Invloed van een minimale interventie op de motivatie tot levensstijlveranderingen bij volwassen patiënten met obesitas.

Elke De Breuck, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort

Praktijkopleider: Dr. Nele Van de Wiele

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUDSTAFEL

1 ABSTRACT 1

2 INLEIDING 2

2.1 DEFINITIE OBESITAS 2
2.2 ETIOLOGIE 3
2.3 GEVOLGEN VAN OBESITAS 4
2.4 PREVALENTIE OBESITAS 6
2.5 IMPACT OP GEZONDHEIDSZORG 7
2.6 DIAGNOSE VAN OBESITAS 8
2.7 EETSTOORNISSEN 11
2.8 BEHANDELING OBESITAS 14
2.8.1 Voorlichting 14
2.8.2 Dieetadvies 16
2.8.3 Bewegingsadvies 17
2.8.4 Medicatie 18
2.8.5 Chirurgie 19
2.9 MOTIVATIE VAN DE PATIËNT 19
2.10 MINIMALE INTERVENTIE 22
2.10.1 FRAMES 22
2.10.2 De vijf A's 23
2.10.3 De zelfdeterminatietheorie 24
2.10.4 Motivationeel interviewen 24
2.11 MINIMALE INTERVENTIE BIJ ROKEN 25
2.12 MINIMALE INTERVENTIE BIJ ALCOHOLMISBRUIK 26
2.13 MINIMALE INTERVENTIE BIJ OBESITAS 27

3 METHODOLOGIE 29

3.1 PATIËNTEN-INCLUSIE 29
3.2 OMSCHRIJVING VAN DE INTERVENTIE 29
3.3 LITERATUURSTUDIE 30
3.4 DATA-ANALYSE 30

4 RESULTATEN 31

4.1 BESCHRIJVENDE STATISTIEK 31
4.2 VERGELIJKENDE STATISTIEK 33

5 DISCUSSIE 35

6 CONCLUSIE 38

7 REFERENTIES 39

8 BIJLAGEN 1

8.1 INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER 1
8.2 VRAGENLIJST 2
8.3 GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE 3

1 Abstract

***Context**:* Overgewicht en obesitas zijn één van de belangrijkste gezondheidsproblemen in de Westerse maatschappij in de 21ste eeuw. De prevalentie van obesitas in Europa is sinds de jaren tachtig verdrievoudigd. Obesitas is geassocieerd met belangrijke complicaties en comorbiditeiten zoals diabetes mellitus type 2, metabool syndroom, cardiovasculaire aandoeningen, etc. Obesitas gaat dan ook gepaard met een verminderde levenskwaliteit en verhoogde mortaliteit. Een gewichtsdaling van vijf tot tien procent van het oorspronkelijke lichaamsgewicht over een periode van zes tot twaalf maanden is een haalbaar doel en brengt reeds een aanzienlijke gezondheidswinst met zich mee.
***Onderzoeksvraag**:* De opzet van dit praktijk verbeterend project is het in kaart brengen van de invloed van een minimale interventie toegepast in de huisartsenpraktijk op de motivatie tot levensstijlveranderingen bij volwassen patiënten met obesitas.
***Methode**:* Bij alle patiënten die op consultatie kwamen die een BMI groter dan 30 kg/m² hadden, werd de motivatiestatus bepaald en een minimale interventie gedaan. De motivatiestatus werd bepaald aan de hand van een motivationele vragenlijst en werd uitgedrukt volgens het model van Prochaska en Diclemente. Vervolgens werd bij al deze patiënten een minimale interventie uitgevoerd. Tijdens de volgende consultatie werd opnieuw de motivatiestatus nagegaan en werd bevraagd in welke mate de minimale interventie hen tot nadenken/actie aangezet had.
Resultaten: In totaal werden 15 patiënten geïncludeerd, op het moment van de eerste consultatie bevonden zeven hiervan zich in de voorbeschouwingsfase (46,67%), zes in de beschouwingsfase (40%) en twee in de actiefase (13,33%). Zes van deze 15 patiënten (40%) waren op het moment van de vervolgconsultatie geëvolueerd naar een verdere motivatiefase. Zeven patiënten (46,67%) gaven aan sinds de minimale interventie meer stilgestaan te hebben bij hun levensstijl en ook zeven patiënten gaven aan reeds aanpassingen gemaakt te hebben in de levensstijl.
Conclusies: Verschillende factoren beïnvloeden de moeizame inclusie van patiënten in een project rond de aanpak van obesitas. Ten eerste blijft het voor vele patiënten een gevoelig thema, ten tweede is er vaak een gebrek aan ziekte-inzicht en ten derde is er het tijdsgebrek. Om de motivationele interventie te kunnen integreren in de dagelijkse praktijkvoering dient de tijdsduur ervan beperkt te worden. Hiertoe lijkt het aangewezen de interventie te beperken tot enkele kernaspecten. Voor verdere uitwerking van comorbiditeiten en het kaderen binnen het cardiovasculair risicoprofiel kan verwezen worden naar een vervolgconsultatie.
De minimale interventie bij patiënten met obesitas kan een eerste stap in de goede richting zijn, maar dient aangevuld te worden met langdurigere begeleiding opdat deze zou leiden tot lange termijn effecten op het gewicht en de algemene gezondheidstoestand van deze populatie.

2 Inleiding

2.1 Definitie obesitas

De WHO definieert obesitas als een chronische ziekte waarbij een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam bestaat, dat het aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's.
Met deze definitie wijst de WHO op enkele belangrijke elementen:
- Obesitas is een ziekte en dus meer dan een ongemak.
- Deze ziekte is chronisch. Het is dus belangrijk voortdurend aandacht te hebben voor deze problematiek.
- De vetstapeling moet zodanig zijn dat het aanleiding geeft tot gezondheidsproblemen. Zowel de totale hoeveelheid lichaamsvet als de verdeling ervan zijn van belang. [1]

Obesitas wordt vastgesteld aan de hand van de 'body mass index '(BMI). Deze index wordt gedefinieerd als het quotiënt van het gewicht en het kwadraat van de lengte. Bij volwassenen wordt overgewicht gedefinieerd door een BMI van 25 kg/m² tot 29,9 kg/m² en obesitas door een BMI hoger of gelijk aan 30 kg/m² . Men spreekt van morbide obesitas wanneer het BMI 40kg/m² bedraagt of meer. [1-4]

Niet alleen de totale hoeveelheid lichaamsvet, maar ook de vetverdeling is van belang. Een abdominale vetafzetting, de zogenaamde 'appelvorm', is een belangrijke risicofactor voor onder andere diabetes en cardiovasculaire aandoeningen. Abdominale obesitas geeft grotere gezondheidsrisico's dan wanneer de vetafzetting voornamelijk ter hoogte van de heupen en dijen gelokaliseerd is, de zogenaamde 'peervorm'. [3]
Daarom wordt ook de buikomtrek als aanvullend criterium gebruikt om het gezondheidsrisico in te schatten. De 'body mass index' correleert namelijk slecht met de vetverdeling. Bij volwassenen kan men aan de hand van de BMI en de buikomtrek de mate van risico op comorbiditeit inschatten. Een grote buikomtrek is

tevens een onafhankelijke risicofactor voor sterfte. [1, 3] In een Europees cohortonderzoek met meer dan 350 000 geïncludeerde patiënten werd, na correctie voor BMI, roken, alcoholgebruik, fysieke activiteit, opleiding en lengte, een associatie vastgesteld tussen buikomtrek en het risico op overlijden. [1, 5] De classificatie van buikomtrek bij volwassenen is te zien in tabel 1. [1]

Tabel 1: Classificatie van buikomtrek bij volwassenen. [1]

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

Een normaal gewicht is niet per definitie een gezond gewicht als het op een risicovolle manier bereikt wordt. Het is daarom belangrijk tevens gewicht gerelateerde risicofactoren, zoals psychisch lijden, functionele beperkingen, eetstoornissen, etc., op te sporen. [4]

2.2 Etiologie

Obesitas is het gevolg van een langdurig onevenwichtige energiebalans, waarbij de dagelijkse energie-inname het energieverbruik overtreft.
De opgenomen energie die niet gebruikt wordt voor ruststofwisseling, arbeid en thermo-genetische processen, wordt door het lichaam opgeslagen als reserve-energie. Een deel van deze reserve-energie wordt opgeslagen als glycogeen in de lever en het spierweefsel. Maar het grootste deel van de reserve-energie wordt in het lichaam opgeslagen onder de vorm van reserve vetweefsel. [4]

Er zijn verschillende factoren die een rol spelen in het ontstaan van obesitas. De omgevingsfactoren en individuele gedragsfactoren worden als de voornaamste oorzaken van de verstoorde energiebalans aanzien. Erfelijke factoren zijn

voornamelijk van belang in de individuele variatie in aanleg tot het ontwikkelen van obesitas.
De voedingsgewoonten en het beweeggedrag van personen wordt sterk beïnvloed door omgevingsfactoren. Een obesogene omgeving is een omgeving waarin het gemakkelijk is een onevenwichtige energiebalans te bekomen, een omgeving waar een grote energie-inname en laag energieverbruik regel is. [1, 4]
Obesitas bij ouders is een belangrijke risicofactor voor obesitas bij kinderen. Hierin spelen de omgevingsfactoren de belangrijkste rol, maar is ook erfelijke aanleg van belang. [6]

Het komt maar zelden voor dat een onderliggende aandoening de enige oorzaak is van obesitas. Van verschillende aandoeningen, zoals hypothyreoïdie, het syndroom van Down en het syndroom van Cushing, is gekend dat zij geassocieerd zijn met gewichtstoename. [7] Daarnaast zijn er ook geneesmiddelen, zoals antidiabetica, antipsychotica, antidepressiva en corticosteroïden, die aanleiding kunnen geven tot gewichtstoename. Obesitas zal zelden veroorzaakt worden door het gebruik van deze geneesmiddelen alleen. Psychologische factoren, zoals emotioneel eten, en eetstoornissen, zoals binge eating disorder, kunnen echter wel van belang zijn in het ontstaan en in stand houden van overgewicht en obesitas. [1, 3]

2.3 Gevolgen van obesitas

Obesitas is geassocieerd met belangrijke complicaties en comorbiditeit zoals diabetes mellitus type 2, dyslipidemiën, metabool syndroom, cardiovasculaire aandoeningen (hypertensie, angina pectoris, coronair lijden, varices, trombo-embolische aandoeningen, CVA), galstenen, levercirrose, cholecystitis, jicht, musculoskeletale aandoeningen (artrose, pes planus), intertrigo, dyspneu, slaapapneu, pyrosis, zweten en een verhoogd risico op maligniteiten (prostaat- en darmkanker bij mannen en borst-, lever-, galblaas-, blaas-, cervix-, uterus- en ovariumkanker bij vrouwen). Deze zorgen allen voor een verhoogde mortaliteit, toename van aantal ziekenhuisopnames en toegenomen totale kosten voor de gezondheidszorg. [3]

