van de cardiovasculaire risicofactoren ABCDEF (Age, Bloeddruk, Cigaret, Diabetes type 2, Event (persoonlijk), Familiale cardiovasculaire voorgeschiedenis).[17] Indien nodig (A+,B+, F+) wordt een bloedname verricht om de totale cholesterol en de HDL te bepalen. Het risico kan vervolgens worden afgelezen in de Belgische SCORE tabel. De Belgische aanbeveling raadt aan om een volledig lipidenprofiel te bepalen met totale cholesterol, HDL, LDL en Triglyceriden, terwijl in het draaiboek enkel HDL en LDL vermeld worden.

Bij de bloedname wordt ook de nuchtere glycemie bepaald om te zien of er sprake is van diabetes mellitus (bij herhaalde nuchtere glycemie >126 mg/dL) of van verminderde glucose tolerantie en zo een verhoogd risico op het ontwikkelen van suikerziekte.

Comorbiditeit

De belangrijkste aandoeningen zijn hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, artrose van de onderste ledematen en het axiale skelet en slaapapnoe.

5.2 Voorgeschiedenis, familiale belasting, gewichtsverloop

De persoonlijke en familiale voorgeschiedenis worden bevraagd, voor zover deze niet reeds gekend zijn en uit het elektronisch medisch dossier gehaald kunnen worden. Ook het verloop van het gewicht in de tijd wordt bekeken.

5.3 Oorzaken van overgewicht

Obesitas ontstaat door een slechte balans in energie: er worden meer calorieën ingenomen via voeding en drank dan er verbruikt worden via metabolisme en fysieke activiteit[7]. Dit lijkt op het eerste zicht een heel simpel evenwicht, maar talrijke factoren hebben hier een invloed op. Zo spelen onder andere genetische, hormonale en omgevingsfactoren een belangrijke rol. De 4 M's is een mnemotechnisch middel voor al deze factoren. Ze staan voor Monetair (socio-economische afkomst), Mentaal, Metabool en Mechanisch[18] (cfr. Bijlage 4: De 4 M's).

Leefstijl

De leefstijl van de patiënt dient bevraagd te worden. Vooreest wordt er gekeken naar het eetpatroon. Dit kan bevraagd worden aan de hand van een vragenlijst ontwikkeld voor huisartsen of door de patiënt een eetdagboek te laten bijhouden. Dit laatste kan dan bekeken en besproken worden aan de hand van de actieve voedingsdriehoek: komen alle elementen uit de driehoek aan bod en worden de verhoudingen gerespecteerd? Een andere optie is het inschakelen van een diëtiste voor een grondige exploratie van het eetpatroon en het eetgedrag.

Bij het nagaan van het eetpatroon moet men bedacht zijn op tekens die eventueel wijzen op een eetstoornis. Men kan vragenlijsten gebruiken om deze uit te sluiten.

De hoeveelheid beweging wordt geregistreerd, alsook het sedentair gedrag. Tevens zou het slaapgedrag bevraagd moeten worden. Een studie uit 2012[19] onderzocht het effect van het aantal uren slaap op gezonde vrijwilligers. Hieruit bleek dat mannelijke korte slapers (<6u slapen/nacht) een hoger risico hadden op metabool syndroom en vaker hyperglycemie vertoonden. Bij vrouwelijke patiënten vond men deze associatie niet. Via metabool syndroom kan slaapdeprivatie dus gelinkt zijn met het ontstaan van obesitas. Chronische slaapdeprivatie leidt tot vermoeidheid, waardoor fysieke activiteit bemoeilijkt kan worden.

Genotsmiddelen zoals roken en alcohol kunnen een invloed hebben op het gewicht.

Medicatie

De medicatielijst dient kritisch bekeken te worden. Zeer veel verschillende geneesmiddelen kunnen het gewicht of de eetlust doen toenemen. Voorbeelden zijn corticosteroïden, antipsychotica, antimigrainemiddelen, insuline, orale antidiabetica en antidepressiva.

Lichamelijke oorzaken en gevolgen

Genetische oorzaken van obesitas zijn zeldzaam, maar toch is het belangrijk om deze te herkennen. Er dient gezocht te worden naar oorzaken die er voor zorgen dat de patiënt minder fysieke activiteit kan uitvoeren.

Om de lichamelijke gevolgen op te sporen, volgt een kort klinisch onderzoek. Hierin wordt de bloeddruk gemeten, worden hart-en longen geausculteerd, de huid geïnspecteerd en de schildklier gepalpeerd.[20]

Impact van het overgewicht op de levenskwaliteit

Obese patiënten worden in deze maatschappij gestigmatiseerd. Een studie van Himes[21] onderzocht dit fenomeen in televisieshows en films. Enerzijds werd vroeger al aangetoond dat magere personen oververtegenwoordigd zijn in de media, anderzijds worden obese personen vaak bestempeld als lui, minder aantrekkelijk en minder succesvol. Uit de studie blijkt dat vooral mannen opmerkingen maken in verband met overgewicht. Zo wordt het schoonheidsideaal van mager zijn bevestigd.

Ook hulpverleners gaan niet vrijuit.[22] Uit een enquête uit 2003[23] blijkt dat huisartsen obesitas vooral zien als een gedragsprobleem (met als belangrijkste oorzaak onvoldoende fysieke activiteit naast te veel eten en te vetrijke voeding). De behandeling van obesitas zien ze als significant minder effectief dan behandelingen voor andere chronische problemen. Weer ziet men een negatieve houding ten opzichte van de obese patiënt: meer dan de helft ziet zijn obese patiënt als vreemd, onaantrekkelijk, lelijk en noncompliant. Verpleegsters[24] en gezondheidswerkers die specifiek werken rond obesitas blijken deze vooroordelen ook – al dan niet impliciet – te hebben.

Er is een verband tussen overgewicht en psychische stoornissen. Zo komen angst en depressie meer voor bij obese personen.[13] Men dient bijgevolg het lichaamsbeeld en het welbevinden te bevragen.

6. Welke andere disciplines moeten worden betrokken bij de inventarisatie van het gewichtsprobleem en welke rol hebben ze?

Er wordt meer en meer gepleit om multidisciplinair te werken. Hierbij zijn de bijdragen van de diëtiste en van de psychologe – voor de detectie van eetproblemen en het inschatten van de impact op de levenskwaliteit – belangrijk. Er wordt gesteld dat men meer informatie kan bekomen indien de exploratie door verschillende disciplines wordt verricht. Zij koppelen terug naar de huisarts; deze is het best geplaatst om het verder op te volgen en te coördineren. Deze samenwerking in de eerste lijn is voorlopig nog niet vanzelfsprekend.

7. Hoe gebeurt de inschatting van de ernst en de indicatiestelling?

Recent is men overgeschakeld van het inschatten van enkel het medisch risico (zie 5.1) naar een inschatting van het gezondheidsrisico. Hiervoor gebruikt men het EOSS (cfr. 0

Inschatting gezondheidsrisico volgens het Edmonton Obesity Staging System (EOSS)). Een studie[25] van Padwal et al. heeft aangetoond dat deze classificatie een betere risicostratificatie toelaat. Zo stijgt de mortaliteit bij hogere classificatie (Stadium 2 en 3), ook na correctie voor verhoogde buikomtrek en BMI. Deze classificatie kan dus – samen met BMI en buikomtrek – gebruikt worden om de patiënten met een hoog risico beter te identificeren. De auteurs raden aan dit systeem ook te gebruiken bij de patiëntenselectie voor bariatrische heelkunde. In het draaiboek wordt voorgesteld om de intensiteit van de behandeling voor obesitas te laten afhangen van het EOSS stadium.

8. Welke feedback bij risico overgewicht geven? Welke leefstijladviezen geven?

Feedback wordt enkel gegeven bij een patiënt die erin geïnteresseerd is. Het is belangrijk om de feedback toe te spitsen op wat relevant is voor de patiënt in kwestie.

Leefstijladviezen door de huisarts worden best gebaseerd op de actieve voedingsdriehoek. Recent is er een Vlaams consensusdocument[26] verschenen met aanbevelingen rond voeding en beweging. Hierin wordt sedentarisme apart besproken. Sedentair gedrag wordt beschreven als zitten tijdens woonwerkverkeer, op de werkplek en thuis of tijdens vrijetijdsactiviteiten.[27] Zelfs bij personen die

voldoende bewegen, kan er een teveel zijn aan sedentair gedrag. Dit heeft een negatief effect op de gezondheid, onafhankelijk van de hoeveelheid fysieke activiteit. Toegenomen sedentair gedrag is geassocieerd met een verhoogde mortaliteit, zowel cardiovasculair als algemeen. Uit de systematic review blijkt dat sedentair gedrag tijdens de kindertijd en adolescentie een sterk voorspellende factor is voor obesitas op volwassen leeftijd. Een prospectieve studie uit 2013[28] toont aan dat personen die veel kilometers per jaar rijden een hoger risico hebben op het ontwikkelen van overgewicht en obesitas. Wanneer ze meer kilometers deden ten opzichte van het beginpunt, werd het risico hoger en omgekeerd. Dit effect werd behouden na het corrigeren voor mogelijke *confounders* zoals fysieke activiteit en socio-economische status. Het is dus duidelijk een aparte risicofactor. Ook TV kijken is geassocieerd met een hoger risico op obesitas.27

Dit domein wordt nog volop in ontwikkeling. Onderzoek naar determinanten van dit gedrag[29] wordt heden uitgevoerd om adequate interventiestrategieën te vinden op verschillende niveaus: op persoonlijk niveau (bijvoorbeeld minder TV kijken), maar ook op maatschappelijk niveau (werkomgeving inrichten, openbaar vervoer verbeteren, goede fiets-en wandelpaden aanleggen …). Verder onderzoek is hier zeker nodig. Concrete aanbevelingen rond de hoeveelheid sedentair gedrag zijn nog niet voorhanden voor volwassenen.

9. Hoe wordt het individueel behandelplan opgesteld?

Het individuele behandelplan dient afgestemd te worden op het persoonlijke risico van de patiënt en op diens voorkeur en mogelijkheden. Er moet samen gezocht worden naar realistische doelen. Het is belangrijk om dit goed te bespreken met de patiënt en onrealistische verwachtingen te corrigeren. Een normaal gewicht hoeft niet het streefgewicht te zijn, want soms is dit niet haalbaar. In de jaren ’90 begon men in te zien dat beperkte gewichtsreducties ook al belangrijke gezondheidsvoordelen hebben: zo blijkt dat een gewichtsverlies van 5-10% voor significante verbeteringen zorgt op vlak van hypertensie, diabetes en hyperlipidemie.[30] De levensverwachting blijkt ook toe te nemen. Dit gewichtsverlies kan bovendien vaak langer volgehouden worden.

Onder hulpverleners is dit gegeven reeds goed gekend, maar patiënten verwachten vaak veel meer gewichtsverlies. Een studie van Foster et al.[31] onderzocht wat patiënten voor de start van de behandeling als ideaal gewicht beschouwden. Hieruit bleek dat deze populatie (gemiddeld BMI van 36.3 kg/m²) een streefgewicht kozen rond de 66,5 kg, wat neerkwam op een gemiddeld gewichtsverlies van 32,5 kg! Belangrijke factoren in het bepalen van het gewicht waren uiterlijk en fysiek comfort. De gemiddelde patiënt verklaarde met een gewichtsverlies van 17 kg niet tevreden te zijn. Na 48 weken behandeling bleek bijna de helft van de patiënten niet eens dit “onvoldoende” resultaat te halen (gemiddeld 16 kg gewichtsverlies). Desondanks ondervonden de deelnemers een significant positief fysiek en psychosociaal effect van het gewichtsverlies. De auteurs stellen dat een verbetering van het zelfbeeld en de eigenwaarde van de patiënt een manier kan zijn om een realistischer streefgewicht te kiezen. Het is ook belangrijk om de verwachtingen bespreekbaar te maken.

Het streefgewicht niet bereiken en ontevreden zijn met het resultaat van de interventie zijn factoren die vaker voorkomen bij patiënten die nadien terug bijkomen in gewicht. Een kwalitatieve studie[32] uit 2003 toonde hiernaast nog andere psychologische kenmerken die vaker voorkomen bij deze populatie: een meer dichotome denkwijze, meer emotioneel eten en een gebrek aan waakzaamheid en aanpassing van de levensstijl bij gewichtstoename.

Het verschil in verwachtingspatroon tussen patiënt en arts kan een bedreiging zijn voor de onderlinge relatie, de kans op succes en het geloof in eigen kunnen. Een recent artikel van Jogova et al. [33] schuift 2 belangrijke oorzaken voor dit verschil naar voor. Ten eerste is er de reclame-industrie die allerlei manieren aanprijst om gemakkelijk snel en veilig gewicht te verliezen. Volgens een rapport uit 2002[34] bleek meer dan de helft van de reclame veronderstellingen te maken die waarschijnlijk onjuist zijn. Voorbeelden hiervan zijn getuigenissen die meer gewichtsverlies verkondigen dan fysiologisch haalbaar in normale omstandigheden, de belofte dat het

gewichtsverlies blijvend zal zijn en de mogelijkheid om substantieel gewicht te verliezen zonder dieet of beweging. Hierdoor wordt de consument volgens het rapport dubbel bedrogen: zowel op financieel vlak (kostprijs van het product dat niet voldoet aan de verwachtingen) als op medisch vlak (andere behandelingen en nodige levensstijlveranderingen die wél een bewezen effect hebben, worden langer uitgesteld). Meer controle en richtlijnen zijn nodig om de consument beter in te lichten. Een tweede oorzaak voor het grote verschil in verwacht resultaat is te zoeken in de stigmatisering van de obese patiënt door de maatschappij (zie Impact van het overgewicht op de levenskwaliteit).

Het is belangrijk om bij het opstellen van de behandeldoelen te focussen op gezond eet- en beweeggedrag en niet op het gewicht zelf (zie Huidige visie op obesitasbehandeling). Ook de motivatie moet bevraagd worden in functie van de bereidheid om de leefgewoonten (en dus het gedrag) te veranderen. Best probeert men te werken met kleine stappen zodat de patiënt snel successen kan boeken. Samen met de patiënt worden prioriteiten bepaald.

10. Hoe gebeurt de behandeling en de opvolging?

Er zijn drie luiken in de behandeling. Vooreerst is er de behandeling van comorbiditeit en medische complicaties. Bij dit deel neemt de huisarts de belangrijkste rol op. Wat medicatie betreft wordt er geen anti-obesitasmedicatie aanbevolen (cfr. supra). De chronische medicatielijst wordt bekeken en eventueel wordt er gekozen voor gewichtsneutrale alternatieven. De criteria voor bariatrische heelkunde blijven dezelfde (zie Bespreking Nederlandstalige richtlijnen).