Er zijn ook aanwijzingen dat mensen met obesitas een verminderde levenskwaliteit hebben en vaker arbeidsongeschikt zijn. [1] In de Belstress studie werd het verband tussen obesitas en arbeidsongeschiktheid onderzocht. Zowel bij mannen als bij vrouwen werd een associatie vastgesteld tussen obesitas (BMI ≥ 30kg/m²) en vergrote buikomtrek enerzijds en hoge incidentie van ziekteverzuim (totaal aantal dagen ziekteverzuim ≥ 75ste percentiel) en episodes van langdurige arbeidsongeschiktheid anderzijds. [8]

In de Framingham studie werd vastgesteld dat obesitas op de leeftijd van 40 jaar geassocieerd is met een reductie van de levensverwachting van zes à zeven jaar. [1, 2, 9] In een analyse van ongeveer 900 000 personen van middelbare leeftijd, werd het laagste sterftecijfer gevonden bij personen met een BMI tussen 22,5 en 25 kg/m² . De levensverwachting daalde met 2 tot 4 jaar bij personen met een BMI tussen 30 en 35 kg/m² en 8 tot 10 jaar bij personen met een BMI tussen 40 en 45 kg/m². [10]
In de jaren zeventig en tachtig bestond er controverse omtrent de vaststelling dat obesitas niet geassocieerd was met een verhoogde mortaliteit als gecorrigeerd werd voor traditionele risicofactoren van cardiovasculaire aandoeningen (zoals hypertensie, dyslipidemie en diabetes type 2). Deze correctie is echter volgens velen misplaatst gezien deze risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen net veroorzaakt worden door obesitas. [11] De observatie dat obesitas slechts een beperkte impact heeft op de mortaliteit in afwezigheid van risicofactoren (zoals hypertensie en dylipidemie) en diabetes mellitus type 2, betekent niet dat obesitas niet gerelateerd is aan een toegenomen mortaliteit aangezien de meeste personen met obesitas op z'n minst één van deze risicofactoren vertonen. [2]

Om de totale impact van een aandoening te kwantificeren werd door de Wereldgezondheidsorganisatie een maat ontwikkeld: disability-adjusted life years ofte DALY's. Deze meet niet alleen het aantal mensen dat vroegtijdig overlijdt ten gevolge van een aandoening, maar brengt ook het aantal jaren dat mensen leven met beperkingen ten gevolge van een aandoening in rekening. Overgewicht en

obesitas veroorzaken in Europa alleen een jaarlijks verlies van bijna twaalf miljoen gezonde levensjaren bij volwassenen (DALY's). [12]

2.4 Prevalentie obesitas

Overgewicht en obesitas zijn één van de belangrijkste gezondheidsproblemen in de Westerse maatschappij in de 21ste eeuw.
Er bestaan grote verschillen in de prevalentie van overgewicht en obesitas tussen verschillende Europese landen en tussen verschillende socio-economische groepen binnen die landen. Deze variatie toont het belang aan van omgevingsfactoren in de ontwikkeling van overgewicht en obesitas. [2]
In de Europese landen varieert de prevalentie van overgewicht tussen 27,8 en 77,8 procent van de volwassen mannen en tussen 31,9 en 79,3 procent van de volwassen vrouwen. De hoogste prevalentiecijfers werden vastgesteld in Albanië, Bosnië-Herzegovina en het Verenigd Koninkrijk. De prevalentie van obesitas varieert tussen 5,4 en 22,8 procent bij volwassen mannen en 7,1 en 35,6 procent bij volwassen vrouwen. [2]

Onderzoek naar de prevalentie van overgewicht en obesitas bij volwassenen in België toonde dat bij 47 procent van de bevolking het gewicht te hoog is, 33 procent valt in de categorie overgewicht en 14 procent in de categorie obesitas. Maar liefst 54 procent van de mannen en 40 procent van de vrouwen lijdt aan overgewicht, voor obesitas is er geen verschil tussen de geslachten. Deze cijfers zijn echter gebaseerd op onderzoek waarbij de deelnemers werden gevraagd hun lengte en gewicht op te geven. [13] Zelfrapportage leidt doorgaans tot een overschatting van de lichaamslengte en een onderschatting van het lichaamsgewicht. Daarom gaat de voorkeur naar gemeten gegevens. [1] In een Nederlands onderzoek met 4825 volwassen deelnemers met gemeten gegevens bleek 36,8 procent van de deelnemers aan overgewicht te lijden en 12,8 procent aan obesitas. [14]

In de Belstress studie, die werd uitgevoerd in 25 bedrijven in België, met een totale cohorte van meer dan twintigduizend mensen tussen de 35 en 59 jaar oud, bleek 49,3 procent van de mannen en 28,4 procent van de vrouwen te lijden aan overgewicht (BMI tussen 25 en 29,9kg/m²). De prevalentie van obesitas bedroeg 13,3 procent bij de mannen en 12,6 procent bij de vrouwen. [8]

De prevalentie van overgewicht en obesitas neemt toe met de leeftijd, maar in Nederlands onderzoek wordt een stijgende trend waargenomen in alle leeftijdscategorieën. [15] In het WHO rapport omtrent obesitas van 2007 wordt gesteld dat de prevalentie van obesitas in Europa verdrievoudigd is sinds de jaren tachtig, zelfs in landen met traditioneel lage prevalentiecijfers voor obesitas. [2]

2.5 Impact op gezondheidszorg

De toenemende prevalentie van overgewicht en obesitas in de Westerse maatschappijen en de complicaties die deze met zich meebrengt, dragen bij aan de toenemende belasting van de gezondheidszorg. Van iedere duizend consultaties in de huisartsenpraktijk zijn er ongeveer twintig direct gerelateerd aan overgewicht. [3] In een Brits cross-sectioneel onderzoek werd vastgesteld dat patiënten met obesitas significant meer op consultatie gaan bij de huisarts en de praktijkverpleegkundige en tevens meer frequent ambulant ziekenhuisartsen consulteren dan mensen met een normaal gewicht (BMI tussen 18,5 en 24,9 kg/m²). Wat betreft consultaties bij de huisarts en praktijkverpleegkundige blijft de associatie bestaan na correctie voor leeftijd, geslacht, sociale klasse en aantal comorbiditeiten. Onder de patiënten met obesitas bleek de frequentie van consultaties bij de huisarts te stijgen naarmate BMI toenam. [16]

Volgens berekeningen zouden mensen met obesitas jaarlijks 36 procent hogere gezondheidskosten hebben dan mensen met een normaal gewicht (BMI 20 tot 24,9 kg/m²). Bij mensen met overgewicht (BMI 25 tot 29,9 kg/m²) liggen de jaarlijkse kosten tien procent hoger dan bij mensen met een normaal gewicht. [17]

Verschillende andere studies concludeerden dat de gezondheidskosten ongeveer 35 procent hoger liggen bij mensen met obesitas dan bij mensen met een normaal gewicht. [2]
Een systematische literatuurstudie naar de medische kosten die geassocieerd zijn aan obesitas concludeert dat de zorg bij obesitas verantwoordelijk is voor 5,5 tot 7,0 procent van het nationale gezondheidsbudget van de Verenigde Staten. [18] Volgens de WHO zijn in Europa de directe medische kosten gerelateerd aan obesitas verantwoordelijk voor twee tot vier procent van de nationale gezondheidsuitgaven, in België bedraagt dit drie procent. [2]

Naast de directe kosten die verbonden zijn aan de zorg bij obesitas, zijn ook de indirecte kosten, door verlies aan productiviteit ten gevolge van ziekte en vroegtijdig overlijden, aanzienlijk. In het Verenigd Koninkrijk en Zweden blijken de indirecte kosten gerelateerd aan obesitas de directe medische kosten sterk te overschrijden, maar in Duitsland en de Verenigde Staten is het verschil minder groot. Dit kan verklaard worden de manier waarop de gezondheidszorg georganiseerd wordt. [2]
De totale jaarlijkse kosten, direct en indirect, gerelateerd aan obesitas in 2002 in de vijftien landen die deel uitmaakten van de Europese Unie voor mei 2004 werd geschat op 32,8 miljard euro. [19] De totale kosten gerelateerd aan obesitas, direct en indirect, worden geschat tot 0,9 procent van het bruto nationaal product te bedragen in Europese landen. [2]

2.6 Diagnose van obesitas

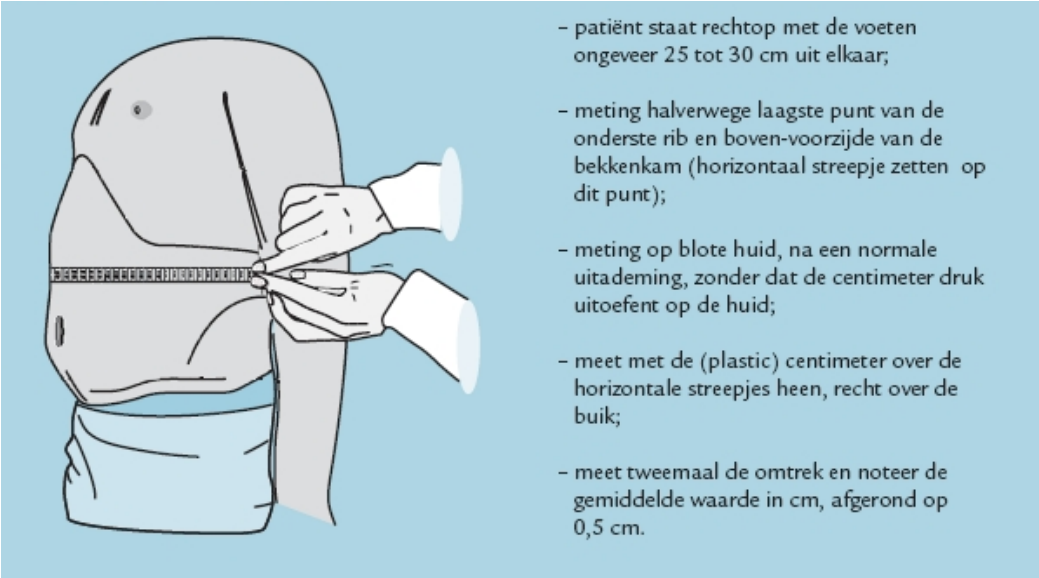
In de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) wordt momenteel aangeraden diagnostiek van obesitas bij volwassenen te stellen bij patiënten die zelf om ondersteuning vragen bij gewichtsverlies, patiënten met comorbiditeiten waarbij gewichtsreductie van belang is en patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico. [1]

De eerste stap bij het diagnosticeren van obesitas is een gerichte anamnese. Hierbij dient de omvang en duur van de gewichtstoename nagegaan te worden. Daarnaast dienen de eetgewoonten in kaart gebracht te worden. Hierbij is het van belang aandachtig te zijn voor psychosociale problematiek en psychische aandoeningen. Niet alleen eetstoornissen zoals binge eating disorder en boulimia nervosa, maar ook andere psychische aandoeningen zoals depressie of sociale fobie kunnen geassocieerd zijn aan obesitas. [1, 3, 4]
Om het eetpatroon van de patiënt in kaart te brengen kan gebruik gemaakt worden van de BV-SM vragenlijst (Beoordeling Voedingspatroon op een Snelle Manier). Deze is gebaseerd op het REAP (Rapid Eating Assessment for Participants) instrument, maar aangepast voor Vlaanderen. [4]

Daarnaast dient gevraagd te worden naar de leefgewoonten (roken, alcohol en drugs), medicatiegebruik en lichaamsbeweging.
De huisarts besteedt tevens aandacht aan symptomen van mogelijke onderliggende oorzaken zoals hypothyreoïdie, polycysteus ovarium syndroom, bewegingsbeperking en neurologische afwijkingen. Mogelijke klachten ten gevolge van het overgewicht zoals dyspneu, gewrichtsklachten, slaapapneu, etc. worden in kaart gebracht. Tot slot worden familiale belasting en voorbije pogingen om af te vallen en/of behandelingen nagevraagd. [1, 3, 4]

In het klinisch onderzoek gaat men de gewichtstoename objectiveren door het lichaamsgewicht en de lengte te meten. Op basis daarvan kan dan de ‘body mass index’ berekend worden. Bovendien wordt het type obesitas (appel- versus peervorm) bepaald door de buikomtrek te meten.