Ten tweede is het belangrijk om te werken aan een gezondere levensstijl. De huisarts kan eenvoudige voedingsadviezen geven op basis van de actieve voedingsdriehoek, maar voor meer uitgebreid en diepgaand advies wordt best een diëtist ingeschakeld. Een gezonder eetpatroon dient gecombineerd te worden met gradueel meer bewegen en het beperken van sedentair gedrag. De opbouw van beweging moet geleidelijk gebeuren. Ideale sporten zijn wandelen, fietsen of zwemmen. Ook in het dagelijkse leven kan men bewust kiezen voor de trap en korte verplaatsingen te voet of met de fiets doen. Meer bewegen kan zorgen voor een lagere diastolische bloeddruk en een verminderde nuchtere glycemie en triglyceridemie.[35] De lichaamssamenstelling verbetert: de spiermassa neemt toe terwijl de vetmassa (vooral abdominaal vet) afneemt. Een kinesitherapeut kan dit proces indien nodig begeleiden. Bij een gezonde levensstijl horen goede slaapgewoonten.

Ten derde kan er gewerkt worden aan het psychologisch welzijn van de patiënt: gezonde copingmechanismen, een beter zelfbeeld, goede vrijetijdsbesteding … Denk maar aan de vele patiënten met emotioneel eetgedrag: zolang de patiënt geen andere uitlaatklep vindt, zal het moeilijk zijn om gezonder eetgedrag vol te houden. Hiervoor kan een psycholoog geraadpleegd worden. Indien er sprake is van een echte eetstoornis is psychologische behandeling noodzakelijk.

11. Wanneer is multidisciplinaire samenwerking nodig? Welke disciplines moeten hierbij betrokken worden en welke rol hebben ze? Wanneer en naar wie doorverwijzen?

Vanaf EOSS stadium 2 tot 4 kan of moet er gekozen worden voor multidisciplinaire samenwerking. De huisarts staat in voor de triage en doorverwijzing. Het is zijn taak om de juiste informatie (in goede verwijsbrieven) door te spelen naar de verschillende partners en het centrale dossier bij te houden.

De diëtist kan helpen in de exploratie van het eetgedrag, bij het geven van goede eetadviezen en de motivering. De kinesitherapeut kan ingeschakeld worden om de patiënt te begeleiden wanneer deze (intensiever) begint te bewegen. De psycholoog bevraagt het welzijn en de impact van het overgewicht op de levenskwaliteit en speelt een rol in de detectie van eetproblemen. In een latere fase staat deze in (via cognitieve gedragstherapie) voor de opvolging (cfr. supra). Artsen uit de tweede of derde lijn kunnen ingeschakeld worden bij behandeling van comorbiditeit, maar vooral bij heelkundige ingrepen.

Deze samenwerking is belangrijk, maar nog niet goed uitgebouwd in Vlaanderen. Goede lokale netwerken kunnen een belangrijke rol spelen hierin. Natuurlijk mag men de rol van de patiënt in zijn eigen zorgtraject niet uit het oog verliezen!

12. Hoe gebeurt de evaluatie van de behandeling? Welke parameters moeten bij de opvolging geregeld opnieuw bepaald worden en hoe vaak?

Bij de evaluatie moet de huisarts zich toespitsen op het oorspronkelijke doel van de behandeling, namelijk de gedragsverandering die zou moeten resulteren in een gezondere levensstijl. Het welbevinden wordt geëvalueerd.

Zoals bij elke chronische pathologie dient de huisarts de patiënt regelmatig te evalueren op vaste tijdstippen. Er kan een afspraak gemaakt worden na 6 weken, na 3 maanden, na 6 maanden en na 1 jaar. Indien na 1 jaar de gedragsverandering succesvol is, is een controle elke 6 maanden voldoende. Bij “alarmsignalen” (opnieuw bijkomen in gewicht, een negatieve beleving van de patiënt, bijkomende risicofactoren) of te weinig succes zijn frequentere afspraken opportuun.

Een manier om de follow-up te regelen, is om de patiënt zijn eigen gedrag te laten opvolgen. Bij gedragsverandering wordt regelmatig gebruik gemaakt van zelfmonitoring. Een systematic review van Burke et al.[36] onderzocht de relatie tussen zelfmonitoring en gewichtsverlies. Het effect van het bijhouden van dagboeken rond dieet, beweging en zelfwegingen werden beschouwd. De zelfmonitoring van dieet werd geassocieerd met gewichtsverlies, waarbij een betere monitoring (bijvoorbeeld meer dagboeken ingevuld) leidde tot meer gewichtsverlies. Sommige studies focusten op het gebruik van papieren dagboeken versus het gebruik van meer hedendaagse technologie (via het Internet of via Personal Digital Assistent (PDA)) en zagen geen duidelijk verschil in gewichtsverlies tussen deze methodes. Een recente studie van Acharya et al.[37] wees op de mogelijke voordelen van het gebruik van een PDA (met speciale software) ten opzichte van een papieren dagboek: patiënten uit de PDA groep bleken hun eetpatroon meer veranderd te hebben (ze aten met name meer groenten en fruit). De speciale software liet toe om veel gemakkelijker de hoeveelheid vet en calorieën te bepalen.

Slechts één geïncludeerde studie onderzocht het effect van zelfmonitoring van beweging op gewichtsverlies. Uit deze studie kan men concluderen dat personen die meer dagboeken afleverden meer sporten en meer gewicht verloren. Ook frequent wegen (minimaal wekelijks) was gelinkt aan een hoger gewichtsverlies of een beter behoud van gewicht. Concrete aanbevelingen rond de frequentie en duur van de zelfmonitoring kunnen niet gemaakt worden op basis van de huidige literatuur.

Een Cochrane Review[38] onderzocht het gebruik van computergebaseerde methodes om gewicht te verliezen of gewichtsverlies te behouden. Hieruit bleek dat computergebaseerde methoden beter waren dan standaard zorg of folders, maar niet beter dan persoonlijke begeleiding. Het extra gewichtsverlies (-1,5 kg) of het voorkomen van gewichtstoename (-0,7 kg) was ook beperkt, wat de klinische relevantie in vraag stelt.

Interventie

Schematisch overzicht stappenplan

Consult 0

- Aanmelding: wie aangebracht?
- Hulpvraag
- Lengte, gewicht → BMI
- Co-morbiditeit (gecodeerd in Elektronisch Medisch Dossier (EMD)?)

Consult 1

Anamnese	Klinisch onderzoek	Bloedname

- Eetgedrag (emotionele eter / externe eter / DD vreetbuistoornis)
- Evolutie gewicht + reeds gevolgde diëten
- Leefstijl:
  - Roken
  - Bewegen
- Medicatielijst
- Comorbiditeit (hart- en vaatziekten, artrose, slaapapneu, diabetes)
- ICE
	- Tekens van endocriene stoornissen
	- Buikomtrek
	- Bloeddruk
	- Hart- en longauscultatie
	- Palpatie perifere pulsaties
		- Nuchtere glycemie
		- Vetten:
		  - Triglyceriden
		  - Totaal en HDL cholesterol
		- Indien nodig:
		  - Cortisolbepaling
		  - TSH

- Eetdagboek: 3 dagen

Consult 2

- Bespreking bloedresultaten
  - berekening 10-jaars risico + risico op metabool syndroom
  - prediabetes?
- Bespreking eetdagboek
- Verwijzing diëtiste mogelijk? Patiënt akkoord?

Consult 3

- Beweging:
  - huidig niveau
  - samen zoeken naar doelstellingen
- Navragen dieet/consult diëtiste
- Motivatie tot zelfmonitoring

Opvolgconsulten

Per consult: gewicht, bloeddruk, eetgewoonten, beweging, moeilijkheden, wat lukt wel

Uitwerking en bespreking

Patiëntenrecrutering/eerste contact

De recrutering kan op twee manieren gebeuren. In het eerste geval brengt de patiënt zelf het topic van gewichtsprobleem ter sprake. In het tweede geval komt het initiatief van de arts naar aanleiding van een duidelijk gewichtsprobleem. Het laatste veronderstelt dat de arts de patiënt regelmatig weegt en over een tool beschikt in het EMD om een evolutie van het gewicht in de tijd te tonen. Deze functie is aanwezig in Medigest, het programma dat in de betrokken praktijk gebruikt wordt.

Vervolgens wordt er gekeken of er een (werkbare) hulpvraag is. Deze hulpvraag wordt geëxploreerd via enkele open vragen. Voorbeelden hiervan zijn: “Hoe ziet u uw gezondheid over 2 jaar?” en “Wat is echt belangrijk voor u in het leven?” Er wordt gepolst naar de manier waarop de patiënt deze gedragsverandering zou willen bereiken en welke hindernissen hij voorziet.

Om een eerste inschatting van de ernst te kunnen maken, worden lengte en gewicht bepaald waaruit dan de BMI van de patiënt berekend kan worden. De bloeddruk wordt genomen. In het dossier zoekt men naar comorbiditeit, met name cardiovasculaire ziekten, artrose, slaapapnee of een gekende diabetes mellitus type 2.

De arts creëert een nieuwe topic in de probleemlijst, getiteld “overgewicht (BMI 25-30)” respectievelijk “obesitas (BMI >30)”. Hieraan kunnen de gegevens in verband met dit project gekoppeld worden. Om deze vlot in te geven, werd een invoerbase “obesitas” gecreëerd in het EMD: de invoerbase bevat een aantal gecodeerde termen die dan tijdens het consult – al dan niet gecodeerd – ingevuld kunnen worden. Op deze manier wordt de huisarts aan dit probleem herinnerd en kan hij later, bij een gepaste gelegenheid, terug komen op de aanpak van dit chronisch probleem.

Indien de patiënt akkoord is, wordt een vervolgafspraak gemaakt om het probleem verder in kaart te brengen. Afhankelijk van de situatie is dit meer of minder vrijblijvend. Denk maar aan patiënten met een (belangrijke) comorbiditeit.

Zoals in de aanbevelingen vermeld staat, gebeurt hier een eerste inschatting op basis van de ernst van het probleem.

- Bij patiënten met overgewicht (zonder comorbiditeit) wacht de arts vooral op het initiatief en de hulpvraag van de patiënt. Er worden algemene gezondheidsadviezen verstrekt.
- Bij patiënten met obesitas (BMI 30-40) zonder comorbiditeit is er sprake van opportunistische aanpak.
- Bij de patiënten met een BMI >40 of BMI >27 met comorbiditeit moet er sprake zijn van een systematische aanpak.

Consult 1

Motivationeel stadium

Bij het begin van dit consult wordt er eerst gekeken in welk motivationeel stadium de patiënt zich bevindt. Dit wordt het best via open vragen achterhaald, maar voor dit project worden bewust gesloten vragen gebruikt om de stadia van Prochaska en di Clemente te kunnen gebruiken (cfr. Bijlage 6: Inschatten motivationeel stadium volgens Prochaska en di Clemente).

Indien de patiënt zich in de voorbereidings- of actiefase bevindt, kan de arts het gewichtsprobleem verder in kaart brengen. Indien de patiënt zich nog in een eerder stadium bevindt, wordt dit voorlopig geaccepteerd en kan de arts er later opnieuw op ingaan.

Anamnese

Tijdens de anamnese exploreert de arts eerst het eetgedrag van de patiënt. De nadruk ligt hier op het ontdekken van een externe of emotionele eter, omdat dit gegeven consequenties heeft voor de aanpak.

De volgende vragen kunnen hierbij helpen:

- Als je je slecht voelt, eet je dan iets om je beter te voelen? (“emotionele eter”)
- Als je iets lekkers van eten ziet of ruikt, krijg je dan heel veel zin om te eten? (“externe eter”)

Een externe eter is een patiënt die door eten te zien of te ruiken veel zin krijgt om te eten. Zo’n patiënt kan gebaat zijn met gedragstherapie of met enkele tips van de huisarts om het aantal prikkels te verminderen. De richtlijnen spreken in dit geval van allerlei zelfcontrolemaatregelen.

Bij een emotionele eter is het eten een manier om met problemen om te gaan of om zich – tijdelijk – beter te voelen. Het is belangrijk om in deze situatie de onderliggende problemen ook mee aan te pakken. Psychologische ondersteuning is hier op zijn plaats. Er kan samengewerkt worden met een psycholoog indien de patiënt hiertoe gemotiveerd kan worden.

Het detecteren van een echte vreetbuistoornis is op dit moment zeer belangrijk. Onder een vreetbuistoornis verstaat men een stoornis waarbij de patiënt op korte tijd zeer grote hoeveelheden naar binnen werkt en hij de controle over zijn eigen eetgedrag verliest. Nadien voelt de patiënt zich oncomfortabel vol en schuldig (zie Bijlage 7: DSM-IV criteria van een vreetbuistoornis). Een screeningsvraag zou kunnen zijn: "Hebt u soms het gevoel dat, wanneer u begint te eten, u geen controle meer heeft over wat en hoeveel u eet?" Indien de patiënt positief antwoordt, is een doorverwijzing voor gespecialiseerde psychologische ondersteuning aangewezen.

Het is belangrijk om te onderstrepen dat dit vaak niet in het eerste consult achterhaald zal kunnen worden. De arts moet zich realiseren dat er een gevoel van schaamte hangt rond die vreetbuistoornis en dat een vertrouwensrelatie nodig is voor de patiënt dit aan hem zal toevertrouwen.

Verder in de anamnese komen evolutie van het gewicht en vorige uitgeteste diëten aan bod. Wat ging er goed of fout? Hieruit kan men leren wat wel en wat niet werkt bij deze patiënt.

De gewoonten dienen bevraagd te worden**.** Beweging wordt in kaart gebracht, alsook de rookstatus en het gebruik van andere genotsmiddelen. De medicatielijst moet overlopen worden, aangezien verschillende klassen een invloed kunnen hebben op het gewicht (cfr. 5.3 Oorzaken van overgewicht).

Er wordt gericht gevraagd naar aanwijzingen voor comorbiditeit (voor zover deze nog niet gekend zijn): is er sprake van hypertensie, slaapapnee, artrose, diabetes?

Wat is de psychologische impact van het gewicht?

De arts bevraagt tenslotte de ICE van de patiënt via enkele open vragen. Het is boeiend en nuttig om aan de patiënt te vragen waaraan hij denkt dat het ligt. Hierdoor kan een gemeenschappelijke ziektetheorie opgebouwd worden: dit brengt arts en patiënt op de zelfde golflengte.

Klinisch onderzoek

De arts zoekt tijdens het klinisch onderzoek naar tekens die wijzen op een onderliggende aandoening. Zo kunnen *striae* en een *moon face* aanwijzingen zijn voor de ziekte van Cushing. De buikomtrek van de patiënt wordt gemeten.

Als screeningsonderzoek voor het starten van (meer intensieve) beweging wordt aangeraden om de bloeddruk te meten, hart en longen te ausculteren en de perifere pulsaties te palperen.

Bloedname

Indien dit niet recent gebeurde, wordt er een bloedname verricht: hiermee worden de nuchtere glycemie, de totale cholesterol, de HDL en de triglyceriden bepaald. Bij aanwijzingen uit de anamnese en het klinisch onderzoek kunnen bijkomende, gerichte testen uitgevoerd worden zoals cortisolbepaling (Cushing) of TSH bepaling (hypothyroïdie).

Eetdagboek

Indien de patiënt er open voor staat, wordt er gevraagd om een eetdagboek bij te houden. De patiënt schrijft gedurende 3 dagen alles op wat en hoeveel hij eet en drinkt. De patiënt dient dit mee te nemen bij het volgende consult.