Figuur 1: Bepalen van de buikomtrek. [1]



Verder gaat men in het klinisch onderzoek na of er tekenen zijn van mogelijke onderliggende aandoeningen en gaat men gevolgen van obesitas nagaan. Daarom wordt aangeraden een bloeddrukmeting uit te voeren, alsook hart- en longauscultatie, palpatie van de schildklier en inspectie van de huid. [3]

Aanvullend onderzoek wordt in de Domus Medica richtlijnen niet aangeraden bij patiënten met een BMI lager dan 30 kg/m² , tenzij uit anamnese en/of klinisch onderzoek een verhoogd cardiovasculair risico blijkt.
Bij patiënten met een BMI hoger dan 30 kg/m² wordt een laboratoriumonderzoek wel aangeraden. Hiertoe dient een nuchtere bloedafname gedaan te worden voor de bepaling van de glycemie, triglyceriden en cholesterolwaarden. Bij vermoeden van onderliggende aandoeningen, kan uitgebreider onderzoek aangewezen zijn. [1, 3, 4, 20]

Aan de hand van een grondige anamnese en klinisch onderzoek kan men een inschatting maken van het cardiovasculair risico van de patiënt. Hierbij kan men gebruik maken van het ABCDEF schema.

Tabel 1: ABCDEF-schema. [4]

Age	A+ =	leeftijd vanaf 50 jaar
Bloeddruk	B+ =	systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg of diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg of bij bloeddrukverlagende behandeling
Cigaret	C+ =	≥ 1 sigaret per dag
Diabetes type 2	D+ =	diabetes type 2
Event	E+ =	voorgeschiedenis van een persoonlijk ischemisch event
Familiale cardiovasculaire voorgeschiedenis	F+ =	voorgeschiedenis van een vroegtijdig ischemisch event bij een familielid van de eerste graad: < 55 jaar vader/broer < 65 jaar moeder/zus

Volgens de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap komen alle patiënten met obesitas (BMI ≥ 30 kg/m²) in aanmerking voor behandeling door de huisarts. Zo ook alle patiënten met overgewicht (BMI tussen 25 en 29,9 kg/m²) én samenhangende comorbiditeit (vb. diabetes mellitus type 2, slaapapneu, cardiovasculaire aandoeningen of gewrichtsklachten), een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel of een vergrote buikomtrek en vraag naar begeleiding door de arts. [1]

2.7 Eetstoornissen

In de diagnostiek van overgewicht en obesitas is de inschatting van het eetgedrag van groot belang, gezien de grote overlap die er bestaat tussen obesitas en eetstoornissen. Men spreekt van een eetstoornis wanneer een persoon in gedachten en gedrag voortdurend bezig is met wat hij/zij eet, met het eigen gewicht of zijn/haar lichamelijk voorkomen.
De meest frequent voorkomende eetstoornissen zijn anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis. Deze dienen als een samenhangend geheel beschouwd te worden: een spectrum van eetstoornissen. [4]

De SCOFF en de ESP (Eating disorder Screen for Primary care) vragenlijsten werden ontwikkeld om eetstoornissen op te sporen in de eerste lijn.

SCOFF: Geef je wel eens over, vanwege een te vol gevoel bij het eten? (“Sick”)
Is er controleverlies over hoeveel je eet? (“Control”)
Ben je meer dan 6 kg afgevallen in 3 maanden? (“One stone”)
Vind je jezelf dik terwijl anderen je juist dun vinden? (“Fat”)
Overheerst voedsel en eten je leven? (“Food”)

ESP: Bent u tevreden over uw eetgewoonten?
Eet u ooit wel eens in het geheim?
Heeft uw gewicht invloed op hoe u zich voelt?
Heeft u familieleden die geleden hebben aan een eetstoornis?
Hebt u nu last van een eetstoornis, of heeft u dat in het verleden ooit gehad?

Er wordt een punt gerekend voor iedere vraag waar “ja” op geantwoord wordt, behalve de eerste vraag van de ESP vragenlijs waar een punt gerekend wordt wanneer “neen” geantwoord wordt. Bij een score van twee op vijf is er bij beide vragenlijsten 25 tot 40 procent kan op een eetstoornis. Beide testen hebben een vrij hoge sensitiviteit, de specificiteit is echter beperkter. [4]

Boulimia nervosa kan beschouwd worden als een compromis tussen een oncontroleerbare eetdrang en een overheersende wens om slank te blijven. Tijdens eetbuien worden grote hoeveelheden voedsel verorberd en hebben patiënten het gevoel de controle over hun eetgedrag kwijt te zijn. Na zo’n eetbui voelen patiënten zich misselijk, onbehaaglijk en krijgen een schuldgevoel. Door de angst in gewicht toe te nemen gaan patiënten dan over tot compensatiereacties zoals braken, vasten, sporten, etc. [4]

De eetbuistoornis of binge eating disorder vertoont enige overlap met boulimia nervosa. Het onderscheid met boulimia nervosa zit hem in het feit dat de eetbuien

niet samengaan met compenserend gedrag zoals excessieve lichaamsbeweging, gebruik van laxativa of braken. Deze patiënten zouden graag slanker zijn maar hebben het opgegeven of houden hun pogingen niet lang vol. De eetbuistoornis gaat dan ook vaak gepaard met overgewicht. [1, 3, 4, 21]

De diagnostische criteria van eetbuistoornis of Binge eating disorder (DSM-IV):

1. Herhaalde episodes van eten:
   - In een beperkte periode (bijvoorbeeld twee uur) een overmatige hoeveelheid voedsel eten.
   - Gevoel van controleverlies of gebrek aan controle over het eten (het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of kan controleren hoeveel men eet).
2. De episodes van eten zijn verder geassocieerd met drie van volgende criteria:
   - Veel sneller eten dan normaal.
   - Eten tot men zich oncomfortabel vol voelt.
   - Grote hoeveelheden eten terwijl men zich fysiek niet hongerig voelt.
   - Alleen eten omdat men zich schaamt over de hoeveelheid.
   - 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 twee dagen per week gedurende zes maanden.
5. De eetbui is niet geassocieerd met het regelmatig gebruik van onaangepast of ondoeltreffend compensatiegedrag (braken, purgeren, vasten, excessieve lichamelijke beweging) en komt niet exclusief voor tijdens het verloop van anorexia nervosa of boulimia nervosa.

De eetbuistoornis is gebleken gerelateerd te zijn aan de ernst van de obesitas en kan gepaard gaan met grote schommelingen in het gewicht. [3]
In onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie werd vastgesteld dat de prevalentie van binge eating disorder op z'n minst vergelijkbaar is met de prevalentie van boulimia nervosa. [22] Volgens bevolkingsonderzoek zou de prevalentie tussen de twee en vijf procent liggen. Ongeveer dertig procent van de deelnemers aan vermageringsprogramma's zou aan binge eating disorder lijden. [23]

Er is gebleken dat obese patiënten met een eetbuistoornis, in vergelijking met patiënten zonder eetbuistoornis, een sterker verstoorde lichaamsbeleving, meer depressieve symptomen en meer psychopathologie hebben. [24]
Patiënten waarbij de diagnose van een eetstoornis gesteld wordt, dienen doorverwezen te worden naar een psychiater of een psycholoog gespecialiseerd in de behandeling van eetstoornissen. [3]

2.8 Behandeling obesitas

In de richtlijnen van Domus Medica wordt aanbevolen behandeling voor obesitas op te starten bij patiënten met een BMI groter of gelijk aan 30 kg/m² of bij patiënten met overgewicht (BMI tussen 25 en 29,9 kg/m²) als er comorbiditeit aanwezig is. Bij alle andere patiënten wordt aangeraden enkel voedingsadvies te geven op vraag van de patiënt, maar geen behandelingsplan op te stellen. [3]

In geval van comorbiditeiten, medische complicaties van obesitas en/of psychiatrische problematiek dienen deze behandeld te worden door de huisarts. Wanneer er sprake is van een onderliggende eetstoornis of ernstige psychiatrische problematiek is het belangrijk deze eerst te behandelen in samenwerking met een psycholoog of psychiater vooraleer te werken aan gewichtsreductie. Aangezien de aanwezigheid van een eetstoornis de behandeling van obesitas zou ondermijnen. [4]
Voor de behandeling van obesitas in de huisartsenpraktijk is het belangrijk een individueel plan op te stellen in overleg met de patiënt. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de motivatie van de patiënt, omgevingsfactoren, psychosociale factoren, pogingen in het verleden, voedingsgewoonten, alcohol- en medicatiegebruik. [1]

2.8.1 Voorlichting

De aanpak van obesitas begint met goede voorlichting van de patiënt waarbij volgende aspecten aan bod komen:

Obesitas is het gevolg van een onevenwicht in de energiebalans waarbij de energie-inname het energieverbruik overstijgt. Ook een beperkt onevenwicht kan op lange termijn tot obesitas leiden. [1]
Bij strikte en niet volgehouden dieetkuren ontstaat een daling van de basis energiebehoefte van het lichaam (basaal metabolisme) door verlies van vetvrije massa. Bijgevolg eindigen patiënten na een niet vol te houden dieetkuur met een gewichtstoename die groter is dan het gewichtsverlies. Dit effect is beter gekend als het 'jojo-effect'. [3]
Daarnaast dient de patiënt erop gewezen te worden dat obesitas gepaard gaat met een verhoogd risico op onder andere diabetes mellitus en cardiovasculaire aandoeningen. Tevens geeft obesitas een reductie van de levensverwachting van ongeveer zes jaar. [9]