Consult 2

Bespreking bloedresultaten

Bij het begin van dit consult bespreekt de arts de bloedresultaten met de patiënt en berekent hij het 10-jaars risico op hart- en vaatziekten. Is er sprake van (pre)diabetes of hypercholesterolemie?

Actieplan

Bij een gemotiveerde patiënt met een BMI>30 of >27 met comorbiditeit wordt een individueel zorgplan opgesteld. Bij het opmaken van het plan worden persoonlijke doelen gesteld – op korte en

op lange termijn – waarbij de nadruk ligt op gezonder leven en niet zozeer op gewichtsverlies. Het actieplan bevat doorgaans een luik dieetadvies en een luik beweegadvies. Tijdens dit consult wordt voornamelijk aandacht besteed aan het dieetadvies. Het beweegadvies wordt dan uitgesteld tot het volgende consult.

Aan de hand van het eetdagboek van de patiënt kan de arts al wat voedingsadvies geven. De huisarts is bekwaam om grote dieetfouten op te sporen (cfr. Leefstijl). In de betrokken praktijk wordt de patiënt verwezen naar de diëtiste in huis voor meer gedetailleerd en deskundig dieetadvies en begeleiding. Zij ondersteunt ook het luik beweegadvies. Indien de patiënt geen doorverwijzing wenst, probeert de huisarts zelf zo deskundig mogelijk dieetadvies te geven.

Voor de goede onderlinge samenwerking met de diëtiste is het belangrijk om een verwijsbrief mee te geven met de nodige gegevens: aard van de problematiek, copathologie, medicatie, verwachting van de huisarts … Een kopie van de bloedresultaten is zinvol. De arts verwacht van de diëtiste een meer doorgedreven voedingsanalyse en een voorstel op maat. Ook de specifieke begeleiding qua voeding behoort tot haar domein. Na het eerste consult stuurt de diëtiste een voedingsverslag met daarin de startwaarden van gewicht en BMI, een analyse van het eetpatroon (onder andere de koolhydraatspreiding en de vetinname) en een beschrijving van de bewegingsgewoonten. Daarnaast staan de motivatie van de patiënt en de behandelingsdoelen vermeld in dit verslag.

In principe duurt deze dieetbegeleiding en ondersteuning door de diëtiste een drietal maanden, maar er is natuurlijk ruimte om dit aan te passen aan de noden en de inzichten van de patiënt. Na deze drie maanden volgt een evolutieverslag. In deze fase bestaat de rol van de arts erin om de patiënt te motiveren om de afspraken met de diëtiste vol te houden en de evolutie mee op te volgen.

Bij emotionele eters of onderliggende psychische problemen kan een verwijzing naar de psycholoog volgen in overleg met de patiënt (en de diëtiste zo deze betrokken is).

Consult 3

Beweegadvies

In dit consult wordt er vooral ingegaan op de beweging, het tweede luik in het individueel zorgplan. Samen met de patiënt wordt gekeken hoe deze zijn activiteitsniveau kan verhogen op zijn tempo.

Vooraleer intensief sporten wordt aangeraden, volgt een korte anamnese om eventuele contra-indicaties aan het licht te brengen. Zo zijn pijn op de borst, uitgesproken kortademigheid bij inspanning en een familiale voorgeschiedenis van plotse dood alarmsignalen. Bij twijfel wordt eerst een cardiologisch consult aangevraagd (met fietsproef).

Meestal bestaat de eerste bewegingsinterventie uit het inbouwen van beweging in het dagelijkse leven: de trap nemen in plaats van de lift, wat vaker fietsen … De arts kan samen met de patiënt zoeken hoe dit concreet ingepast kan worden. Het begindoel moet realistisch zijn: 30 minuten per dag, 3 dagen per week. Op termijn kan dit verder verhoogd worden. Het is belangrijk om de positieve effecten van beweging goed te benadrukken.

Indien de patiënt intussen bij de diëtiste geweest is, wordt bevraagd hoe dit verlopen is en wordt de patiënt aangemoedigd deze begeleiding verder te zetten.

Zelfmonitoring

Indien de patiënt gemotiveerd kan worden tot zelfmonitoring (een dagboek voor het bijhouden van beweging, voeding en moeilijke momenten), wordt dit aangemoedigd. Zo kan de bijsturing veel concreter gebeuren.

Opvolgconsulten

De patiënt wordt teruggezien om de 2 tot 4 weken, afhankelijk van de steun van de omgeving en van de inbreng van de diëtiste. Tijdens deze opvolgconsulten worden bloeddruk en gewicht geregistreerd. De arts overloopt de eventuele zelfmonitoringgegevens.

Er wordt nagevraagd hoe de patiënt zich voelt in deze nieuwe situatie en wat de moeilijke momenten zijn. Dan kan er samen met de patiënt gezocht worden naar oplossingen om met de moeilijke momenten om te gaan. De huisarts moet nu de tijd nemen om de patiënt goed te motiveren en te coachen.

Evaluatieconsult

Na een zestal maanden kan men een eerste evaluatie maken. Tijdens de anamnese wordt nagegaan of en hoe de leefstijlverandering gelukt is, zowel op vlak van eetgedrag als op vlak van beweging. De moeilijkheden die de patiënt ondervindt, worden besproken. Hoe voelt de patiënt zich bij deze veranderingen?

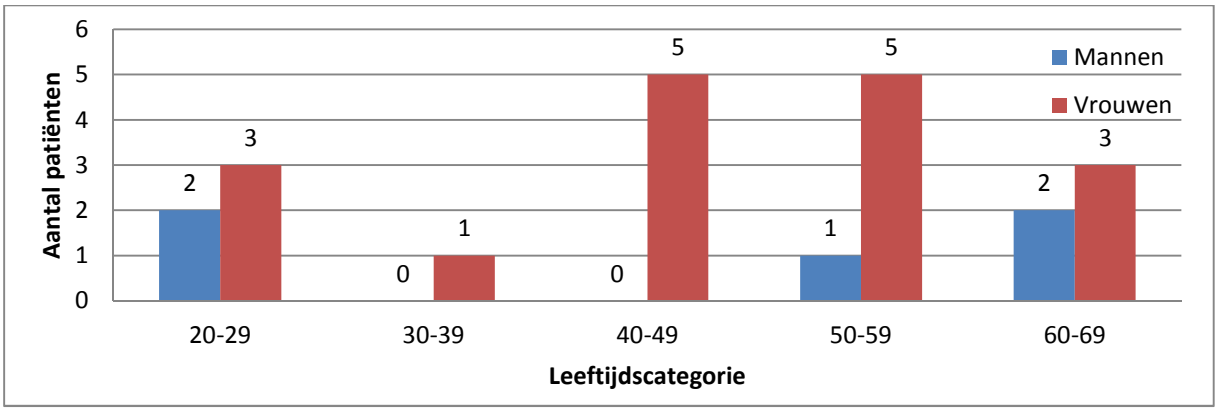
Een aantal onderzoeken zijn nu aan de orde: op zijn minst worden bloeddruk, gewicht en middelomtrek geregistreerd. In bepaalde gevallen wordt een nieuwe bloedname verricht, met name bij gestoord lipidenprofiel of verhoogde nuchtere glycemie, of in het kader van opvolging van comorbiditeit (diabetes mellitus). Vervolgens wordt het risico op hart-en vaatziekten herberekend.

Tenslotte wordt samen met de patiënt het bilan opgemaakt. Zijn de vooropgestelde doelen bereikt? Waarom wel of waarom niet? Hoe kan er eventueel bijgestuurd worden of hoe behoudt de patiënt de gewichts- en leefstijlverandering? Hoe ziet de verdere planning er uit?

Resultaten

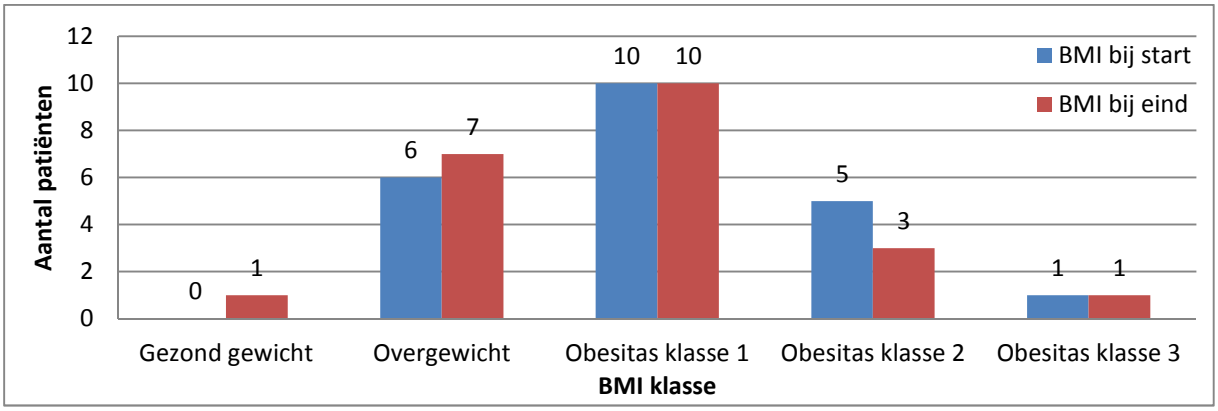
In totaal werden 22 deelnemers geïncludeerd in het project waarvan 5 mannen en 17 vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 45,9 jaar. De verdeling van de leeftijden volgens geslacht wordt getoond in grafiek 1.

Grafiek 1: Leeftijdsverdeling studiepopulatie volgens geslacht

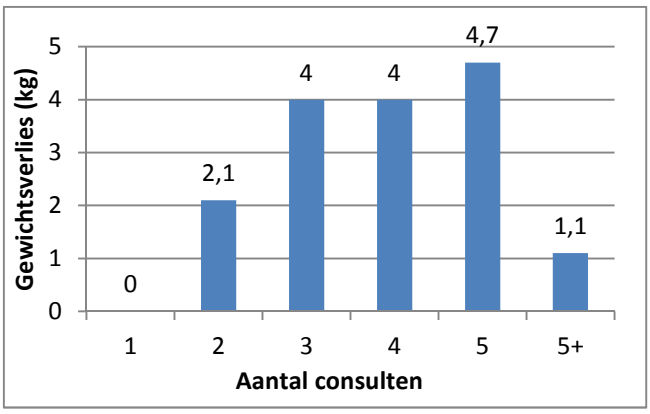


De gemiddelde BMI bij de start van het project was 32,3 kg/m². Bijna de helft van de deelnemers had obesitas klasse 1. De verdeling van de BMI's bij zowel de start als het einde van het project wordt weergegeven in grafiek 2.

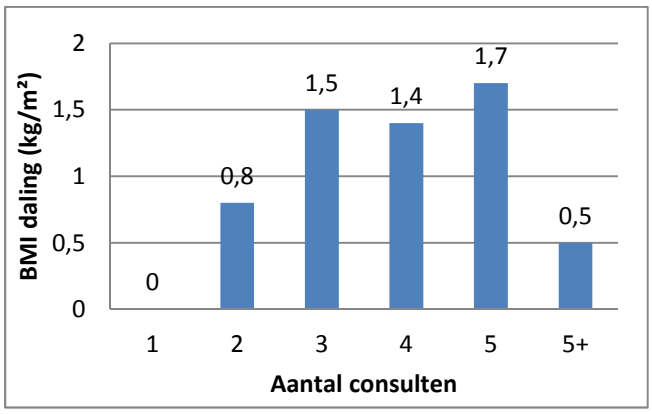
Grafiek 2: Verdeling BMI's



Grafiek 3: Gewichtsverlies volgens aantal consulten



Grafiek 4: BMI daling volgens aantal consulten

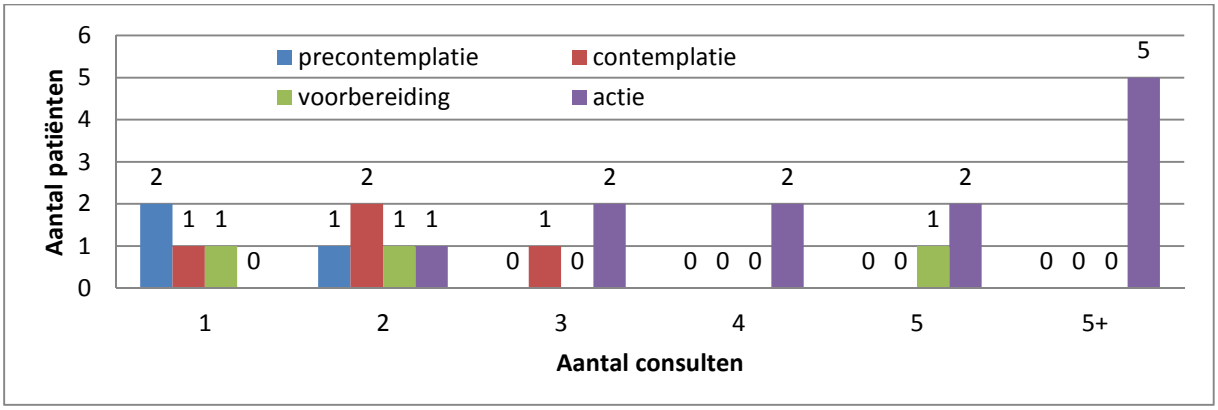


Gemiddeld kwamen de patiënten 3 tot 4 keer op consult, waarbij het topic overgewicht/obesitas werd besproken. Vaak was dit echter niet de enige – en zeker niet de belangrijkste – reden. Een verslag per patiënt is terug te vinden in Bijlage 8: Overzicht consulten per patiënt.

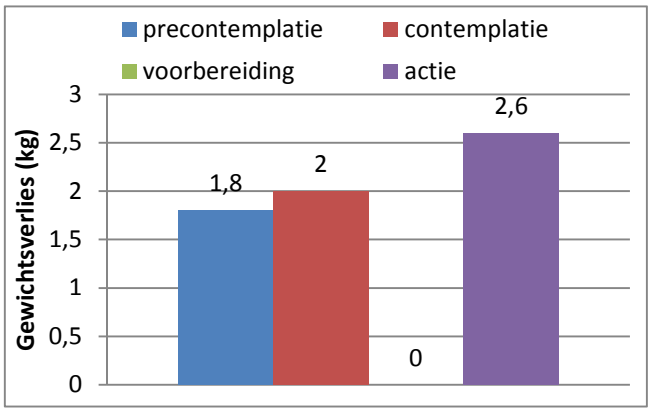
Op het einde van het project bedroeg het gemiddelde gewichtsverlies 2 kg, met een gemiddelde BMI daling van 0,8 kg/m². Er was een grote variatie in de gewichtsevolutie: van -16 kg tot +1,5 kg (zie ook grafieken 3 en 4).

Wanneer er gekeken wordt naar het motivatiestadium waren 3 patiënten in de precontemplatiefase, 4 patiënten in de contemplatiefase, 3 patiënten in de voorbereidingsfase en 12 patiënten in de actiefase. Vooral de patiënten die gemotiveerd waren (in de actiefase) kwamen regelmatig terug op consult (zie grafiek 5).