Gezien slank worden voor de meeste patiënten niet haalbaar is, dient het doel van de behandeling gezondheidswinst te zijn. Een gewichtsdaling van vijf tot tien procent van het oorspronkelijke lichaamsgewicht over een periode van zes tot twaalf maanden is een haalbaar doel en brengt een aanzienlijke gezondheidswinst met zich mee. [3, 4]
Uit een meta-analyse blijkt dat een gewichtsverlies van 5,8 procent bij een populatie met een gemiddeld BMI van 30,7 kg/m^2 , geassocieerd is met een significante verlaging van de systolische en diastolische bloeddruk. [25] Bovendien is aangetoond dat matig gewichtsverlies (vijf tot tien procent van het lichaamsgewicht) in combinatie met lichaamsbeweging een significante daling in triglyceriden teweegbrengt, alsook een toename van high density lipoprotein (HDL) cholesterol. Een gewichtsdaling van vijf tot tien procent van het lichaamsgewicht reduceert het risico op diabetes mellitus. [1]
Daarnaast is gebleken dat beperkte gewichtsreductie gepaard gaat met een significante daling van het aantal cardiale events, totale cardiale mortaliteit en totale mortaliteit. [26]
Volgens een rapport van het National Heart Forum in 2007 resulteert een gewichtsverlies van tien kilogram in een reductie van twintig procent van de totale mortaliteit. [27]

In de behandeling van obesitas is het van belang niet te focussen op gewichtsreductie maar op gezondheidswinst ten gevolge van een verandering van levensstijl. Hierbij kan samenwerking met een psycholoog een meerwaarde bieden aangezien deze de nodige expertise heeft om te werken aan gedragsverandering. [4]

2.8.2 Dieetadvies

Bij het geven van voedingsadvies is het belangrijk te vertrekken van de huidige voedingsgewoonten van de patiënt. De patiënt kan hiervoor gevraagd worden gedurende een week op te schrijven wat hij allemaal eet en drinkt en wanneer. Op basis van een dergelijk dagboek kan de patiënt aangespoord worden bepaalde aspecten van diens eetgewoonten aan te passen.
Het uitgangspunt voor een energiebeperkt dieet is gezonde en gevarieerde voeding. Om dit te illustreren kan men gebruik maken van de actieve voedingsdriehoek. Strenge diëten en telkens opnieuw lijnen dient ontraden te worden. Behoud van het gewichtsverlies is echter enkel haalbaar bij permanente aanpassingen van de individuele eetgewoonten.

Figuur 2: De actieve voedingsdriehoek [4]



De huisarts geeft enkele algemene adviezen aan patiënten met obesitas:
- Een evenwichtig dieet bestaat uit drie hoofdmaaltijden. Het overslaan van een maaltijd is af te raden, gezien dit resulteert in een grotere neiging om tussenin de honger te stillen met allerlei snacks.
- Het achterwege laten van tussendoortjes kan al een aanzienlijk verschil maken.
- Frisdranken en fruitsap hebben een hoge energiewaarde. De beste dorstlesser is water.
- Groenten en fruit hebben een lage energiewaarde en bevatten veel vezels, vitaminen en mineralen. Daarom maken zij een belangrijk deel uit van een gezonde voeding. [3]

Doorverwijzing voor begeleiding door een diëtist is aangewezen indien blijvende gewichtsdaling uitblijft of als de patiënt een intensievere begeleiding nodig heeft. Na een grondige voedingsanamnese kan de diëtist een geïndividualiseerd, gezond, gevarieerd en evenwichtig dieet opstellen dat haalbaar en aanvaardbaar is voor de patiënt. De striktheid van het dieet wordt bepaald door de ernst van de obesitas, aanwezigheid van comorbiditeit en de doelstellingen. [3]

2.8.3 Bewegingsadvies

Het gewichtsverlies wordt voornamelijk bekomen door het dieet. Volgehouden toename in fysieke activiteit is voornamelijk van belang in het behouden van de gewichtsafname. [1,3] Ook wanneer de toegenomen fysieke activiteit niet geassocieerd is aan gewichtsverlies resulteert deze in een gunstig effect op cardiovasculaire risicofactoren en het risico op diabetes mellitus. [20]

Als vertrekpunt stelt men driemaal per week gedurende een halfuur wandelen voorop. Daarna kan de intensiteit en frequentie van de fysieke activiteiten worden opgedreven. Op lange termijn stelt men als doel quasi dagelijks gedurende dertig minuten een matige fysieke inspanning te leveren, zoals zwemmen, fietsen, tennissen. Voor volwassenen die intense fysieke activiteiten kunnen leveren, volstaat het driemaal per week minstens twintig minuten activiteiten met hoge

intensiteit, zoals joggen, tennis, wielrennen, basketbal, gevechtssporten, etc., uit te voeren. [4,28]
In geval van comorbiditeit kan het zinvol zijn de fysieke activiteiten onder begeleiding van een fysiotherapeut te laten doorgaan. [1, 4]

Er worden vier algemene principes naar voor geschoven voor wat betreft de counseling rond de opstart en het behoud van toegenomen fysieke activiteit:
- Interventies om fysieke activiteit te stimuleren hoeven niet tijdsintensief te zijn voor de arts, ook andere zorgverleners kunnen hierin een belangrijke rol spelen.
- De patiënt dient actief betrokken te zijn in het gesprek, onder andere bij het vooropstellen van doelen.
- Persoonlijke feedback en follow-up zijn essentieel.
- Deelname aan 'community'-activiteiten (wandelclubs, lokale organisaties) is zinvol om de fysieke activiteit vol te houden. [29]

2.8.4 Medicatie

Het gebruik van medicatie in de behandeling van obesitas wordt best zoveel mogelijk vermeden. Alle producten die bestudeerd werden hebben maar een beperkt effect op het gewichtsverlies. Daarnaast dient men ook rekening te houden met mogelijke bijwerkingen en rebound effect bij stopzetting.

In de richtlijn van Domus Medica stelt men dat Sibutramine en Orlistat de enige geneesmiddelen zijn waarvan de doeltreffendheid op lange termijn wetenschappelijk werd bestudeerd en die relatief veilig zijn bevonden. [30, 31]
Behandeling met deze middelen kan enkel als ondersteuning bij patiënten met een BMI hoger dan 30 kg/m² of bij patiënten met een BMI tussen 27 en 29,9 kg/m² met comorbiditeit. [3, 20] Medicamenteuze behandeling dient enkel toegepast te worden in kader van een multidisciplinaire aanpak van obesitas. [3]
Sibutramine werd echter in 2010 uit de handel genomen, Orlistat is dus het enige geneesmiddel op de markt voor de behandeling van obesitas. Volgens het draaiboek

van Eetexpert is de plaats van Orlistat in de behandeling van obesitas beperkt gezien de beperkte evidentie op harde eindpunten en de frequente gastro-intestinale intolerantie voor het product. [4]
Het Nederlands Huisartsen Genootschap adviseert medicamenteuze therapie in de behandeling van obesitas te ontraden. [1]

2.8.5 Chirurgie

Patiënten met een BMI groter dan 40 kg/m² en patiënten met een BMI tussen 35 en 40 kg/m² met comorbiditeit (diabetes mellitus, cardiovasculaire aandoeningen) kunnen doorverwezen worden voor heelkundige behandeling. Dit echter enkel wanneer alle andere niet-invasieve behandelingen gefaald hebben. Patiënten worden geselecteerd door een multidisciplinair team. [1, 3] In de Clinical Knowledge Summaries wordt aangeraden chirurgische behandeling als eerstelijnsbehandeling te overwegen bij patiënten met een BMI hoger dan 50 kg/m². [20]

Er zijn verschillende mogelijke chirurgische ingrepen. De meest courante technieken zijn de verticale gastroplastie, plaatsing van een aanpasbare maagband en de Roux-en-Y gastric bypass, elk met specifieke voor- en nadelen. De keuze van de ingreep wordt mee bepaald door de BMI, comorbiditeit, persoonlijke voorkeur van de patiënt en ervaring van de chirurg. Twaalf maanden na de ingreep bedraagt het gemiddelde gewichtsverlies dertig kilogram. [3]

2.9 Motivatie van de patiënt

Het is van belang in het begin van de consultatie na te gaan in welke mate de patiënt gemotiveerd is om zijn/haar gedrag te veranderen. De aanpak van gewichtsproblemen vergt namelijk een grote inzet van de patiënt. Wanneer gedragsveranderingen enkel gemotiveerd zijn door een gevoel van verplichting of door externe druk, zal de patiënt echter deze inspanningen niet op lange termijn volhouden.

Hiervoor kan men gebruik maken van enkele vragen uit de klinische psychologie:

> Hoe belangrijk vindt u het om te vermageren? Wat moet er veranderen opdat u vermageren belangrijker zou vinden?
>
> Hoe belangrijk vindt u het om uw eetgewoonten/leefstijl te veranderen? (vraag naar motivatie)
>
> Als u zou beslissen om te vermageren, hoeveel vertrouwen hebt u dan in uzelf om hierin te slagen? Wat moet er veranderen opdat u meer vertrouwen zou krijgen om succesvol te vermageren? (vraag naar zelfvertrouwen) [32]

Het model van Prochaska en Di Clemente is een van de belangrijkste modellen die gedragsverandering proberen te verklaren. In dit model wordt ervan uitgegaan dat patiënten verschillende motivatiestadia doorlopen op weg naar gedragsverandering. Gedragsverandering is een dynamisch proces dat bestaat uit de volgende fases: voorbeschouwingsfase, beschouwingsfase, beslissingsfase, actiefase en onderhoudsfase, tevens moet men rekening houden met de mogelijkheid van de hervalfase. Er is geen vast tijdskader waarin patiënten de verschillende fases doorlopen. Tevens kan men heen en weer gaan tussen verschillende fases of zelfs een fase overslaan en bijvoorbeeld vanuit de voorbeschouwingsfase direct naar de beslissingsfase overgaan. [3, 33]

In de *voorbeschouwingsfase of precontemplatiefase* is er geen belangstelling of plan om het ongezonde gedrag te veranderen. Mensen in deze fase zien geen probleem in hun huidige levensstijl en overwegen dus niet deze aan te passen. Oorzaken van de voorbeschouwende houding zijn vaak een gebrek aan kennis en informatie of een gevoel van uitgeblust te zijn of angst door verschillende (mislukte) pogingen in het verleden.

In de *beschouwingsfase of contemplatiefase* is men zich van bewust van het probleem en de voor- en nadelen van de huidige levensstijl, maar staat men nog ambivalent tegenover verandering. Vaak is er een vage intentie tot verandering, maar niet nu. Patiënten weten vaak niet hoe ze deze veranderingen zouden moeten aanpakken of zijn onzeker over hun slaagkansen. Mensen blijven wel vaker lange tijd in dit stadium zitten.

De *beslissingsfase* komt na de beschouwingsfase en omvat het plannen van de veranderingen in de nabije toekomst en het kiezen van de meest geschikte strategie. Er is een duidelijke intentie om de levensstijl te veranderen. Kleine aanpassingen in de levensgewoonten kunnen reeds gebeuren. Patiënten in deze fase hebben meer vertrouwen in hun slaagkansen en zijn klaar voor verandering.
Patiënten in de *actiefase* hebben de beslissing tot verandering genomen en zijn gestart met de gedragsverandering. Langzaamaan wordt het nieuwe gedrag geïntegreerd in de dagelijkse gewoonten.
Vervolgens is er de *onderhoudsfase* waarin patiënten proberen de gedragsveranderingen te behouden en herval in de oude gewoonten te voorkomen. Het nieuwe gedrag krijgt een plaats in het leven van de patiënt. Men spreekt van consolidatie wanneer het gezonde gedrag reeds meer dan zes maanden volgehouden wordt.
Herval is altijd mogelijk en komt ook veel voor. De hervalfase dient beschouwd te worden als een leerproces en niet als een falen van de patiënt. [3, 33]

Daarnaast bestaat er ook het Health Belief Model dat stelt dat mensen gemotiveerd zullen zijn voor gedragsverandering als zij geloven dat deze de kans op levensbedreigende ziekten zou reduceren, een interne locus of control hebben en vertrouwen hebben deze aanpassingen te kunnen implementeren. Voor de effectiviteit van het toepassen van dit model is echter slechts beperkte evidentie in de literatuur. [3]

Aan de hand van het model van Prochaska en Di Clemente kan de motivatiegraad van de patiënt ingeschat worden en kan een geschikte interventie op maat van de patiënt gekozen worden met als doel die te helpen evolueren naar een volgend motivatiestadium.

Patiënten in de *voorbeschouwingsfase* zijn niet van plan actie te ondernemen in de nabije toekomst. Hierbij is het van belang de opvattingen van de patiënt niet aan te vallen, maar vragenderwijs de patiënt te mobiliseren om de eigen overtuigingen te

bestuderen. Aan de hand van gepersonaliseerde informatie kan het inzicht van de patiënt verhoogd worden.
De ambivalente houding van patiënten in de *beschouwingsfase* dient geëxploreerd te worden. De voor- en nadelen van verandering bespreken en het verhogen van zelfvertrouwen zijn hier noodzakelijk.
Bij patiënten in de *beslissingsfase* wordt aangeraden een concreet plan te helpen opstellen met realistische doelen. Uitleg geven over mogelijke strategieën en aanmoedigen van de patiënt zijn hierbij van belang.
In de *actiefase* dient de patiënt ondersteund te worden in de veranderingen die hij/zij aan het doorvoeren is. Er wordt best nagegaan hoe de patiënt de veranderingen zelf beleeft.
In de *onderhoudsfase* is voorlichting over de kans op herval en over probleemoplossend gedrag dat herval kan helpen voorkomen, noodzakelijk.
In geval van *herval* dient het vertrouwen van de patiënt ondersteund te worden en tot inzicht in de aanleiding tot herval bekomen worden. [3]

2.10 Minimale interventie

Om patiënten te motiveren tot gedragsverandering kan gebruik gemaakt worden van een korte interventie gebaseerd op de vijf A's, de zelfdeterminatietheorie, het FRAMES principe en het concept van het motivationeel interviewen.

2.10.1 FRAMES

Onderzoek heeft aangetoond dat efficiënte interventies enkele terugkerende elementen bevatten. Het acroniem FRAMES staat voor feedback, responsibility, advice, menu of options, empathy en self-efficacy. In de korte interventies met als doel patiënten te motiveren tot gedragsverandering zijn vooral de eerste drie van belang.
Bij het geven van feedback is het van belang niet enkel algemene informatie maar ook persoonlijk relevante feedback te geven over diens specifieke situatie.

Een gevoel van controle bij de patiënt is van belang gebleken om tot gedragsverandering over te gaan. Door open vragen te stellen naar hoe de patiënt zich voelt bij de huidige situatie en wat hij er zelf wil mee gaan doen, wordt de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf gelegd.
Advies geven staat centraal in de korte interventie. Hierbij is het van belang de informatie op een neutrale en niet beschuldigende manier door te geven.
Bij het motiveren van patiënten is empathie van groot belang. Deze omvat een open houding, het proberen inleven in de situatie van de patiënt en vermijden van labels. Daarnaast dient de patiënt een menu van opties gepresenteerd te worden. Hierdoor kan de patiënt zelf de strategie kiezen waarbij hij/zij zich het beste voelt en waarin hij/zij het meeste vertrouwen heeft. Deze keuze draagt bij aan het gevoel van controle over de situatie en verantwoordelijkheid.
Tenslotte is het van belang in een korte interventie het zelfvertrouwen van de patiënt op te bouwen. [33]

2.10.2 De vijf A's

Gezien het ter sprake brengen van overgewicht en obesitas niet altijd evident is wordt door de US Preventive Services Task Force aangeraden gebruik te maken van het kader van de vijf A's: ask, advise, assess, assist en arrange.
Het gebruik van dit kader is reeds nuttig gebleken in rookstopinterventies door het aangeven dat het gedrag een gezondheidsrisico is en rookstop te adviseren. [34]
Interventies voor overgewicht en obesitas zijn doorgaans complexer en meer tijdrovend dan rookstopinterventies. Onderzoek heeft uitgewezen dat zelfs bij de relatief eenvoudigere rookstopinterventies vele zorgverleners niet verder geraken dan het navragen (ask) en adviseren (advise). [35] Het implementeren van het vijf A's kader in de dagelijkse praktijkvoering is dan ook niet evident. [34]

2.10.3 De zelfdeterminatietheorie

Volgens de zelfdeterminatietheorie is het bij een motivatiegesprek van belang in te spelen op de nood aan autonomie, de nood aan verbondenheid en de nood aan een gevoel van competentie. Als bij het adviseren tegemoet gekomen wordt aan deze noden zal de patiënt dit advies persoonlijker ter harte nemen en aanvaarden en dus meer gemotiveerd zijn om het advies op te volgen.
Praktisch kan men de nood aan autonomie ondersteunen door reflectief te luisteren, empathisch te reageren en keuzemogelijkheden te laten zodat de patiënt kan kiezen uit verschillende behandelingsopties.
Het gevoel van competentie kan bekomen worden door realistische maar uitdagende doelstellingen voorop te stellen, waarbij gewerkt wordt met tussenstappen. Ook positieve feedback en concrete afspraken zijn van belang.
Door een respectvolle houding en betrokkenheid kan het gevoel van verbondenheid bevorderd worden. [4]

2.10.4 Motivationeel interviewen

Het concept van motivationeel interviewen komt voort uit de behandeling van alcoholverslaving en werd voor het eerst beschreven in 1983 door Miller. De theorie werd verder uitgewerkt tot een klinische procedure door Miller en Rollnick. [36]
Motivationeel interviewen is een patiënt gerichte interactie die patiënten ertoe probeert aan te zetten stil te staan bij de eigen ambivalentie rond levensstijlveranderingen en hopelijk te evolueren in motivatiestatus. Deze aanpak is voornamelijk nuttig bij patiënten in de voorbeschouwingsfase en beschouwingsfase, maar de principes zijn van belang in alle fases. [33, 36]
Eerst en vooral is het van belang empathie te tonen. Een niet veroordelende aanpak en zich proberen inleven in de situatie van de patiënt staan voorop. Confrontatie, beschuldigingen en kritiek dienen vermeden te worden.
Wanneer patiënten zich bewust worden van de discrepantie tussen hun huidige levensstijl en de eigen wensen en doelen, zullen deze meer gemotiveerd zijn tot verandering. Aan de hand van open vragen worden waarden en doelen van de

patiënt bevraagd. Het gebruik van open vragen geeft de patiënt het gevoel zelf de leiding over de interventie te hebben en zelf te bepalen welke richting het gesprek uitgaat.
Door te reflecteren wordt de patiënt als het ware een spiegel voorgehouden. Tevens toont het begrip voor de situatie van de patiënt. Door samen te vatten worden de belangrijkste aspecten verzameld van wat de patiënt gezegd heeft en krijgt die de kans te corrigeren als bepaalde stellingen verkeerd begrepen werden.
Het is van belang ambivalentie en weerstand van de patiënt te aanvaarden als een normale reactie op de gegeven informatie. In geval van weerstand vanuit de patiënt is het aanbevolen deze te reflecteren. Wanneer tegen de weerstand wordt ingegaan, zal de patiënt het eigen gedrag net gaan verdedigen. [33, 37]

2.11 Minimale interventie bij roken

De Cochrane Tabacco Addiction Group definieert een kort rookstopadvies als ‘een mondelinge instructie tot rookstop al dan niet aangevuld met informatie over de schadelijke effecten van roken’. Een dergelijk kort rookstopadvies van minder dan twee minuten is een interventie met één van de beste kosten-batenverhouding in de geneeskunde. [38]
Een korte interventie resulteert volgens het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in een rookstoppercentage van twee procent ten opzichte van controlegroepen. Voor iedere vijftig rookstopadviezen is er dus één extra rookstop zonder herval binnen het jaar. Andere bronnen hebben het over een toename van rookstop met 2,5 procent en dus een number needed to treat van veertig patiënten. [39, 40]

In een review van de Cochrane Collaboration werd een meta-analyse uitgevoerd van zestien studies naar het effect van korte rookstopinterventies. Deze meta-analyse toonde een toename in rookstop van 2,5 procent ten opzichte van patiënten die geen korte interventie ondergingen. De auteurs waarschuwen echter voorzichtig

met deze resultaten om te springen gezien de mogelijke publicatie bias en het verschil in kwaliteit van de methodologie van de geïncludeerde studies [40]

Een directe vergelijking tussen minimale en uitgebreidere interventies door pooling van vijftien studies toont een klein maar significant voordeel van meer uitgebreide interventies, terwijl geen enkele van deze studies individueel een significant verschil aantoonde. [40] In de Clinical Practice Guideline, uitgaande van verschillende organisaties en de Amerikaanse overheid, spreekt men van een duidelijk verband tussen de intensiteit en de doeltreffendheid van de rookstopinterventie. Hierin wordt aangeraden bij alle rokers een minimale rookstopinterventie uit te voeren en waar mogelijk een meer intensieve interventie. [41]

In een Cochrane review van 2013 worden gelijklopende resultaten gerapporteerd, met uitzondering van de recente aanwijzingen dat follow-up consultaties de slaagkansen van de korte interventie zou doen toenemen. [42] Men moet er echter bedacht op zijn dat herhaalde interventies niet voor iedere patiënt wenselijk en/of mogelijk zijn. [41]

Een meta-analyse van veertien studies toonde een beperkte maar significante toename van rookstop bij toepassing van motivationeel interviewen versus een andere korte interventie. Deze motivationeel interview interventies bleken effectiever te zijn wanneer ze uitgevoerd werden door eerstelijnsartsen (in vergelijking met andere gezondheidswerkers) en wanneer de interventies iets langer duurden. Ook hier wordt door de auteurs aangeraden voorzichtig met deze resultaten om te springen gezien de variatie in kwaliteit van de studies, therapietrouw en mogelijke selectiebias. [43]

2.12 Minimale interventie bij alcoholmisbruik

In het WHO (World Health Organisation) rapport omtrent de minimale interventies bij middelenmisbruik, wordt belangrijke evidentie aangetoond voor minimale interventies in de eerste lijn bij patiënten met een alcoholprobleem. [33]