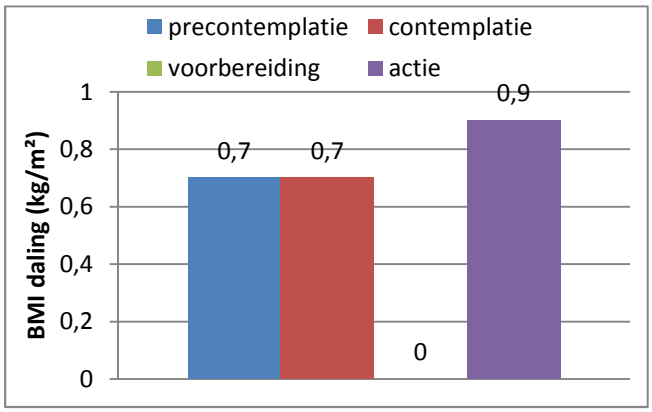
Grafiek 5: aantal consulten per motivatiefase



Grafiek 6: Gewichtsverlies volgens motivatie



Grafiek 7: BMI daling volgens motivatie



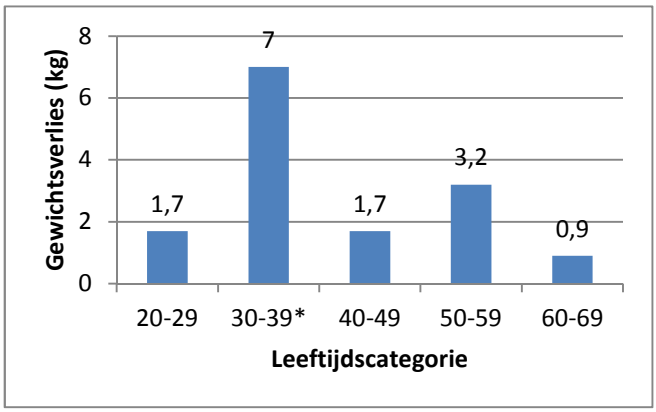
Zoals men kan afleiden uit grafieken 6 en 7 is het gewichtsverlies groter in de groep die goed gemotiveerd was om zijn levensgewoonten te veranderen. Het verschil met de andere groepen is echter beperkt.

Wanneer men de gewichtsevolutie uitzet in functie van de leeftijdscategorie (zie grafiek 8) valt op dat de groep van 50-59 jarigen gemiddeld iets meer is afgevallen (wanneer men de 30-39 jarige buiten beschouwing laat).

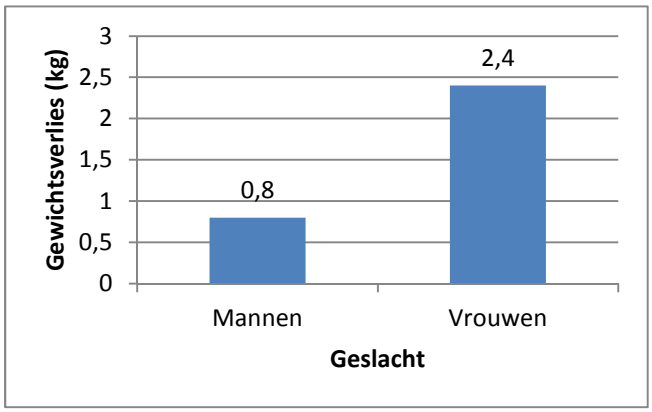
Zoals men kan aflezen op grafiek 9 is het gemiddeld gewichtsverlies bij de vrouwen (-2,4 kg) iets groter dan bij de mannen (-0,8 kg).

Wanneer men de resultaten bekijkt van de groep patiënten die wel respectievelijk niet naar de diëtiste ging, zien we een veel beter resultaat wanneer de diëtiste ingeschakeld werd (zie grafiek 10 en 11).

Grafiek 8: Gewichtsevolutie volgens leeftijd

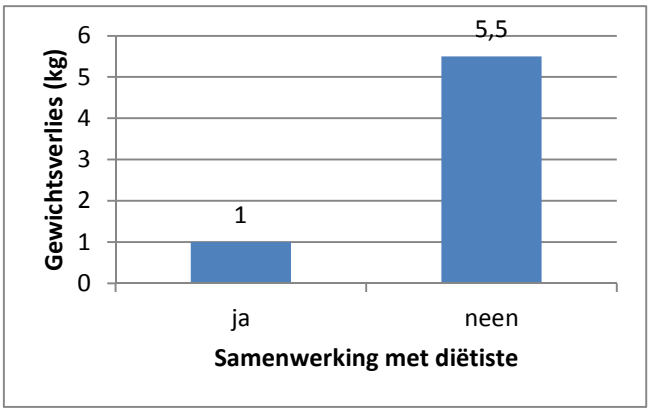


Grafiek 9: Gewichtsverlies volgens geslacht

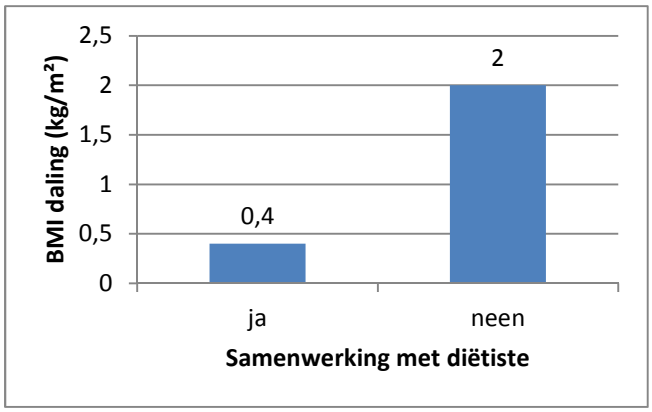


*In deze leeftijdscategorie is er maar 1 deelnemer.

Grafiek 10: Gewichtsevolutie in functie van diëtiste



Grafiek 11: BMI evolutie in functie van diëtiste



Bespreking: experimenteren met het toepassen van een stappenplan

Stappenplan

Slechts zelden werd het stappenplan volledig doorlopen. Dit kon verschillende verklaringen hebben. Ten eerste viel op dat meestal de arts het onderwerp aankaartte: deze sprak de patiënt aan terwijl hij om een andere reden op consult kwam. Vaak wilde de patiënt iets aan doen aan zijn overgewicht maar bleek dan toch niet vlot terug te komen om het verdere plan te doorlopen.

Ten tweede haken veel patiënten – die wel een eerste keer terugkomen om aan dit probleem te werken – af. Deze patiënten kwamen vooral uit de minder gemotiveerde groep. De oorzaak hiervoor was vaak dat andere (psychosociale) problemen opspeelden, waardoor het topic van het overgewicht naar de achtergrond verdween. In de literatuur wordt deze trend beschreven: zo zag men in een studie van Elfhag[39] een totale dropout van 66%. Hierin kan het belang liggen van de huisarts als spilfiguur. Wanneer de patiënt opnieuw langskomt, kan deze de draad terug proberen op te nemen. Meer onderzoek zou gedaan moeten worden naar wat men kan doen met de minder gemotiveerde groep: korte interventies zijn hier misschien wel haalbaar en effectief?

De strakke scheiding van de consulten werd niet behouden: in de praktijk liep dit door elkaar. Deels was dit afhankelijk van het "ritme" van de patiënt: bij sommigen moest de arts echt samen met de patiënt zoeken hoe gezondere eetgewoonten of beweging ingebouwd konden worden in het dagelijkse leven, terwijl anderen dit veel zelfstandiger deden. Een andere verklaring kan gezocht worden in het feit dat patiënten vaak consulteerden voor andere zaken, zodat men soms in tijdsnood kwam.

Alle aanbevelingen raden een risicostratificatie aan om vervolgens op basis hiervan de patiënt anders te benaderen. Dit viel echter niet mee in de praktijk. Vooral de aanpak van niet gemotiveerde patiënten met een hoog risico stelt de huisarts voor problemen. Verder onderzoek is nodig om te zien wat men met deze groep kan doen.

Belang van parameters

Het noteren van de bevinding "overgewicht" of "obesitas" in de episodelijst (of probleemlijst) is belangrijk om de huisarts bij volgende consultaties te herinneren aan dit probleem. Zo kan hij er op het gepaste tijdstip op terug komen.

Tot onze verbazing bleek niet in elk dossier reeds een gewicht en vooral een lengte te staan. Dit benadrukt nog eens het belang van het opvolgen en goed noteren van deze parameters. Het meten van de buikomtrek – dat in de aanbevelingen aangeraden wordt – bleek vaak te worden vergeten.

De aangemaakte invoerbase "obesitas" (zie ook Patiëntenrecrutering/eerste contact) is intussen een belangrijk hulpmiddel geworden om relatief snel de belangrijkste items te overlopen, in te vullen en het overzicht van de evolutie te raadplegen.

Diëtiste

Slechts vijf patiënten gingen naar de diëtiste. Deze hadden (bijna) allemaal een goed resultaat, wat waarschijnlijk te verklaren is door de hogere motivatiegraad en de gerichte opvolgconsulten. Veel genoemde redenen om niet naar de diëtiste te gaan waren: het financiële aspect, eerdere ervaringen met diëtisten waardoor de patiënt dacht voldoende te weten en "niet weer konijnenvoer willen eten".

Samenwerking

Het tweede objectief van het project was de samenwerking met de diëtiste in de betrokken praktijk te verbeteren. Er werd tijdens deze periode extra aandacht besteed aan de verwijsbrief: voldoende informatie, eerdere ervaringen, kopie van laatste bloedname … De diëtiste ervaarde dit als zeer

positief. Later verminderde de kwaliteit van de verwijsbrief weer. Waarschijnlijk heeft dit te maken met de tijdsinvestering: een goede verwijsbrief maken met veel informatie kost de arts (te) veel tijd. Hier kan een sjabloon van het EMD misschien een oplossing bieden. Als veel gegevens rechtstreeks uit het dossier gehaald worden, zal de kwaliteit van de brief verbeteren zonder verlies van tijd. De diëtiste gaf aan dat het voor haar een aandachtspunt blijft om een goed verslag naar de huisarts te sturen. Dit verslag is niet alleen belangrijk voor de opvolging, maar kan vooral zeer verhelderend zijn voor de huisarts (vooral de dieetanamnese).

Ervaringen patiënten

Op het einde van het project werden de huidige levensgewoonten en de mening van de patiënt over het project via een korte enqûete bevraagd. Hier geeft bijna iedereen aan gezonder te eten, al komt bijna niemand aan het dagelijks eten van groenten en fruit. De aanbeveling van 5 porties groenten en fruit wordt dus maar zelden gehaald.

Sommige patiënten schreven hun opmerkingen in verband met het project neer. Hieruit blijkt dat de patiënten die naar de diëtiste gingen daarover zeer tevreden waren: vooral de uitleg over etiketten lezen werd vermeld. “Sinds het project kijk ik naar de calorieën op voedingswaren”. Een patiënte meldde dat de diëtiste mee een reden voor haar succes was omdat ze “niet met het vingertje zwaaide” maar luisterde en goed advies gaf.

Een andere bemerking die terug kwam, was het belang van goede aanmoediging en opvolging door de huisarts. Nog een opmerking was: “Bewegen is voor mij een nieuwe (gezonde) verslaving geworden!”

Redenen voor succes

Uit dit weliswaar kleine project kan men enkele redenen voor succes vermoeden. Een eerste (logische) verklaring is de motivatiestatus van de patiënt: hoe gemotiveerder de patiënt, des te beter het resultaat. Eén patiënte verwoordt dit mooi: “zelf die klik maken van te zeggen ‘nu ga ik er iets aan doen’”. Dit verband is echter niet heel rechtlijnig en dat komt overeen met gegevens uit de literatuur: motivatie is geen garantie voor succes. Een studie uit 2010[39] toonde aan dat de motivatie niet gerelateerd was met gewichtsverlies, terwijl een Koreaanse studie[40] motivatie als belangrijkste factor bestempelde.

Ten tweede lijken vrouwen het beter te doen in dit project dan mannen (zie Grafiek 9: Gewichtsverlies volgens geslacht). Genderverschillen vindt men niet terug in de literatuur. Een mogelijke verklaring voor dit gegeven kan zijn dat de gemiddelde motivatie in dit project groter was bij de vrouwen dan bij de mannen. Gelet op het beperkt aantal patiënten is het moeilijk om dit gegeven te veralgemenen.

Zoals men kan afleiden uit Grafiek 8: Gewichtsevolutie volgens leeftijd, zien we een groter gemiddeld gewichtsverlies bij de groep van 50-59 jarigen. Dit kan deels verklaard worden door een iets hogere motivatiegraad in de oudere leeftijdscategorieën, al is het verschil zeer beperkt. Deze groep kwam gemiddeld ook vaker op consultatie dan de andere leeftijdscategorieën. In de literatuur werd onderzoek gedaan naar factoren die meer gewichtsverlies voorspelden.[41] Een hogere leeftijd werd gerelateerd aan een hoger gewichtsverlies. Ook frequentere follow-up werd hier genoemd. Verschillende patiënten geven aan dat de consulten hen helpen. Naast de bijkomende opvolging door de diëtiste blijkt ook de steun van partner of familie belangrijk.

Toch zien we dat er een gewichtstoename was bij de patiënte die het meeste opvolgconsulten had. Dit kan verklaard worden doordat deze follow-up consulten er niet kwamen omwille van de opvolging en behandeling van de obesitas, maar voor de opvolging van de oorspronkelijke problemen die meer prioritair zijn voor de patiënte in kwestie. Het overgewicht of obesitas wordt door de huisarts naar voor geschoven en erkend door de patiënte, maar de andere problemen zijn dermate belangrijker dat men niet toekomt aan het werken aan een gezonde leefwijze. Het is ook een illustratie voor een gekend feit uit onderzoek[42]: kansarmen (lage socio-economische status)

komen niet toe aan gezonde leefwijze en dit is een van de belangrijkste redenen voor hun achterstand op vlak van levensverwachting en gezonde jaren.

Persoonlijke lessen

Met de ervaringen die ik tijdens dit project als jonge arts heb opgedaan, blijf ik overgewicht en obesitas een moeilijk maar toch ook boeiend probleem vinden. Vooral de diversiteit in de populatie met overgewicht viel mij op. Een geïndividualiseerde aanpak blijft belangrijk! Om dit mogelijk te maken beschik je als huisarts best over verschillende vaardigheden en tools die je dan kan inzetten op maat van de patiënt die voor je zit. Een interessante tool die ik ontdekt heb voor patiënten die niet naar de diëtiste willen gaan, is de website van het ViGeZ. Vooral “mijn actieve voedingsdriehoek”[43] raad ik nu nog regelmatig aan aan patiënten en deze zijn meestal zeer enthousiast. Op basis van een eetdagboek van één dag krijgt de patiënt een mooi overzicht van zijn eigen voedingsdriehoek met persoonlijke tips. Voor patiënten die wat met een computer overweg kunnen, is dit zeker een aanrader.

Dit project heeft mij geleerd dat het inschatten van de motivatie niet altijd gemakkelijk is. Het is belangrijk de patiënt zo open mogelijk te bevragen om de eigen beweegredenen te achterhalen – hetgeen waarschijnlijk een betere inschatting van de motivatie toelaat. Mijn motivationele gespreksvoering bijschaven en verder inoefenen wordt een belangrijk aandachtspunt.