De effectiviteit van een minimale interventie voor alcoholmisbruik is groter gebleken bij hulpverleners die de technieken van het motivationeel interviewen beheersen. Interventies uitgevoerd door hulpverleners die minder getraind waren in het motivationeel interviewen, waren enkel effectief bij de groep patiënten die reeds bereid waren tot verandering. [44]
De duur van de interventie zou echter geen significante invloed hebben op de effectiviteit van de minimale interventie bij alcoholproblematiek. Dit bleek uit een studie waarbij interventies van 10 minuten vergeleken werden met interventies van 50 minuten. [45]

2.13 Minimale interventie bij obesitas

Met minimale interventies wijst men op korte interacties met een patiënt waarin de focus ligt op veranderen van probleemgedrag. Het begrip minimale interventies komt voort uit de behandeling van verslavingen zoals alcoholisme, waarbij korte interventies even effectief bleken te zijn dan langere interventies en effectiever dan geen interventie. [46]

In een review van de National Health Service komt men tot de conclusie dat minimale interventies ter bevordering van gezondere levensstijl effectief kunnen zijn. Hiertoe is het belangrijk dat er gefocust wordt zowel op aanpassing van de voedingsgewoontes als op fysieke activiteit. [46] Bovendien neemt de effectiviteit van de minimale interventie toe wanneer de zorgverlener gebruik maakt van de principes van het motivationeel interviewen. Deze bevorderen namelijk de interne motivatie van de patiënt. [47, 48]
Eveneens zijn interventies om een gezondere levensstijl te promoten effectiever gebleken als minstens één zelf-monitoring techniek gehanteerd wordt. [49]

Martins en McNeil besluiten in hun recente review dat de literatuur erop wijst dat motivationeel interviewen effectief is op vlak van dieet en beweging. [48]

In een meta-analyse van 11 RCT's (Randomized Controlled Trial) kwam men tot de conclusie dat het motivationeel interview bij patiënten met overgewicht of obesitas een statistisch significante daling van het lichaamsgewicht en een statistisch niet-significante daling van het BMI met zich meebrengt. [50]

Een meta-analyse in de British Journal of General Practice toonde een significant effect aan van motivationeel interviewen in wetenschappelijke setting op vlak van BMI, totaal cholesterol en bloeddruk. In circa drie kwart van de 72 geïncludeerde studies werd een significant en klinisch relevant effect van motivationeel interviewen vastgesteld op zowel fysiologische als psychologische aandoeningen. Geen enkele studie toonde ongewenste of schadelijke effecten van het motivationeel interviewen. Van de studies waarbij het motivationeel interview zestig minuten duurde toonde 81 procent een significant effect op het probleemgedrag, van de studies waarbij de interventie minder dan twintig minuten duurde bedroeg dit 64 procent. De effectiviteit van de interventie nam ook toe bij herhaalde patiëntencontacten. [36]

Ondanks het feit dat er review-level evidentie bestaat voor de effectiviteit van motivationeel interviewen in korte interventies van 15 minuten, blijkt toch dat herhaalde patiëntencontacten en toegenomen duur van de interventies de kans op een positief effect vergroot. [36, 46] Hoe deze verdere follow-up moet ingedeeld worden is op heden nog onduidelijk. [46]

3 Methodologie

Het praktijk verbeterend project in kader van deze masterproef kwam tot stand in samenwerking met collega Huisarts In Opleiding Dr. Sigrid Jong en werd uitgevoerd in onze beide opleidingspraktijken met als doel zo een meer gevarieerde en grotere onderzoekspopulatie te bekomen.

3.1 Patiënten-inclusie

De opzet van dit praktijk verbeterend project is voornamelijk het in kaart brengen van de invloed van een minimale interventie toegepast in de huisartsenpraktijk op de motivatiestatus van de patiënt met obesitas wat betreft het verbeteren van de levensstijl.
In beide opleidingspraktijken werden volwassen patiënten met obesitas (BMI >30 kg/m²) geïncludeerd.
Als exclusiecriteria voor dit project gelden leeftijd onder 18 jaar en zwangerschap.

3.2 Omschrijving van de interventie

Bij alle patiënten die op consultatie kwamen, ongeacht de reden van het consulteren, die een BMI groter dan 30 kg/m² hadden, werd de motivatiestatus bepaald en een minimale interventie gedaan.
Het peilen naar de motivatiestatus gebeurde aan de hand van volgende vragen:

- *Bent u bezorgd over de besproken resultaten? (lengte, gewicht, BMI)*
- *Hoe belangrijk vindt u het om een gezond gewicht te hebben? Waarom vindt u dit belangrijk?*
- *Hoe belangrijk vindt u het om uw levensstijl te veranderen? Waarom vindt u dit belangrijk?*
- *Als u uw huidige levensstijl zou willen veranderen, wat is er dan nodig om hierin te slagen? Wat moet er veranderen om deze slaagkans te verhogen? Zal u dat lukken denkt u?*

Aan de hand van deze motivationele vragenlijst werd de motivatiestatus van de patiënt bepaald, dewelke werd uitgedrukt volgens het model van Prochaska en Diclemente.
Vervolgens werd bij al deze patiënten een minimale interventie uitgevoerd.
Deze minimale interventie heeft als bedoeling de patiënt te sensibiliseren wat betreft levensstijl en gewicht. Deze minimale interventie houdt in dat de arts op het einde van de consultatie aan de hand van enkele korte vragen het aspect levensstijl en gewicht aankaart volgens het FRAMES-principe. Idealiter kon deze minimale interventie gelinkt worden aan de klachten waarmee de patiënt kwam consulteren.

Bij alle patiënten bij wie een minimale interventie gebeurd was, werd tijdens de volgende consultatie opnieuw de motivatiestatus nagegaan en werd bevraagd in welke mate de minimale interventie hen tot nadenken/actie aangezet had. Deze bevraging gebeurde schriftelijk met behulp van een vooraf opgestelde vragenlijst (zie bijlage 2).

3.3 Literatuurstudie

Voor het schrijven van de inleiding werd informatie gehaald uit gepubliceerde artikels, richtlijnen en boeken uit de medische vakliteratuur. De online databank MEDLINE werd hiervoor gebruikt aan de hand van de gratis digitale zoekrobot PubMed voor het verzamelen van artikels. Frequent gebruikte zoektermen waren: “obesity”, “motivational interview” en “brief intervention”.

3.4 Data-analyse

Gezien de beperkte omvang van de onderzoekspopulatie werd de beschrijvende statistiek en data-analyse niet uitgevoerd aan de hand van een statistisch software pakket, maar aan de hand van Microsoft Excel.

4 Resultaten

4.1 Beschrijvende statistiek

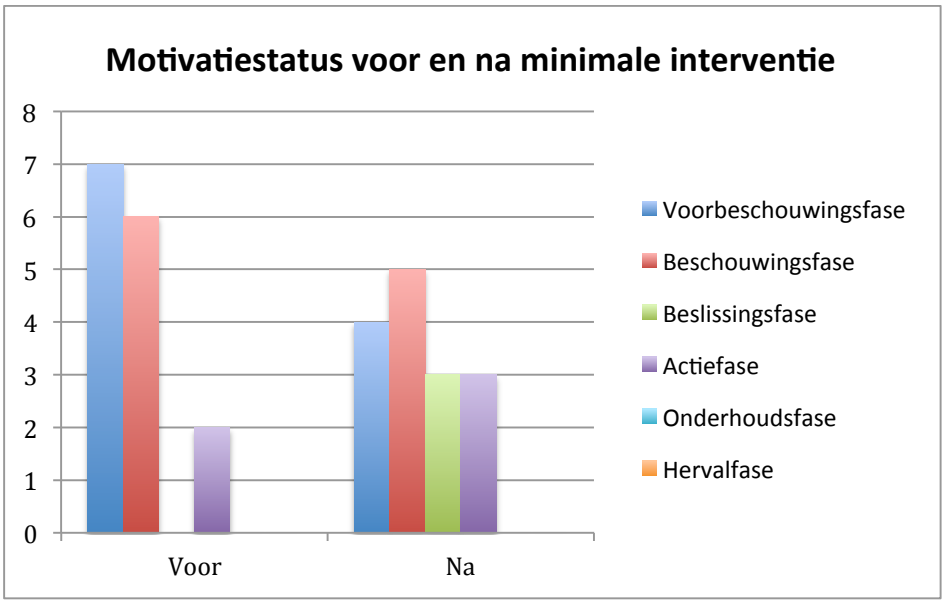
In beide huisartsenpraktijken werd bij patiënten met obesitas aan de hand van een motivationeel interview de motivatiestatus bepaald en een minimale interventie uitgevoerd. In totaal waren er 15 patiënten die in een vervolgconsultatie ook bereid waren de vragenlijst in te vullen.

Van deze 15 patiënten waren er 11 vrouwen (73,33%) en 4 mannen (26,67%). De leeftijd van de geïncludeerde patiënten varieerde tussen 36 en 69 jaar, de gemiddelde leeftijd bedroeg 56,3 jaar.
Op het moment van de eerste consultatie bedroeg in deze populatie de gemiddelde lengte 164,2 cm en het gemiddelde gewicht 98,8 kg. De gemiddelde 'body mass index' was 36,82 kg/m².

Tijdens de eerste consultatie werd de motivatiestatus van de patiënten bepaald en uitgedrukt volgens het model van Prochaska en Diclemente. Zeven van de 15 geïncludeerde patiënten bevonden zich in de voorbeschouwingsfase (46,67%), zes in de beschouwingsfase (40%) en twee in de actiefase (13,33%).
De gemiddelde duur tussen de minimale interventie en de vervolgconsultatie waarbij de vragenlijst werd ingevuld bedroeg 10,4 weken.

Tijdens de consultatie die volgde op deze met de minimale interventie werd opnieuw de motivatiestatus van de patiënten bepaald. In deze tweede fase bevonden vier patiënten zich in de voorbeschouwingsfase (26,67%), vijf patiënten in de beschouwingsfase (33,33%), drie patiënten in de beslissingsfase (20%) en drie patiënten in de actiefase (20%).

Figuur 3: Motivatiestatus voor en na de minimale interventie.

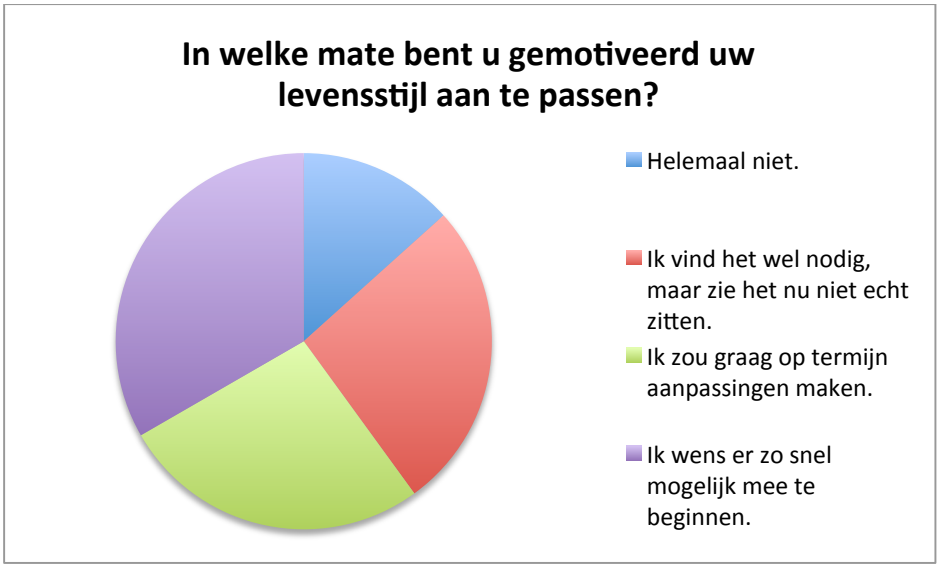


Negen patiënten zijn niet geëvolueerd naar een volgende motivatiefase volgens het model van Prochaska en Diclemente (60%). Twee van deze negen patiënten bevonden zich reeds in de actiefase en waren bij de opvolgconsultatie nog steeds in de actiefase.
Zes van de vijftien geïncludeerde patiënten zijn echter wel van motivatiefase veranderd (40%). Drie patiënten bevonden zich voor de minimale interventie in de beschouwingsfase en evolueerden naar de beslissingsfase, twee patiënten gingen van de voorbeschouwingsfase naar de beschouwingsfase en één patiënt evolueerde van de voorbeschouwingsfase naar de actiefase.

Van de 15 geïncludeerde patiënten hebben er zeven (46,67%) aangegeven sinds de minimale interventie meer stilgestaan te hebben bij hun levensstijl en acht (53,33%) evenveel als voordien, niemand gaf aan minder dan voordien bij zijn/haar levensstijl stilgestaan te hebben. Zeven van de 15 patiënten (46,67%) had sinds de voorgaande consultatie reeds aanpassingen gemaakt in de levensstijl.
Twee patiënten gaven in de vragenlijst aan helemaal niet gemotiveerd te zijn tot gedragsverandering (13,33%), vier patiënten zagen de nood tot verandering wel in,

maar zagen het niet zitten het nodige te doen (26,67%). Vier patiënten wensten op termijn de levensstijl te wijzigen (26,67%) en vijf patiënten hebben aangegeven graag zo snel mogelijk aanpassingen te willen maken in de huidige levensstijl (33,33%).

Figuur 4: Mate van motivatie door patiënten aangegeven tijdens vervolgconsultatie.



4.2 Vergelijkende statistiek

Als we de twee verschillende huisartsenpraktijken met elkaar vergelijken zien we dat de gemiddelde leeftijd van de geïncludeerde patiënten in beide praktijken ongeveer zeven jaar verschilde (52,7 vs. 59,9 jaar), ook de gemiddelde 'body mass index' verschilde wat (38,62 vs. 35,23 kg/m²).
De resultaten van de minimale interventie was echter wel vergelijkbaar, in beide praktijken waren er drie patiënten die van motivatiefase veranderd waren op het moment van de vervolgconsultatie, dit komt overeen met 42,86% en 37,50% van de populaties.

Als we de groep patiënten die niet evolueerden naar een andere motivatiefase vergelijken met de patiënten die wel verder evolueerden over de motivatiefases

volgens het model van Prochaska en Diclemente, zien we een vergelijkbare gemiddelde leeftijd (respectievelijk 56,89 en 56 jaar). De gemiddelde BMI lag wat lager bij de tweede groep (respectievelijk 37,59 en 35,64 kg/m²).
De tijd tussen de minimale interventie en het invullen van de vragenlijst was gemiddeld gezien wat langer bij de patiënten die wel van motivatiefase veranderden (9,89 weken versus 11,17 weken).

Van de zeven patiënten die bij de eerste consultatie in de voorbeschouwingsfase waren, zijn er twee geëvolueerd naar de beschouwingsfase en één naar de actiefase. De rest veranderde niet van motivatiestatus.
Op het moment van de eerste consultatie waren zes patiënten in de beschouwingsfase, waarvan er drie evolueerden naar de beslissingsfase en drie niet van motivatiefase veranderden.
Beide patiënten die bij het eerste contact in de actiefase waren, bleven in deze fase na de minimale interventie.

5 Discussie

Van de vijftien patiënten die geïncludeerd werden zijn er zes geëvolueerd naar een verder stadium in de motivatiefases volgens het model van Prochaska en Diclemente. Van de zeven patiënten die zich bij de eerste consultatie in de voorbeschouwingsfase bevonden, zijn er twee geëvolueerd naar de beschouwingsfase en één naar de actiefase. Van de zes patiënten die aanvankelijk in de beschouwingsfase waren, zijn er drie geëvolueerd naar de beslissingsfase. Dit alles over een periode van gemiddeld 10,4 weken.
Gezien er geen controlegroep voorzien werd in de opzet van dit praktijk verbeterend project, kan niet vergeleken worden met de normale evolutie in motivatiestatus van patiënten met obesitas zonder het aanbieden van een minimale interventie.

Er kon geen significante associatie aangetoond worden tussen het veranderen van motivatiestatus enerzijds en de 'body mass index', het gewicht, de leeftijd, de tijd tussen de twee patiëntencontacten of de motivatiefase op het moment van de eerste consultatie anderzijds.
Gezien de kleine studiepopulatie dienen deze resultaten toch met enige voorzichtigheid benaderd te worden. In het rapport van de American Heart Association wordt immers gesteld dat het bepalen van de motivatiestatus zinvol is om in te schatten in hoeverre de patiënt een levensstijl interventie zal onthouden. [34] Ook in het WHO rapport omtrent de minimale interventies wordt gesteld dat het motivationeel interview voornamelijk nuttig is bij patiënten in de voorbeschouwingsfase en beschouwingsfase. [33]
Ook in de onderzoekspopulatie van dit praktijk verbeterend project zien we dat de verandering van motivatiestatus gebeurde bij de patiënten in de voorbeschouwings- en beschouwingsfase en dat de patiënten die in de actiefase zitten geen evolutie in de motivatiestatus vertoonden. De patiënten die zich reeds in de actiefase bevonden op het moment van de eerste consultatie, gaven wel allebei aan aanpassingen gemaakt te hebben in de levensstijl in de periode tussen de twee consultaties. De

minimale interventie had bij patiënten in de actiefase weinig effect op de motivatiestatus, maar toonde wel invloed te hebben op het gedrag.

Verschillende factoren beïnvloeden de moeizame inclusie van patiënten in een project rond de aanpak van obesitas. Ten eerste is het bij patiënten met obesitas niet eenvoudig een gesprek te starten over hun lichaamsgewicht. Voor vele patiënten met overgewicht blijft het een erg gevoelig thema. Het is van groot belang dat de arts een empathische en niet beschuldigend houding aanneemt. Ook de woordenschat die tijdens deze communicatie gebruikt wordt, blijkt van belang te zijn. Zo zouden sommige patiënten het woord 'obees' discriminerend vinden. [34]

Daarnaast is er bij veel patiënten met obesitas ook een gebrek aan ziekte-inzicht, dit is voornamelijk het geval bij oudere patiënten van allochtone achtergrond.

De derde remmende factor op de patiënten-inclusie was tijdsgebrek. De minimale interventie in kader van de aanpak van obesitas is gebleken geen echte korte interventie te zijn. In het rapport van de American Heart Association wordt gesteld dat counseling voor obesitas doorgaans complexer en tijdrovender is dan rookstopinterventies. [34]
De diagnose van obesitas behelst een uitgebreide anamnese met aandacht voor leefgewoonten, onderliggende pathologie, eetstoornissen, comorbiditeit en cardiovasculair risicoprofiel. Het in kaart brengen van de problematiek is bijgevolg erg tijdrovend, zelfs wanneer men niet uitgebreid ingaat op alle aspecten en voor verdere uitwerking verwijst naar een vervolgconsult.
Volgens een review van de National Health Service neemt het motivationeel interview doorgaans meer tijd in beslag dan het traditioneel adviseren van de patiënt. De optimale duur van een motivationeel interview zou volgens Cavill et al. zestig minuten bedragen, maar ook kortere interventies van 15 minuten zijn effectief gebleken. [46]
Het is niet evident dit alles te integreren in de dagelijkse praktijk waarbij de patiënt doorgaans met een andere aanmeldingsklacht op consultatie komt.

Voor volgehouden veranderingen in de levensstijl en lange termijn effect op het lichaamsgewicht lijken herhaalde patiëntencontacten nodig te zijn. In sommige gevallen kan verwijzing naar intensievere begeleiding nodig zijn. Maar zelfs in deze gevallen kan de eerste interactie met de huisarts cruciaal zijn voor de motivatie van de patiënt. Bij deze initiële consultatie is het voornamelijk van belang het overgewicht te objectiveren en de motivatiestatus te bepalen. [46]

Op een gemiddelde termijn van 10,4 weken zijn zes van de vijftien geïncludeerde patiënten verder geëvolueerd over de motivatiefases volgens het model van Prochaska en Diclemente. Gezien de opzet en de duur van dit praktijk verbeterend project konden geen lange termijn effecten bestudeerd worden.
Een verandering van motivatie zal namelijk niet altijd gepaard gaan met een effectieve verandering in de levensstijl van de obese patiënt.
In een meta-analyse van 11 RCT's (Randomized Controlled Trial) kwam men echter wel tot de conclusie dat het motivationeel interview bij patiënten met overgewicht of obesitas een statistisch significante daling van het lichaamsgewicht en een statistisch niet-significante daling van het BMI met zich meebrengt. [50]

6 Conclusie

Om de motivationele interventie te kunnen integreren in de dagelijkse praktijkvoering dient de tijdsduur ervan beperkt te worden. Hiertoe lijkt het aangewezen de interventie te beperken tot enkele kernaspecten. Een eerste daarvan is het in kaart brengen van de problematiek, met aandacht voor de mogelijke aanwezigheid van een eetstoornis. Aangevuld met het bepalen van de motivatiestatus van de patiënt aan de hand van een motivationeel interview.
Voor verdere uitwerking van de diagnostiek van comorbiditeit en kaderen binnen het cardiovasculair risicoprofiel kan dan verwezen worden naar een vervolgconsultatie.

Het doel van dit praktijk verbeterend project was het in kaart brengen van de invloed van een minimale interventie op de motivatie tot levensstijlveranderingen bij volwassen patiënten met obesitas.
Veertig procent van de populatie is geëvolueerd naar een verder stadium in de motivatiefases volgens het model van Prochaska en Diclemente en de patiënten die zich reeds in de actiefase bevonden, gaven aan reeds aanpassingen in de levensstijl te hebben gemaakt sinds de minimale interventie.
Deze minimale interventie kan dus een eerste stap in de goede richting zijn, maar dient aangevuld te worden met langdurigere begeleiding opdat deze zou leiden tot lange termijn effecten op het gewicht en de algemene gezondheidstoestand van deze populatie.