De brieven van de diëtiste toonden mij de meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking: de ervaring en expertise ontbreekt ons in dit domein. Samenwerken kan het best met vaste partners in een intervisiegroep.

Besluit

Om te proberen het probleem van obesitas aan te pakken in de huisartsenpraktijk, werd getracht een onderbouwd stappenplan te gebruiken. Uit dit project kan men volgende conclusies trekken.

Ten eerste bleek het volledige stappenplan moeilijk toepasbaar te zijn in de dagdagelijkse praktijk. Patiënten zijn hiertoe niet voldoende (lang) gemotiveerd. Meer onderzoek is nodig om te zien hoe de huisarts korte interventies kan doen bij de gemotiveerde én niet gemotiveerde patiënt.

Ten tweede toonde dit project de meerwaarde van samenwerking met de diëtiste aan: de gemotiveerde patiënten die naar de diëtiste gingen behaalden een beter resultaat.

Als laatste concluderen we dat de aanpak van obesitas of overgewicht in geval van comorbiditeit een intensieve en multidisciplinaire aanpak vergt. Verdere inspanningen zijn nodig om multidisciplinair samen te werken te faciliteren.

Referenties

1 Van der Heyden J., Gisle J., Demarest J. et al.”Gezondheidsenquête België, 2008,” Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel, 2010.
2 Obesity and Overweight. Fact sheet N° 311. Maart 2013. World Health Organisation. Beschikbaar via: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/. Geraadpleegd 2013 april 23.
3 Van Royen P., Bastiaens H., D’Hondt A. et al. Overgewicht en Obesitas bij Volwassenen in de Huisartspraktijk. Huisarts Nu 2006; 35(3): 118-140.
4 Van Binsbergen J.J., Langens F.N.M., Dapper A.L.M. et al. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010:53(11):609-25.
5 Eetexpert, “Herkenning en aanpak van Overgewicht en Obesitas: draaiboek voor huisartsen”, 2013.
6 Freedhoff Y., Sharma A.M. Best Weight. A practical guide to office-based obesity management. Canadian Obesity Network 2010.
7 Northern Health Position on Health, Weight and Obesity. July 27 2012.
8 Gray L.J., Coope N., Dunkley A. et al. A systematic review and mixed treatment comparison of pharmacological interventions for the treatment of obesity. Obes Rev 2012 Jun;13(6):483-98.
9 Bacon L., Aphramor L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. Nutr J, 10(9): 1-13.
10 Bosomworth N.J. The downside of weight loss: Realistic intervention in body-weight trajectory. Can Fam Physician 2012;58:517-23.
11 Preti A., Girolamo G., Vilagut G. et al. Investigators: The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. J Psychiat Res 2009; 43(14): 1125-1132.
12 Bleich S.N., Bennett W.L., Gudzune K.A. et al. Impact of Physician BMI on Obesity Care and Beliefs. Obesity 20, 999-1005.
13 Karasu S.R. Of Mind and Matter: Psychological Dimensions in Obesity. Am J Psychother 2012;66(2):111-28.
14 Flegal K.M., Kit B.K., Orpana H. et al. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2013 Jan 2;309(1):71-82.
15 Carey V.J., Walters E.E., Colditz G.A. et al. Body Fat Distribution and Risk of Non-lnsulin-dependent Diabetes Mellitus in Women: The Nurses' Health Study. Am J Epidemiol 1997;145:614-19.
16 Pischon T., Boeing H., Hoffmann K. et al. General and Abdominal Adiposity and Risk of Death in Europe. N Engl J Med 2008;359:2105-20.
17 Boland B., Christiaens T., Godderis G. et al. Globaal Cardiovasculair Risicobeheer. Huisarts Nu 2007;36(7):339-369.
18 Sharma A. The M & Ms of Obesity Assessment. Beschikbaar via: www.drsharma.ca/sharma-mnemonic-the-m-ms-of-obesity-assessment.html. Geraadpleegd 2013 april 23.
19 Wu M.C., Yang Y.C., Wu J.S. et al. Short sleep duration associated with a higher prevalence of metabolic syndrome in an apparently healthy population. Prev Med 55 (2012) 305–309.
20 Van Roey A., Aertgeerts B., Celen H. et al. Keuring van jonge, competitieve sporters in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu juli 2011; 40(6).
21 Himes S.M., Thompson J.K. Fat stigmatization in television shows and movies: a content analysis. Obesity 2007; 15:712–718.
22 Schwartz M.B., O’Neal H., Brownell K.D. et al. Weight bias among health professionals specializing in obesity. Obes Res 2003;11:9.
23 Foster G.D., Wadden T.A., Makris A.P. et al. Primary care physicians’ attitudes about obesity and its treatment. Obes Res 2003; 11(10):1168–1177.
24 Carryer J. Embodied largeness: a significant women’s health issue. Nurs Inq 2001; 8(2): 90–97.

25 Padwal R.S., Pajewski N.M., Allison D.B. et al. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. CMAJ. 2011;183:E1059-66.
26 Vlaamse consensustekst in verband met evenwichtige voeding en beweging, ten behoeve van zorgverstrekkers. Brussel: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012.
27 Thorp A.A., Owen N., Neuhaus M. et al. Sedentary Behaviors and Subsequent Health Outcomes in Adults: A Systematic Review of Longitudinal Studies, 1996–2011. Am J Prev Med 2011;41(2):207–215.
28 Núñez-Córdoba J.M., Bes-Rastrollo M., Pollack K.M. et al. Annual Motor Vehicle Travel Distance and Incident Obesity. A Prospective Cohort Study. Am J Prev Med 2013;44(3):254 –259.
29Owen N., Sugiyama T., Eakin E.E. et al. Adults' sedentary behavior: Determinants and interventions. Am J Prev Med 2011; 41:189-196.
30 Goldstein D.J. Beneficial effects of modest weight loss. Int J Obes Relat Metab Disord 1992; 16(6):397–415.
31 Foster G.D., Wadden T.A., Vogt R.A. et al. What Is a Reasonable Weight Loss? Patients' Expectations and Evaluations of Obesity Treatment Outcomes. J Consult Clin Psychol 1997; 65(1):79–85.
32 Byrne S., Cooper Z., Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. Int J Obesity 2003; 27:955–962.
33 Jogova M., Campbell A., Chanoine J.P. Do families and physicians have divergent weight management outcome expectations? Beschikbaar via: www.obesitynetwork.ca/files/Tropic750_Sept_2012_2.pdf. Geraadpleegd 2013 april 23.
34 Cleland R.L., Gross W.C., Koss L.D. et al. Federal Trade Commission (FTC). Weight-loss advertising: An analysis of current trends: A Federal Trade Commission Staff Report. Beschikbaar via: www.ftc.gov/bcp/reports/weightloss.pdf. Geraadpleegd 2013 april 23.
35 Shaw K.A., Gennat H.C., O'Rourke P. et al. Exercise for overweight or obesity. Cochrane Review 2009 januari 21.
36 Burke L.E., Wang J., Sevick M.A. Self-Monitoring in Weight Loss: A Systematic Review of the Literature. J Am Diet Assoc. 2011;111:92-102.
37 Acharya S.D., Elci O.U., Sereika S.M. et al. Using a Personal Digital Assistant for Self-Monitoring Influences Diet Quality in Comparison to a Standard Paper Record among Overweight/Obese Adults J Am Diet Assoc. 2011;111:583-588.
38 Wieland L.S., Falzon L., Sciamanna C.N. et al. Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight or obese people. Cochrane Review 2012 augustus 15.
39 Elfhag K., Rossner S. Initial weight loss is the best predictor for success in obesity treatment and sociodemographic liabilities increase risk for drop-out. Patient Educ Couns 79 (2010) 361–366.
40 Kim J., Park S.K., Lim Y.J. Analysis of the Factors Affecting the Succes of Weight Reduction Programs. Yonsei Med J: Vol 48(1)2007:24-28.
41 Finkler E., Heymsfield S.B., St-Onge M.P. Rate of weight loss can be predicted by patient characteristics
and intervention strategies. J Acad Nutr Diet. 2012 January ; 112(1): 75–80.
42 Lakshman R., McConville A., How S. et al. Association between area-level socioeconomic deprivation and a cluster of behavioural risk factors: cross-sectional, population-based study. J Public Health 2010; 33(2):234–245.
43 VigeZ. Mijn actieve voedingsdriehoek: doe de test. Beschikbaar via: www.vig.kanker.be/start.aspx?lid=2. Geraadpleegd 2013 april 23.

Bijlagen

Bijlage 1: Begeleidende informatiebrief

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van haar master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Leen Nouwen een onderzoek naar een efficiënte behandeling van obesitas (zwaarlijvigheid) in de eerste lijn. Dit onderzoek gebeurt in de periode van mei 2012 tot en met september 2012, onder toezicht van de K U Leuven.

De bedoeling is om een stappenplan in verband met obesitas toe te passen in de huisartspraktijk. De patiënten worden hiervoor in kaart gebracht en nadien wordt een behandelplan op maat voorgesteld. Een verwijzing naar andere hulpverleners in de eerste lijn (bijvoorbeeld de diëtiste) is zeker mogelijk.

Het uiteindelijke doel is om een kwalitatieve, langdurige opvolging te bieden aan mensen met problemen van obesitas en een gezondere levensstijl aan te moedigen.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal de arts U onderzoeken en opvolgen volgens een stappenplan (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.

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. Leen Nouwen

Dr. Olga Van de Vloed

Bijlage 2: Toestemmingsformulier (informed consent)

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: BMI en buikomtrek

BMI

BMI: Body Mass Index = gewicht [kg] / (lengte [m] x lengte [m])

Voor volwassenen worden onderstaande waarden gebruikt[1].

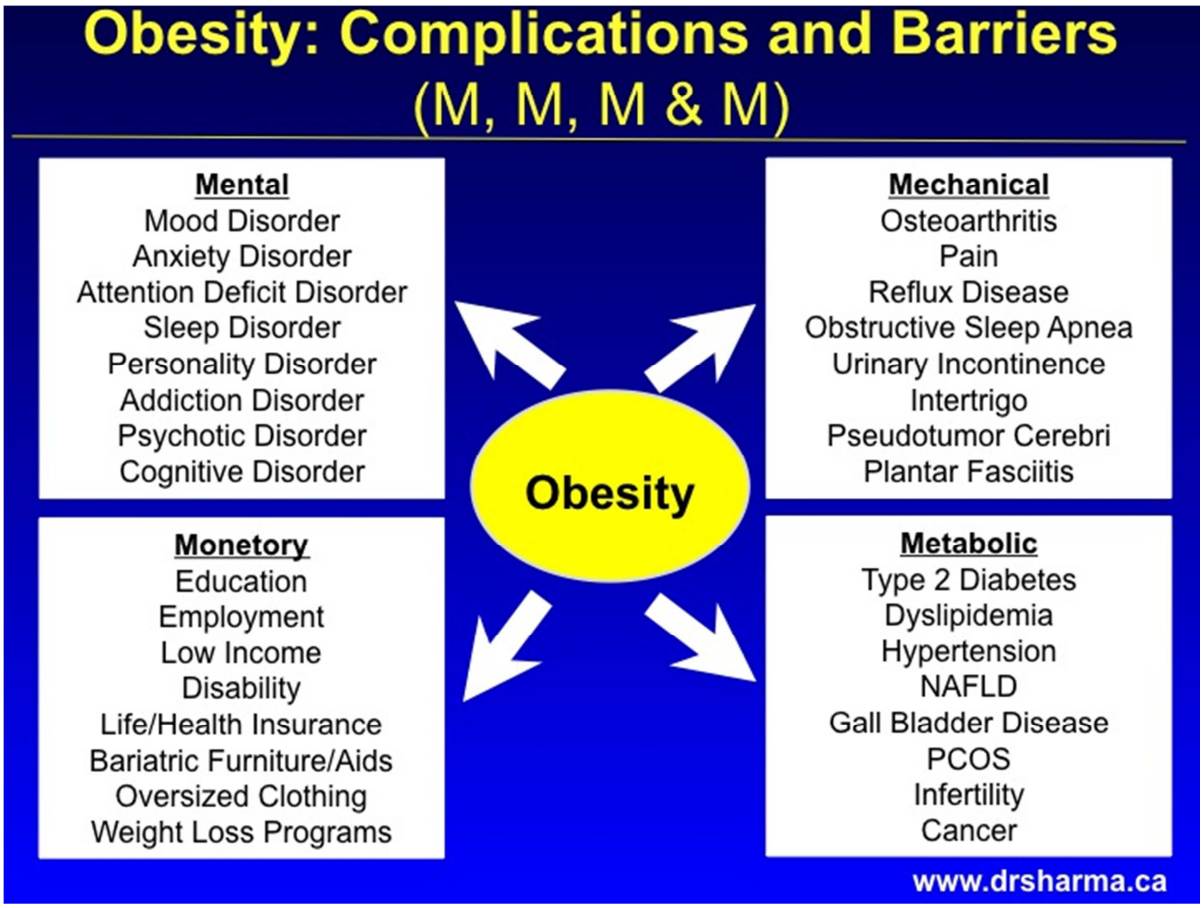
BMI < 16	Extreem ondergewicht
BMI 16 – 18,5	Ondergewicht
BMI 18,5 – 25	Normaal gewicht
BMI 25 – 30	Overgewicht
BMI 30 - 35	Obesitas klasse 1
BMI 35 – 40	Obesitas klasse 2
BMI ≥ 40	Obesitas klasse 3, Morbide Obesitas

Buikomtrek

Voor volwassenen worden onderstaande waarden gebruikt (op basis van de WHO richtlijnen)[2].

	Mannen	Vrouwen
Normale buikomvang	≤ 94 cm	≤ 80 cm
Vergrote buikomvang	94 – 102 cm	80 – 88 cm
Ernstig vergrote buikomvang	≥ 102 cm	≥ 88 cm

Bijlage 4: De 4 M's

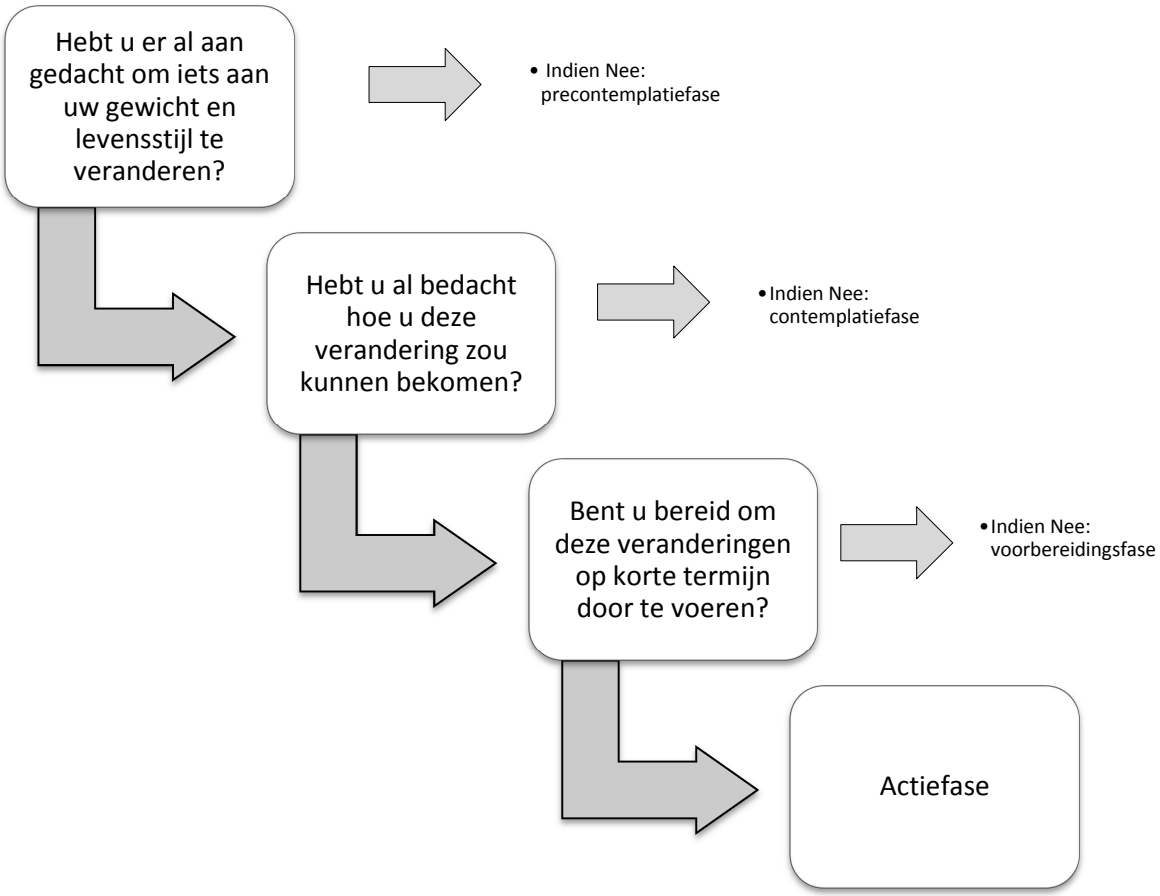


[1] "Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry". WHO Technical Report Series 854: 9.
[2] Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, 2008, p34.

Bijlage 5: Inschatting gezondheidsrisico volgens het Edmonton Obesity Staging System (EOSS)

Stadium 0	- Geen gewichtsgerelateerde risicofactoren; EN - Geen lichamelijke symptomen; EN - Geen psychologische symptomen; EN - Geen weerslag op welzijn; EN - Geen functionele beperkingen
Stadium 1	- Subklinische gewichtsgerelateerde 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	- Gewichtsgerelateerde 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 - Ernstige psychologische symptomen - Ernstige functionele beperkingen - Ernstige weerslag op welzijn
Stadium 4	- Zeer ernstige gewichtsgerelateerde co-morbiditeit in eindstadium - Zeer ernstige invaliderende gewichtsgerelateerde psychologische symptomen - Zeer ernstige functionele beperkingen

Bijlage 6: Inschatten motivationeel stadium volgens Prochaska en di Clemente



Bijlage 7: DSM-IV criteria van een vreetbuistoornis

1. Herhaalde episodes van eten:
    a. in een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) een overmatige hoeveelheid voedsel eten.
    b. Gevoel van controleverlies of gebrek aan controle over het eten (gevoel dat men niet kan stoppen met eten of kan controleren hoeveel men eet).
2. De episodes van eten zijn verder geassocieerd met minimum 3 van de volgende criteria:
    a. Veel sneller eten dan normaal.
    b. Eten tot men zich oncomfortabel vol voelt.
    c. Grote hoeveelheden eten terwijl men zich fysiek niet hongerig voelt.
    d. Alleen eten omdat men zich schaamt over de hoeveelheid.
    e. Walgen van zichzelf, zich depressief of erg schuldig voelen na het overeten.
3. Er is een duidelijk onaangename spanning aanwezig over deze eetbui.
4. De eetbui komt gemiddeld voor ten minste 2 dagen per week gedurende 6 maanden.
5. De eetbui is niet geassocieerd met het regelmatig gebruik van onaangepast of ondoeltreffend compensatorisch gedrag (braken, purgeren, vasten, excessieve lichamelijke beweging) en komt niet exclusief voor tijdens het verloop van anorexia nervosa of boulimia nervosa.

Bijlage 8: Overzicht consulten per patiënt

Patiënt 1

Consult 0+1 (06/03/2012)

Leeftijd (jaar)	45
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Ja
Extern eten	Neen
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Ja
Beweging	Wandelen naar bus + met moeder
Comorbiditeit	Pijnlijke knieën/voeten (artrose?)
Motivatie	Actiefase
Lengte (m)	1,71
Gewicht (kg)	79
BMI (kg/m²)	27
Buikomtrek (cm)	??
Bloeddruk (mmHg)	135/80
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	01/03/2011

Consult 2+3 (15/03/2012 en 26/03/2012)

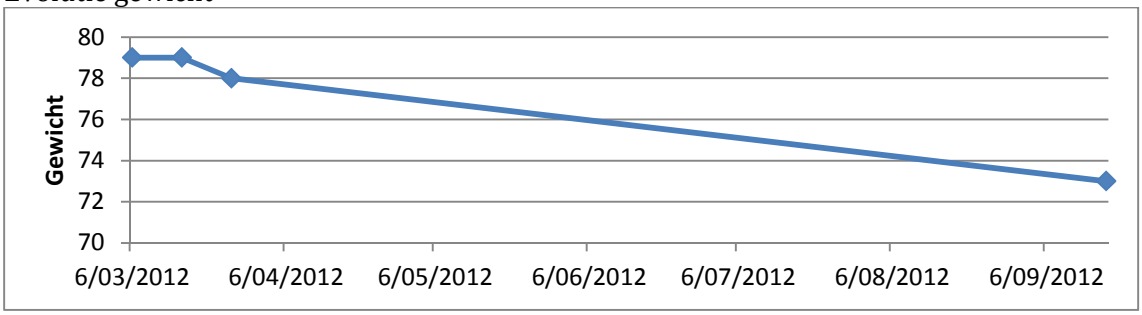
Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Ja	Ja (+brief)	Ja	79	243	280	64	0%

Follow-up

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
18/09/2012	73 kg	?	opvolging diëtiste	Wandelen moeilijk (voeten)		

Evaluatie consult: geen

Evolutie gewicht



Patiënt 2

Consult 0+1 (22/03/2012)

Leeftijd (jaar)	51
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Neen
Extern eten	Neen
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Ex-roker
Beweging	Wandelen met partner
Comorbiditeit	Hyperlipidemie, Beperkt AMI in '99
Motivatie	Actiefase
Lengte (m)	1,64
Gewicht (kg)	84
BMI (kg/m²)	31,2
Buikomtrek (cm)	??
Bloeddruk (mmHg)	105/80
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	13/07/2011

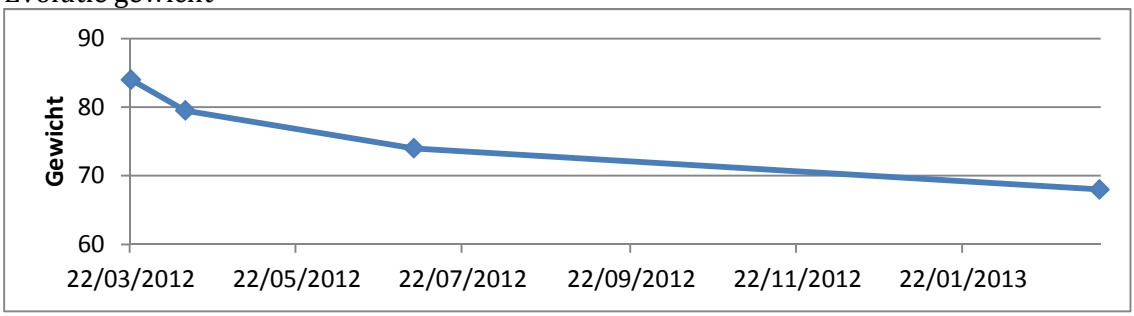
Consult 2+3 (26/03/2012)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Ja	Ja (+brief)	Ja	85	170	190	58	>10%

Follow-up/evaluatie

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
11/04/2012	79,5 kg	100/70	opvolging diëtiste	Wandelen		
04/07/2012	74 kg	90/65	Lukt goed om de porties te beperken	Bijna dagelijks 30 min wandelen	/	Is tevreden!
13/03/2013 EVALUATIE	68 kg	95/60	Gaat nog naar diëtiste, eet veel groenten	Wandelt elke dag 30 min, 1x/week langer	Geen: streefgewicht bereikt!	Veranderingen volhouden

Evolutie gewicht



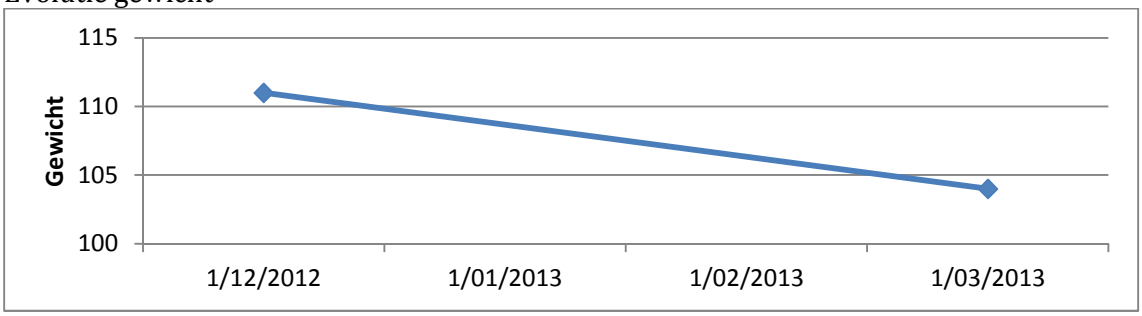
Patiënt 3

Consult 0+1 (25/01/2013)

Leeftijd (jaar)	34
Geslacht	vrouw
Emo-eter	Ja
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Ja
Roken?	Neen
Beweging	Geen
Comorbiditeit	Diabetes Mellitus
Motivatie	Contemplatiefase
Lengte (m)	1,68
Gewicht (kg)	111
BMI (kg/m²)	39,3
Buikomtrek (cm)	109
Bloeddruk (mmHg)	120/70
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	13/12/2012

Follow-up in tweede lijn: patiënte vraagt zelf naar gastric bypass. Via endocrinoloog: geen goed idee wegens nog veel drang naar zoet!

Evolutie gewicht



Patiënt 4

Consult 0+1 (25/05/2012)

Leeftijd (jaar)	23
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Ja
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Neen
Beweging	Intermittent joggen/fietsen
Comorbiditeit	Geen
Motivatie	Actiefase
Lengte (m)	1,58
Gewicht (kg)	81
BMI (kg/m²)	32,4
Buikomtrek (cm)	??
Bloeddruk (mmHg)	120/70 (14/06/12)
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	15/03/2011: laatste volledige bloedname

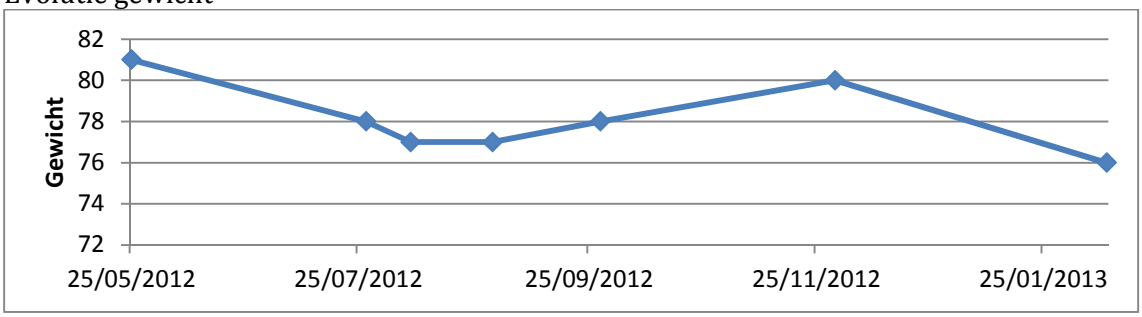
Consult 2+3 (20/07/2012)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Proteïnedieet op eigen initiatief	Neen	Ja: fietsen en joggen	77	205	214	56	0%

Follow-up/evaluatie

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
27/07/2012	78 kg	110/70				
08/08/2012	77 kg	100/60				
30/08/2012	77 kg	120/70	Niet goed (vakantie)	?	gezond blijven eten	
28/09/2012	78 kg	120/70				
30/11/2012	80 kg			fitnessen 2x/week	Emo-eter	
11/02/2013	76 kg	100/60				

Evolutie gewicht



Patiënt 5

Consult 0+1 (11/06/2012 + 25/06/2012)

Leeftijd (jaar)	61
Geslacht	Man
Emo-eter	Neen
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Ex-roker (1973)
Beweging	Fietsen 1-2x/week, tuinwerk, wandelen 30-60min/dag
Comorbiditeit	Arteriële hypertensie
Motivatie	Actiefase
Lengte (m)	1,70
Gewicht (kg)	90
BMI (kg/m²)	31,1
Buikomtrek (cm)	105
Bloeddruk (mmHg)	130/80
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	25/06/2012

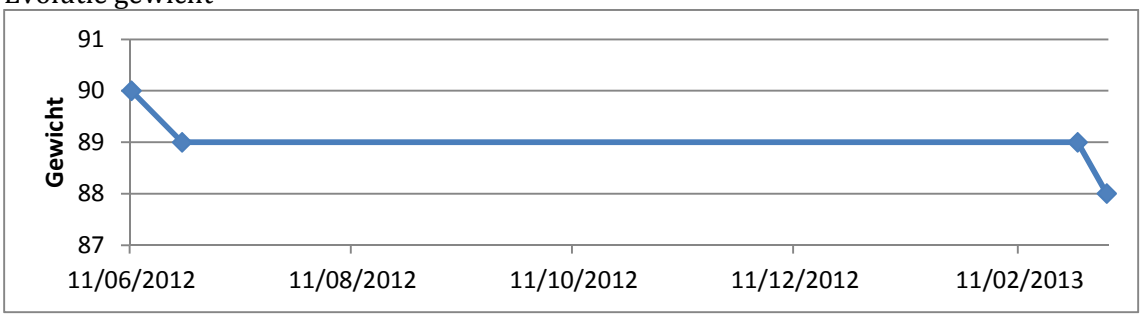
Consult 2+3

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Ja	Neen	Idem verder!	98	163	195	43	4%

Follow-up/evaluatie

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
27/02/2013 EVALUATIE	89 kg	130/90	Vrij goede porties	Fysiek werk (bouwen, in de tuin werken) 6u / dag, terug wandelen of fietsen bij mooi weer		

Evolutie gewicht



Patiënt 6

Consult 0+1 (25/05/2013)

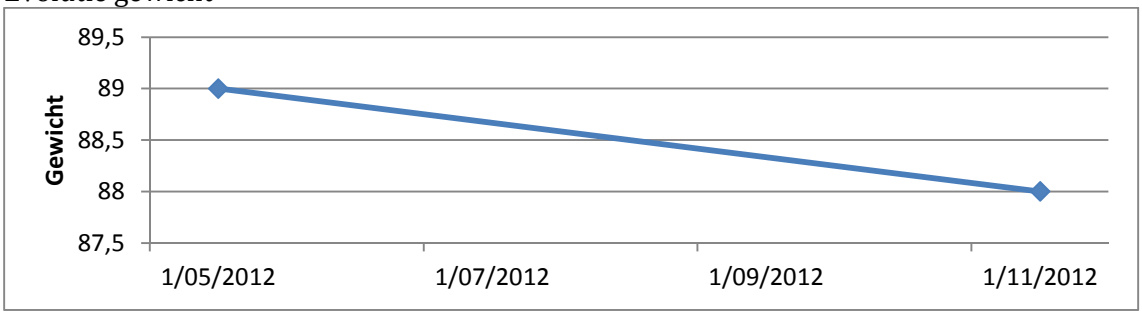
Leeftijd (jaar)	59
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Neen
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Ex-roker (stop juni 2011)
Beweging	Weinig
Comorbiditeit	VG borstCa
Motivatie	Contemplatie
Lengte (m)	1,62
Gewicht (kg)	89
BMI (kg/m²)	33,9
Buikomtrek (cm)	114
Bloeddruk (mmHg)	120/80 (30/03/2012)
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	17/02/2012: geen lipidenprofiel

Consult 2+3 (30/11/2012)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Geen	Twijfelt	Wandelen, yoga	113	?	?	?	1-2%

Follow-up: Geen verdere consulten

Evolutie gewicht



Patiënt 7

Consult 0+1 (12/09/2012)

Leeftijd (jaar)	60
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Neen
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Ex-roker (2008)
Beweging	Veel wandelen
Comorbiditeit	Neen
Motivatie	Actiefase
Lengte (m)	1,74
Gewicht (kg)	100
BMI (kg/m²)	33
Buikomtrek (cm)	??
Bloeddruk (mmHg)	125/65
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	14/03/2012 (nieuwe op 30/01/2013: subklinische hyperthyroidie)

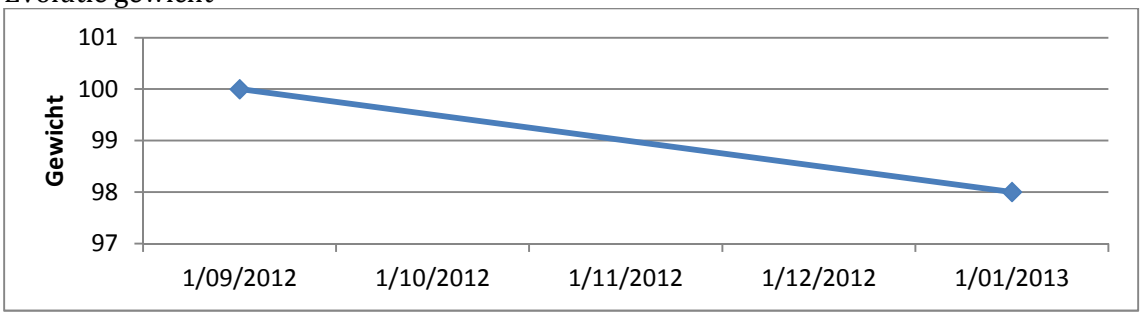
Consult 2+3 (30/01/2013)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Neen	Neen (weet hoe ze moet eten, vooral wilskracht nodig)	Verder wandelen	86	118	272	84	2%

Follow-up/evaluatie

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
30/01/2013 EVALUATIE	98 kg	130/80	proberen op eten letten		Snoepen laten	

Evolutie gewicht



Patiënt 8

Consult 0+1 (18/07/2012)

Leeftijd (jaar)	25
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Neen
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Neen
Beweging	Dagelijks fitness programma via WII
Comorbiditeit	Arteriële hypertensie
Motivatie	Actiefase
Lengte (m)	1,72

Gewicht (kg)	77
BMI (kg/m²)	26
Buikomtrek (cm)	?
Bloeddruk (mmHg)	120/70
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	18/07/2012: Geen lipiden!

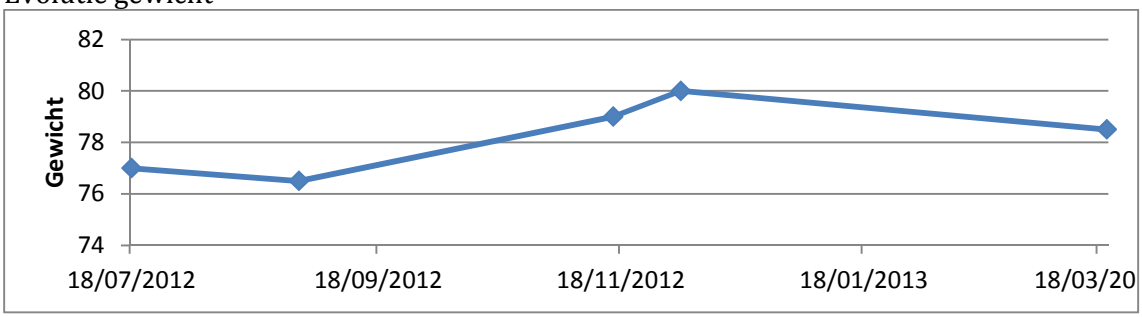
Consult 2+3 (18/07/2013)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Neen	Neen, zelf geen snoep of frisdrank meer	Verder WII	78	?	?	?	0%

Follow-up

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
29/08/2012	76,5 kg	140/100	?	?	?	?
20/02/2013	78,5 kg	180/105	Heeft het snoepen opnieuw beter onder controle	Hometrainer, WII niet meer		

Evolutie gewicht



Patiënt 9

Consult 0+1 (13/08/2012)

Leeftijd (jaar)	46
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Neen
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Niet-roker
Beweging	Tijdje gefitnesst, nu niet meer
Comorbiditeit	Neen
Motivatie	Voorbereidingsfase
Lengte (m)	1,63
Gewicht (kg)	83
BMI (kg/m²)	31,2
Buikomtrek (cm)	?
Bloeddruk (mmHg)	110/60
Afwijkingen klinisch onderzoek	?
Laatste bloedonderzoek	14/12/2010

Follow-up: geen verdere consulten

Patiënt 10

Consult 0+1 (12/07/2012)

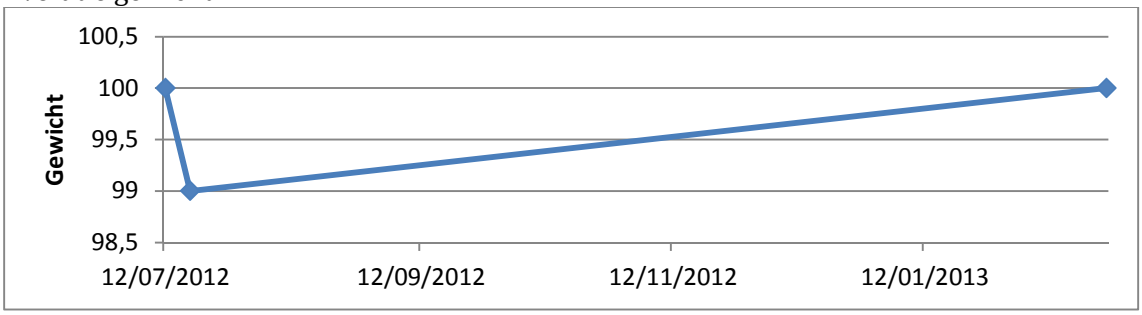
Leeftijd (jaar)	62
Geslacht	Man
Emo-eter	? (moeilijk door taalprobleem)
Extern eten	?
Eetstoornis?	Waarschijnlijk niet?
Roken?	Neen
Beweging	Wandelen
Comorbiditeit	Arteriële hypertensie
Motivatie	Contemplatiefase
Lengte (m)	1,65
Gewicht (kg)	100
BMI (kg/m²)	36,7
Buikomtrek (cm)	124
Bloeddruk (mmHg)	120/70
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	18/07/2012

Consult 2+3 (18/07/2012)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Neen	Neen	Extra wandelen	107	290	168	39	4%

Follow-up: geen consulten meer

Evolutie gewicht



Patiënt 11

Consult 0+1 (20/07/2012)

Leeftijd (jaar)	41
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Neen?
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Niet-roker
Beweging	Wandelen
Comorbiditeit	Geen
Motivatie	Actiefase
Lengte (m)	1,58
Gewicht (kg)	88
BMI (kg/m²)	35,3
Buikomtrek (cm)	111

Bloeddruk (mmHg)	120/70
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	10/08/2012

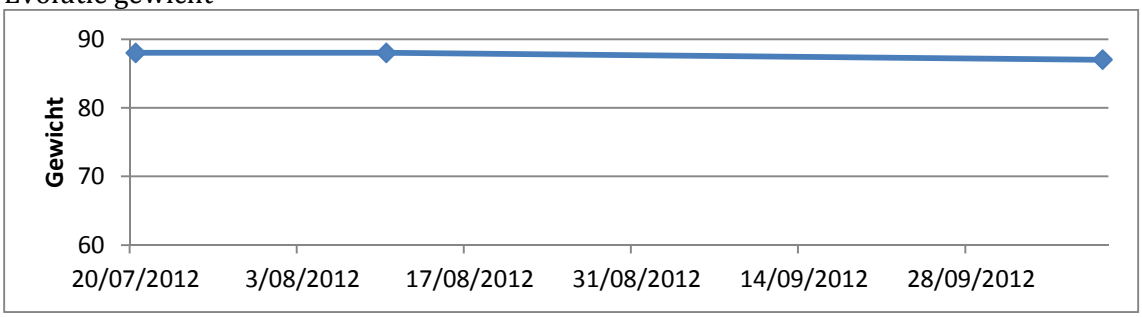
Consult 2+3 (10/08/2012)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Neen	Neen	Verder wandelen	90	136	147	36	0%

Follow-up

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
09/10/2012	87 kg	145/75	Ramadan, soep zonder vlees	?	?	

Evolutie gewicht



Patiënt 12

Consult 0+1 (13/02/2012)

Leeftijd (jaar)	44
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Ja
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Ex-roker (enkele jaren gestopt)
Beweging	Wandelen, hometrainer, trap lopen
Comorbiditeit	Artrose, gestoorde nuchtere glycemies
Motivatie	Actiefase
Lengte (m)	1,67
Gewicht (kg)	75
BMI (kg/m²)	26,9
Buikomtrek (cm)	104 cm
Bloeddruk (mmHg)	120/85
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	13/02/2012

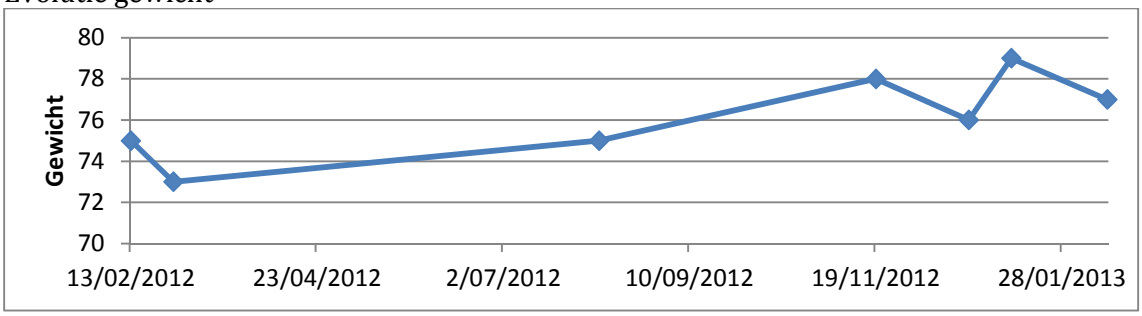
Consult 2+3 (15/02/2012)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Ja	Ja (27/12)	Ja	121	114	188	53	0%

Follow-up/evaluatie

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
29/02/2012	73 kg	110/70	Zoetjes ipv suiker, kleinere porties, fruit als tussendoortje	Veel wandelen, trap lopen, hometrainer (4x15')	Nog veel zin in snoep	Betere eetgewoonten
07/08/2012	75 kg	110/70	Veel water gedronken, geen frisdrank of snoep	Veel gewandeld	Last van de knie: moeilijker wandelen	Niet snoepen
19/11/2012	78 kg		Opnieuw oppassen, kleinere porties, geen tussendoortjes	Elke dag stappen of fietsen op hometrainer	Overbelastings-pijn	Eten, veel water
24/12/2012	76 kg	120/70	Zeer weinig snoepen, geen cola of redbull	Veel wandelen, huishouden	Veel stress	
09/01/2013	79 kg		1x warm, 2x brood, tussendoor: yoghurt, soms fruit	Hometrainer enkele keren per dag, vrouwenfitness	Eigen motivatie	
14/02/2013 EVALUATIE	77 kg	110/80 mmHg Omtrek 104 cm	2x bij diëtiste geweest. Drinkt veel water, fruit als tussendoortje	Dagelijks minimum 10 min fietsen.	Veel honger en nog drang naar zoet (vooral in sociale situaties/winkel)	Snoept toch al 2 weken niet meer!

Evolutie gewicht



Patiënt 13

Consult 0+1 (18/06/2012)

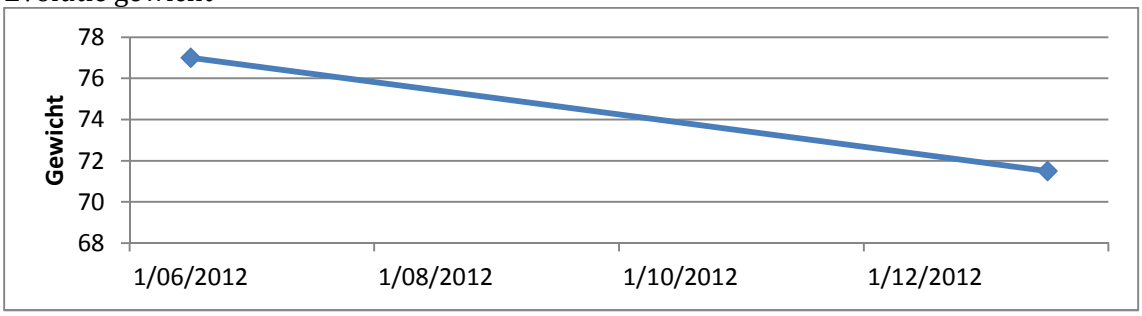
Leeftijd (jaar)	44
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Neen
Extern eten	Neen
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Roker 10-15 sigaretten/dag
Beweging	Poetsen in huis
Comorbiditeit	Geen
Motivatie	Precontemplatiefase
Lengte (m)	1,60
Gewicht (kg)	77
BMI (kg/m²)	30,1
Buikomtrek (cm)	100
Bloeddruk (mmHg)	130/80
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	15/03/2012

Consult 2+3: geen

Follow-up

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
15/01/2013	71,5 kg	120/70	Niet veranderd	Huishoudelijk werk	Roken (< ½ pakje/d)	

Evolutie gewicht



Patiënt 14

Consult 0+1 (09/07/2012)

Leeftijd (jaar)	63
Geslacht	vrouw
Emo-eter	Ja
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Roker: 1 pakje/dag
Beweging	Wandelen, poetsen
Comorbiditeit	Arteriële hypertensie
Motivatie	Voorbereidingsfase
Lengte (m)	1,58
Gewicht (kg)	78
BMI (kg/m²)	31,2
Buikomtrek (cm)	104 cm
Bloeddruk (mmHg)	130/80
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	15/03/2012

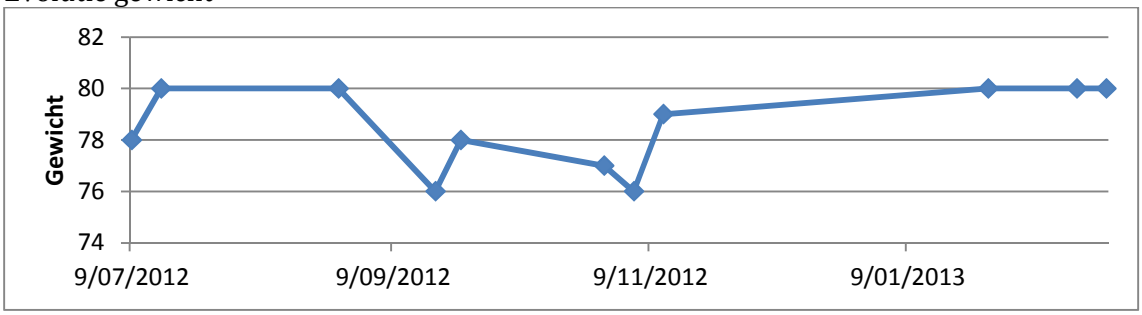
Consult 2+3: 16/07/2012

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Niet gelukt	Neen (geld, “geen honger lijden”)	wandelen en poetsen	85	180	177	51	7,5% (F+, dus x1.5)

Follow-up/evaluatie

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
19/09/2012	76	120/80	/	/	/	/
25/09/2012	78	120/80	/	/	/	/
29/10/2012	77	130/80		Elke dag wandelen, andere buitenactiv.	Geen fut	/
05/11/2012	76		geen snoep / chips, veel water	wandelen	Na lange wandeling: spierpijn	geen frisdrank
12/11/2012	79	130/80	/	/	/	/
28/01/2013	80	125/80				
25/02/2013 EVALUATIE	80	140/85	Kan snoepen niet laten (nu zoutstokjes)	Weer meer wandelen als beter weer	Stoppen met roken gaat niet! Veel andere problemen.	Wel nog steeds gemotiveerd

Evolutie gewicht



Patiënt 15

Consult 0+1 (20/06/2012)

Leeftijd (jaar)	58
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Ja
Extern eten	Neen
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Ja: niet elke dag
Beweging	Wandelen 3x/Week 1u15 min (nordic walking)
Comorbiditeit	Hypertensie
Motivatie	Actiefase
Lengte (m)	1,65
Gewicht (kg)	78
BMI (kg/m²)	28,7
Buikomtrek (cm)	97
Bloeddruk (mmHg)	140/80
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	27/06/2012

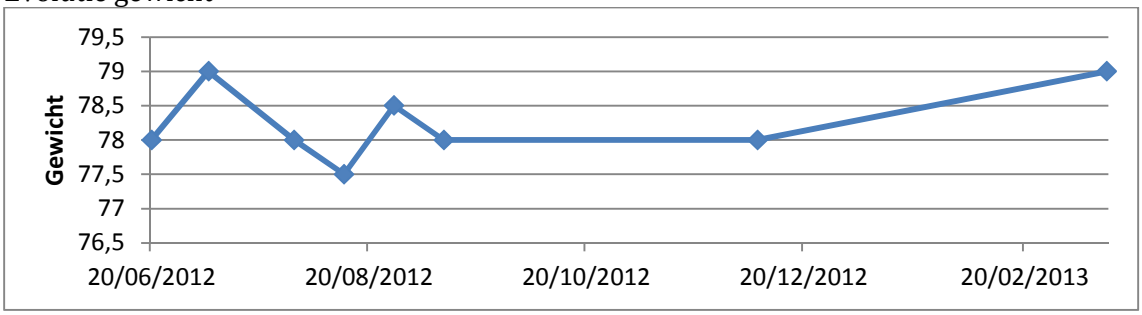
Consult 2+3 (27/06/2012)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Ja	Neen (wel website ViGez)	Ja	103	289	237	38	5%

Follow-up

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
06/07/2012	79	?	magere yoghurt of boterham ipv koek ViGez: teveel vetten	Wandelen gaat terug beter (knie)	's nachts niet eten	
16/07/2012	?	?	verder website gebruiken, grillen ipv bakken	Wandelen en fietsen	Koek 's nachts	
30/07/2012	78	125/80	Heeft op eten gelet		Koek 's nachts	
13/08/2012	77,5	?	's nachts yoghurt en koek	Wandelen: 3x / week 1u, fiets als vervoer	Koek 's nachts	
27/08/2012	78,5	150/100	/	/	/	/
10/09/2012	78	140/80		Gestart met Q life		
19/10/2012			Minder koeken	Q-life 2x/week en wandelen		
07/12/2012	78	140/85	Blijft 's nachts koeken eten		Medicatie en eten 's nachts	
18/01/2013				Q life 2 vaste dagen		

Evolutie gewicht



Patiënt 16

Consult 0+1 (13/06/2012+05/07/2012)

Leeftijd (jaar)	57
Geslacht	Man
Emo-eter	Ja (bij stress)
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Neen
Beweging	Fitness min 2-3x/week, karate min 2x/week, fietsen (15-17 km). Minimum 30 min beweging per dag
Comorbiditeit	Hypertensie
Motivatie	Actiefase
Lengte (m)	1,65
Gewicht (kg)	79
BMI (kg/m²)	29
Buikomtrek (cm)	96
Bloeddruk (mmHg)	110/70
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	13/06/2012

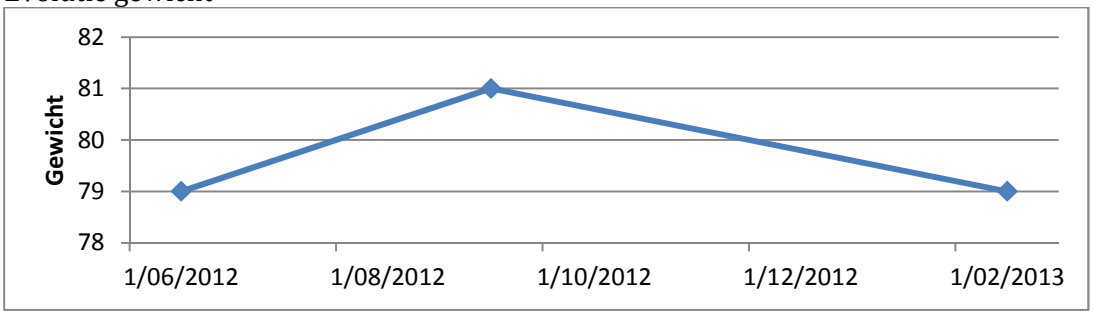
Consult 2+3 (19/07/2012)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Ja	Neen: zelf gezonder eten	Blijven volhouden	87	93	233	63	3%

Follow-up/evaluatie

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
21/09/2012	81	130/70	Na de vakantie opnieuw meer snoepen	4x/week karate training	Veel problemen owv echtscheiding dochter	Blijven sporten Gaat opnieuw gezonder eten
08/02/2013 EVALUATIE	79	120/70	Door de drukte is gezond eten moeilijk	Regelmatig karate	Gezond eten	Sporten

Evolutie gewicht



Patiënt 17

Consult 0+1 (29/05/2012+31/05/2012)

Leeftijd (jaar)	61
Geslacht	vrouw
Emo-eter	Ja: zoekt troost in koolhydraten
Extern eten	?
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Neen
Beweging	Wandelen
Comorbiditeit	Hypertensie
Motivatie	Actiefase (mede door slaaponderzoek)
Lengte (m)	1,54
Gewicht (kg)	84
BMI (kg/m²)	35,4
Buikomtrek (cm)	101
Bloeddruk (mmHg)	125/70
Afwijkingen klinisch onderzoek	Neen
Laatste bloedonderzoek	31/05/2012

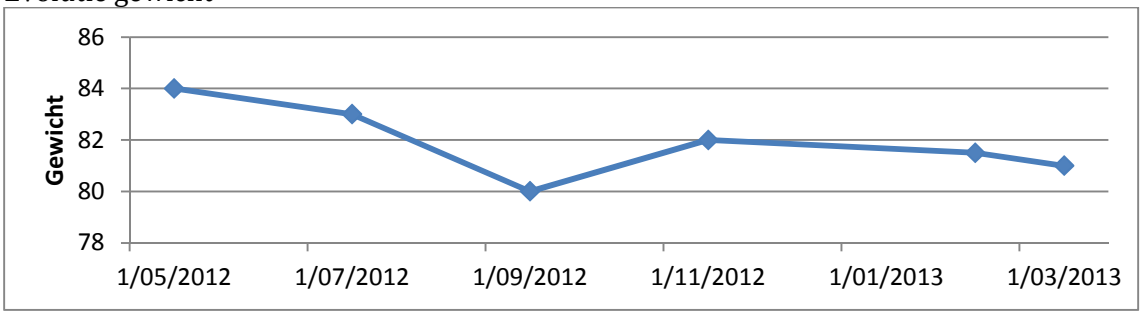
Consult 2+3 (05/07/2012)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Ja	Ja (+brief)	Proberen te wandelen	88	63	193	58	2%

Follow-up

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
10/09/2012	80	140/80	Al 3x bij diëtiste: begin moeilijk, nu goed	Moeilijker wandelen (pijn voet)	bewegen	Blijven volhouden
09/11/2012	82	120/80	Al 10tal dagen weer meer emotioneel eten	Meer binnen zitten en minder fietsen	Alleen wonen is vreemd	
15/02/2013 EVAL	81,5	120/80	Veel snoepen	Proberen meer te wandelen	’s avonds snoepen Mislukking huwelijk	
11/03/2013	81	130/80				

Evolutie gewicht



Patiënt 18

Consult 0+1 (16/08/2012)

Leeftijd (jaar)	52
Geslacht	vrouw
Emo-eter	Ja (zoet eten)
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Neen
Beweging	Fietsen naar werk
Comorbiditeit	?
Motivatie	Actiefase
Lengte (m)	1,62
Gewicht (kg)	110
BMI (kg/m²)	41,9
Buikomtrek (cm)	?
Bloeddruk (mmHg)	120/70
Afwijkingen klinisch onderzoek	Parese/paralyse waardoor startproblemen bij in beweging komen en ’s morgens
Laatste bloedonderzoek	23/03/2012

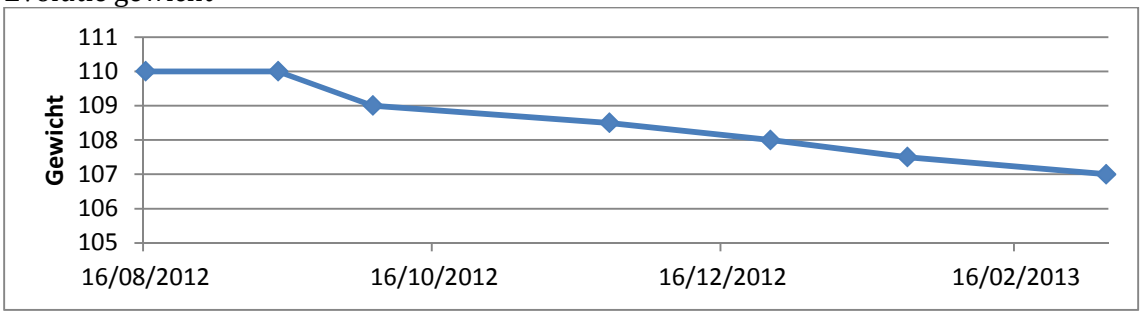
Consult 2+3 (13/09/2012)

Eetdagboek	Diëtiste?	Beweging	Bespreking bloedresultaten				10j CV risico
			Glycemie	Triglyceriden	Totaal cholesterol	HDL	
Neen	Neen, wel gegevens vroegere diëtiste	Kinesi-therapie	101	106	189	56	1%

Follow-up

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
03/10/2012	109	?	meer groenten en fruit sinds 1w	fiets als vervoer. Kine.	Meer onrust, psychisch moeilijker	Water ipv cola light
22/11/2012	108,5	?	?	Gestopt met kine	Prikkelbaar, piekeren	
26/12/2012	108	140/80	Snoept minder (koopt minder)	Gestart met kine		
24/01/2013	107,5	120/70		Weer gestopt met kine		Inzicht: zoet eten vermindert drang naar zoet niet
07/03/2013	107	120/80		Opnieuw bezig met kine		

Evolutie gewicht



Patiënt 19

Consult 0+1 (19/07/2012)

Leeftijd (jaar)	28
Geslacht	man
Emo-eter	Neen
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Neen
Roken?	Ja: 1 pakje/dag
Beweging	Geen
Comorbiditeit	Geen
Motivatie	Voorbereidingsfase
Lengte (m)	1,78
Gewicht (kg)	120
BMI (kg/m²)	37,9
Buikomtrek (cm)	?
Bloeddruk (mmHg)	140/70
Afwijkingen klinisch onderzoek	Geen
Laatste bloedonderzoek	19/07/2012

2e en 3e consult: niet

Follow-up

Datum	Gewicht	Bloeddruk	Eetgewoonten	Bewegen	Moeilijkheden	Wat lukt wel
12/09/2012	118	140/70	laatste weken gezonder gaan eten	Geen	Onregelmatig leven	

Patiënt 20

Consult 0+1 (26/02/2012)

Leeftijd (jaar)	54
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	Ja
Extern eten	Ja
Eetstoornis?	Zou kunnen
Roken?	?
Beweging	Geen?
Comorbiditeit	Geen?
Motivatie	Voorbereidingsfase
Lengte (m)	1,66?
Gewicht (kg)	83
BMI (kg/m²)	30?
Buikomtrek (cm) / Bloeddruk (mmHg)	?

2e en 3e consult: niet

Patiënt 21

Consult 0+1 (26/06/2012)

Leeftijd (jaar)	21
Geslacht	Vrouw
Emo-eter	?
Extern eten	?
Eetstoornis?	?
Roken?	
Beweging	Geen sport, wel huishoudelijk werk
Comorbiditeit	Geen
Motivatie	Precontemplatiefase
Lengte (m)	1,54
Gewicht (kg)	77
BMI (kg/m²)	32,5
Buikomtrek (cm)	?
Bloeddruk (mmHg)	?
Afwijkingen klinisch onderzoek	Geen

2e en 3e consult: niet

Patiënt 22

Consult 0+1 (26/06/2012)

Leeftijd (jaar)	20
Geslacht	man
Emo-eter	?
Extern eten	?
Eetstoornis?	?
Roken?	?
Beweging	Geen sport, verplaatsingen met auto
Comorbiditeit	Geen
Motivatie	Precontemplatiefase
Lengte (m)	1,65
Gewicht (kg)	84
BMI (kg/m²)	30,9
Buikomtrek (cm)	?
Bloeddruk (mmHg)	120/70
Afwijkingen klinisch onderzoek	Geen

2e en 3e consult: niet