7 Referenties

1. *NHG Standaard: Obesitas.* Huisarts en wetenschap, 2010. **53**(11): p. 609-625.
2. Branca F, Nikogosian H., Lobstein T, *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response.* 2007.
3. Van Royen P, B.H., D'Hondt A, Provoost C, Van Der Borght W, *Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk.* Huisarts Nu 2006. **35**(3): p. 118-140.
4. Eetexpert (2013). Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas. Draaiboek voor huisartsen. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, M.v.W., Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via vzw Eetexpert.be).
5. Pischon T, Boeing H., Hoffmann K, Bergmann M, Schulze MB, Overvad K, et al, *General and abdominal adiposity and risk of death.* The New England Journal of Medicine, 2008. **359**: p. 2105-20.
6. CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen.* 2008.
7. Farooqi, *Oxford textbook of medicine.* 5th edition ed. 2010.
8. Moreau, M, et al., *Obesity, body fat distribution and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Belstress study.* Int J Obes Relat Metab Disord, 2004. **28**(4): p. 574-82.
9. Peeters A, et al., *Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis.* Ann Intern Med, 2003. **138**(1): p. 24-32.
10. Whitlock G, et al., *Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies.* Lancet, 2009. **373**(9669): p. 1083-96.
11. Manson JE, et al., *Body weight and longevity. A reassessment.* JAMA, 1987. **257**(3): p. 353-8.
12. James WPT, et al., *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors.* . Vol. 1. 2004, Geneva: WHO.
13. Van de Heyden J, et al., *Gezondheidsenquête België*, ed. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. 2010, Brussel.
14. Molenaar EA, et al., *Aanzienlijke comorbiditeit bij volwassenen met overgewicht: resultaten uit het 'Leidsche Rijn Gezondheidsproject'.* Ned Tijdschr Geneeskd, 2008. **152**: p. 2457-63.
15. Gast GC, et al., *Intra-national variation in trends in overweight and leisure time physical activities in The Netherlands since 1980: stratification according to sex, age and urbanisation degree.* Int J Obes (Lond), 2007. **31**(3): p. 515-20.
16. Frost GS, Lyons GF, Counterweight Project, *Obesity impacts on general practice appointments.* Obes Res, 2005. **13**(8): p. 1442-9.
17. Thompson D, et al., *Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study.* Obes Res, 2001. **9**(3): p. 210-8.
18. Thompson D, Wolf AM, *The medical-care cost burden of obesity.* Obes Rev, 2001. **2**(3): p. 189-97.

19. Fry J, Finley W, *The prevalence and costs of obesity in the EU.* Proc Nutr Soc, 2005. **64**(3): p. 359-62.
20. National Institute for Health and Care Excellence, *Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children.* 2006.
21. Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR, *Diagnosis and management of binge eating disorder.* World Psychiatry, 2007. **6**(3): p. 142-8.
22. Kessler RC, et al., *The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys.* Biol Psychiatry, 2013. **73**(9): p. 904-14.
23. de Zwaan M, *Binge eating disorder and obesity.* Int J Obes Relat Metab Disord. , 2001. **25**: p. S51-55.
24. Daansen PJ, *Cognitieve gedragstherapie voor gewichtsreductie bij primaire obesitas. .* Huisarts Wet, 2003. **46**: p. 262-6.
25. Neter JE, et al., *Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials.* Hypertension, 2003. **42**(5): p. 878-84.
26. Van Gaal L, et al., *The beneficial effects of modest weight loss on cardiovascular risk factors.* Int J Obes Relat Metab Disord 1997. **21**: p. 5-9.
27. National Heart Forum, *Lightening the load: tackling overweight and obesity. A toolkit for developing local strategies to tackle overweight and obesity in children and adults.* 2007, National Heart Forum, Faculty of Public Health, Department of Health. .
28. National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, *Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults-the evidence report. .* Obes Res, 1998. **6**: p. 51S-209S.
29. Estabrooks P, Glasgow R, and Dzewaltowski D, *Physical activity promotion through primary care.* JAMA, 2003. **289**(22): p. 2913-6.
30. Li Z, et al., *Meta-analysis: pharmacologic treatment of obesity.* Ann Intern Med, 2005. **142**(7): p. 532-46.
31. Padwal R, Li SK, Lau DC, *Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight.* Cochrane Database Syst Rev, 2004(3): p. CD004094.
32. Rollnick S, *Health behaviour Change.* . 1997, Edinburgh.
33. WHO, *Brief intervention: The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care.* 2010: Geneva.
34. American Heart Association, *AHA scientific statement: New and emerging weight management strategies for busy ambulatory settings*. 2011. p. 1182-1203.
35. Quinn, VP, et al., *Tobacco-cessation services and patient satisfaction in nine nonprofit HMOs.* Am J Prev Med, 2005. **29**(2): p. 77-84.
36. Rubak S, et al., *Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis.* Br J Gen Pract, 2005. **55**(513): p. 305-12.
37. Miller WR, Rollnick S, *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2002, New York: Guilford Press.
38. Coleman T, *ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support.* BMJ, 2004. **328**(7436): p. 397-9.

39. Van den Bruel A, et al., *Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop*. 2004, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE): Brussel.
40. Silagy C, Stead L, *Physician advice for smoking cessation*, in *The Cochrane Library*. 2004: Oxford.
41. US Department of Health and Human Services, *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline.* 2008: Rockville.
42. Stead, L, et al., *Physician advice for smoking cessation.* Cochrane Database Syst Rev, 2013. **5**: p. CD000165.
43. Lai DT, et al., *Motivational interviewing for smoking cessation.* Cochrane Database Syst Rev, 2010(1): p. CD006936.
44. Gaume J, et al., *Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions.* J Subst Abuse Treat, 2009. **37**(2): p. 151-9.
45. Kulesza M, et al., *Brief alcohol intervention for college drinkers: how brief is?* Addict Behav, 2010. **35**(7): p. 730-3.
46. Cavill N, Hillsdon M, Anstiss T, *Brief interventions for weight management.* 2011, National Obesity Observatory: Oxford.
47. Miller WR, Rollnick S, *Ten things that motivational interviewing is not.* Behav Cogn Psychother, 2009. **37**(2): p. 129-40.
48. Martins RK, McNeil DW, *Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors.* Clin Psychol Rev, 2009. **29**(4): p. 283-93.
49. Artinian NT, et al., *Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association.* Circulation, 2010. **122**(4): p. 406-41.
50. Armstrong MJ, et al., *Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.* Obes Rev, 2011. **12**(9): p. 709-23.

8 Bijlagen

8.1 Informatie- en toestemmingsformulier

Beste patiënt,

U wordt gevraagd deel te nemen aan een onderzoek naar de invloed van een minimale interventie op de motivatiestatus wat betreft veranderingen in levensstijl. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in twee huisartsenpraktijken in Vlaanderen in kader van de huisartsenopleiding, dit onder supervisie van Prof. Dr. Paul De Cort van de KU Leuven. De bedoeling van dit onderzoek is na te gaan in hoeverre een minimale interventie de motivatiestatus wat betreft verandering in levensstijl beïnvloedt.
In dit onderzoek wordt een minimale interventie uitgevoerd. Dit houdt in dat de arts aan de hand van enkele vragen zal peilen naar uw motivatie tot verandering in levensstijl. Tijdens een vervolgconsultatie zal u gevraagd worden een korte vragenlijst in te vullen om opnieuw uw motivatiestatus te bepalen.
Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Alle informatie zal strikt vertrouwelijk behandeld worden. U kan op ieder moment het onderzoek stopzetten en de toestemming alsnog intrekken. Als u nog vragen hebt kan u zich steeds richten tot Dr. Elke De Breuck/Dr. Sigrid Jong.

Ik heb dit formulier gelezen en stem hiermee in.

.....	.....
Datum	Naam en handtekening patiënt.

8.2 Vragenlijst

Beste patiënt,

Tijdens de vorige consultatie werd er gepeild naar uw motivatie tot veranderen van uw levensstijl en werd dit kort met u besproken.
Aan de hand van deze vragenlijst proberen wij te achterhalen welke invloed dit gehad heeft op uw motivatie tot aanpassen van uw levensstijl. Gelieve deze vragenlijst zo eerlijk en volledig mogelijk in te vullen. De gegevens van dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld.

In welke mate bent u bezorgd over uw gewicht en levensstijl?
Helemaal niet belangrijk Niet belangrijk Geen mening Belangrijk Heel belangrijk

Hoe belangrijk vindt u het een gezond gewicht te hebben?
Helemaal niet belangrijk Niet belangrijk Geen mening Belangrijk Heel belangrijk

Hoe belangrijk vindt u het uw levensstijl te veranderen?
Helemaal niet belangrijk Niet belangrijk Geen mening Belangrijk Heel belangrijk

In welke mate heeft u sinds de vorige consultatie stilgestaan bij uw levensstijl?
Minder / Zelfde als voorheen / Meer

Hoe frequent was dat dan? Nooit Soms Frequent

Heeft u sinds de vorige consultatie aanpassingen gemaakt in uw levensstijl?
Ja / Neen

In welke mate bent u gemotiveerd uw levensstijl aan te passen?
Helemaal niet Ik vind het wel nodig, maar zie het niet echt zitten Ik zou graag op termijn aanpassingen maken Ik wens er zo snel mogelijk mee te beginnen

....
Datum Naam en handtekening patiënt

8.3 Goedkeuring Ethische commissie

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

Prof. dr. Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML9346
LEUVEN, 15 mei 2013

MANAMA HUISARTSGENEESKUNDE Invloed van een minimale interventie op de motivatie tot levensstijl veranderingen bij patiënten met overgewicht of obesitas. Dr. Elke De Breuck (ism Dr. Sigrid Jong).

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 19 april 2013.

Na inzage van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot vermeld dossier (uw schrijven van 12 april 2013 en 5 mei 2013) is de Commissie van oordeel dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. In het kader van de gesprekken met Prof. Schotsmans (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) aangaande dergelijke studies geeft de Commissie dan ook een gunstig advies over dit onderzoeksproject. Dit betreft uw indiening van 12 april 2013, 5 mei 2013 en 14 mei 2013.

De Commissie bevestigt dat ze volgens de ICH-GCP principes werkt (International Conference on Harmonization - Good Clinical Practice).

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

Indien er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie in ons centrum pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend werd door de gedelegeerd bestuurder van UZ Leuven.

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.
Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.
Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009).
Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer.

SECRETARIAAT: M. LEYS N. OPDEKAMP D. VAN MOLL M. VERBEECK H. HUYGHE
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient U er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een jaarlijks vorderingsrapport aan de commissie wordt bezorgd.

Tenslotte verzoeken wij U ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van eventuele reden). Gelieve het (al dan niet vroegtijdig) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een Clinical Study Report aan de Commissie te bezorgen.

Met collegiale groeten,

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULeuven

Cc CTC Clinical Trial Center

Cc Promotor
Prof. P. De Cort

Student
Dr. Elke De Breuck (ism Dr. Sigrid Jong)

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw