Kwalitatief onderzoek: Patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine (deel 2: empowerment)

Dr. Wouter Goovaerts, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Johan Wens, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde


alleen belangrijk bewegen beweging bijgekomen combinatie crash
dieet diëten dietist dikke dokter duurt eet
eten geholpen geld gematigder gezond
gezondheidsproblemen goed groenten hamburger helpen hoe
honger huisarts ideaal kilo kleine kwijt lang letten leven
liever lopen maanden manier minder moeilijk
moet moeten operaties
overgewicht porties problemen sneller
sporten termijn tijd veel voeding voldoende
volhouden weight watchers willen zelf ziek

Voorwoord

Na twee jaar van plannen, nadenken, opzoeken, uitvoeren, lezen, schrijven en herschrijven wens ik mijn promotor Professor Johan Wens uitdrukkelijk te danken voor zijn bijdrage aan het omzetten van ruwe plannen tot een concreet studie opzet. Daarnaast stond hij steeds paraat voor feedback, goede raad en nieuwe ideeën ondanks zijn drukke agenda.

Uiteraard wil ik mijn trouwe thesis gezelschap Claudia Kocken te bedanken met wie ik al die tijd intens heb samengewerkt. Deze thesis zou niet dezelfde zijn zonder haar.

Ik wens ook mijn praktijkopleider Dr Peter Proost te bedanken om mij te begeleiden en te ondersteunen wanneer dat nodig was.

Tenslotte wens ik de patiënten die deel hebben genomen aan deze studie te bedanken. Zichzelf kwetsbaar opstellen in een groep in de naam van de wetenschap kan niet als vanzelfsprekend beschouwd worden.

Abstract

Context: Overgewicht en obesitas vormen een steeds groter probleem in Vlaanderen en op wereldniveau. Gezien de stijgende prevalentie en de aanzienlijke gezondheidsrisico's is de aanpak van obesitas in de eerste lijn essentieel voor een goede gezondheidszorg. De aanpak van obesitas ondervindt echter vele struikelblokken bij zowel arts als patiënt waaronder stigmatisering van overgewicht, gebrek aan motivatie, en het niet herkennen van obesitas als een gezondheidsprobleem. Empowerment kan bij patiënten met overgewicht een positief effect hebben op de motivatie voor gedragsverandering en het volhouden van gewichtsverlies. Om de aanpak van overgewicht en obesitas in de huisartspraktijk te faciliteren is het belangrijk om na te gaan welke factoren motiverend en remmend werken bij de patiënt. Gezien de multiculturaliteit in Vlaanderen worden ook patiënten met een Marokkaanse of Turkse achtergrond opgenomen in de studie.

Doelstelling: De empowerment van patiënten van Vlaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst rond obesitas zal nagegaan worden, met het doel tot een gepaste aanpak van obesitas in de huisartspraktijk te komen.

Methode: Een kwalitatief onderzoek wordt uitgevoerd met enerzijds focusgesprekken en anderzijds vragenlijsten. De deelnemers voor de focusgesprekken worden gerekruteerd in huisartsenpraktijken 'De Bist' in Westerlo (Vlaamse deelnemers) en 'Zuiderpoort' in Antwerpen (Marokkaanse en Turkse deelnemers). De vragenlijsten worden ingevuld door patiënten van beide huisartspraktijken. Inclusiecriteria zijn: leeftijd ≥ 18 jaar, BMI ≥ 25 kg/m^2; Vlaamse, Turkse of Marokkaanse afkomst (zowel 1ste als 2de generatie). De kwalitatieve date wordt via thematische analyse verwerkt met het software pakket NVivo. Beschrijvende statistiek wordt geanalyseerd in SPSS.

Resultaten: Tien patiënten namen deel aan de focusgesprekken, 4 van Vlaamse, 4 van Turkse en 2 van Marokkaanse afkomst. Lichaamsbeweging en dieet werden vooral door de Vlaamse en Marokkaanse deelnemers beschouwd als beste manier om gewicht te verliezen. Bij alle groepen was er twijfel en een gebrek aan kennis omtrent de aanpak van overgewicht. De voornaamste barrières bij de aanpak van overgewicht zijn een gebrek aan motivatie en het volhouden van dieet en lichaamsbeweging. Bij de Vlaamse deelnemers ligt de nadruk eerder op het volhouden van de levensstijlverandering, terwijl bij de Turkse en Marokkaanse deelnemers motivatie het grootste probleem vormt. Van de huisarts wordt in alle groepen verwacht dat er meer voorlichting wordt gegeven en in de tweede plaats ook steun, aanmoediging en begeleiding. Het aansnijden van het onderwerp overgewicht en obesitas door de huisarts ligt vaak gevoelig bij patiënten. De helft van de Vlaamse deelnemers heeft weinig vertrouwen in de capaciteit van zichzelf en de huisarts om overgewicht aan te pakken. Bij de Marokkaanse deelnemers is dit vertrouwen vooral bij de mannen groter.

Conclusie: Overgewicht en obesitas bespreekbaar maken bij patiënten is een uitdaging en kan makkelijker verlopen bij een goede arts-patiënt relatie. Er is voor de patiënten van deze studie vooral nood aan meer informatie en voorlichting door de huisarts. Deze nood is groter bij de Marokkaanse en Turkse deelnemers. Ook begeleiding en ondersteuning kunnen een belangrijke rol spelen bij de motivatie en het volhouden van een levensstijlverandering.

Inhoudsopgave

1. Introductie 6
2. Doelstelling 8
3. Methode 9
3.1 Literatuuronderzoek 9
3.2 Populatie en rekrutering 9
3.3 Verwerving en analyse van de gegevens 10
3.3.1 Focusgesprekken 10
3.3.2 Vragenlijsten 11
4. Literatuurstudie 12
4.1 Overgewicht in België 12
4.2 Interventies om overgewicht aan te pakken in de eerstelijnszorg 12
4.3 Motiverende factoren en barrières voor de aanpak van overgewicht 13
5. Resultaten 15
5.1 Populatie focusgesprekken 15
5.2 Populatie vragenlijsten 15
5.3 Resultaten focusgesprekken 16
5.3.1 Resultaten van patiënten met Vlaamse afkomst 16
5.3.2 Resultaten van patiënten met Marokkaanse afkomst 18
5.3.3 Resultaten van patiënten met Turkse afkomst 19
5.4 Resultaten vragenlijsten 22
5.4.1 Gesloten vragen Vlaamse deelnemers 22
5.4.2 Gesloten vragen Marokkaanse deelnemers 22
5.4.3 Gesloten vragen Turkse deelnemers 23
5.4.4 Open vragen 24
6. Discussie 27
6.1 Interpretatie 27
6.2 Sterke kanten en mogelijke minpunten van deze studie 28
7. Conclusie 30
8. Referenties 31
9. Bijlagen 33
Bijlage 1: Draaiboek focusgesprekken 33
Bijlage 2: Vragenlijst rond overgewicht 36
Bijlage 3: Goedgekeurd protocol ethisch comité en informatieformulier 37

1. Introductie

De 'World Health Organisation' (WHO) definieert overgewicht en obesitas als een abnormale of excessieve vetaccumulatie met een gezondheidsrisico tot gevolg. De maat die meestal gebruikt wordt om deze aandoening op te sporen is de 'body mass index' (BMI = G in kg/L^2 in m), waarbij een BMI ≥ 25 wordt beschouwd als overgewicht en een BMI ≥ 30 als obesitas. De wereldwijde prevalentie van obesitas is bijna verdubbeld tijdens de periode van 1980-2008. Volgens de WHO leed in 2008 35% van de wereldbevolking boven de 20 jaar aan overgewicht en 12% aan obesitas. In België heeft 59.8% van de mannen en 43,1% van de vrouwen een BMI ≥ 25, terwijl een BMI ≥ 30 bij 21.2% van de mannen en 16.9% van de vrouwen voorkomt.[1] Overgewicht en obesitas zijn belangrijke risicofactoren voor heel wat chronische aandoeningen zoals type 2 diabetes mellitus, cardiovasculaire aandoeningen, een aantal maligniteiten en gewrichtsaandoeningen.[2] De hoge prevalentie en het belangrijke gezondheidsrisico maken van obesitas een prioriteit in de eerstelijnsgeneeskunde. Deze aandoening dient dan ook hoog op de onderzoeksagenda te staan.

Voor de aanpak van obesitas beschikt de Vlaamse huisarts onder andere over een Domus Medica standaard en een NHG standaard die beiden een multidisciplinaire aanpak voorstellen. Om tot een optimale aanpak te komen is het naast de implementatie van deze aanbevelingen volgens ons ook zeer belangrijk om de ideeën en barrières van artsen en patiënten omtrent deze aandoening te kennen en te begrijpen. Er zijn reeds verschillende onderzoeken gebeurd die de perceptie van artsen omtrent obesitas zijn nagegaan, waaruit blijkt dat het merendeel obesitas als een gezondheidsprobleem aanziet.[3-5] Barrières voor de aanpak hiervan blijken vooral het gebrek aan educatie en communicatievaardigheden te zijn.[4] Dit zijn twee aspecten waar in de huidige geneeskunde-opleiding meer aandacht aan besteed wordt dan in het verleden. Een andere barrière die aan bod komt is het gevoel van gebrekkige motivatie van patiënten en de frustratie die de behandeling daardoor met zich meebrengt.[5-6] Daarom is er geopteerd om in deze studie eerder te focussen op de perceptie van patiënten. Er zijn reeds een aantal onderzoeken gebeurd naar de perceptie van verschillende patiëntengroepen omtrent overgewicht en obesitas.[8-10] Hieruit blijkt dat obesitas vaak niet herkend wordt als gezondheidsprobleem en dat de perceptie omtrent obesitas afhankelijk is van verschillende factoren zoals socio-economische status en BMI van de patiënt. Het merendeel van deze studies heeft echter een onderzoekspopulatie die bestaat uit kinderen en adolescenten, terwijl de populatie in de huisartsenpraktijk vooral uit volwassenen bestaat.[7,9,10]

Er is evidentie dat er bij een aantal chronische aandoeningen het stimuleren van 'self-managment' een positieve invloed heeft op de behandeling.[11] De opkomst van applicaties op smartphones rond de aanpak van obesitas speelt hier op in.[12] Het concept 'shared care' maakt opgang in dit onderzoeksdomein. Echter zijn er wat betreft de aanpak van obesitas bij volwassenen nog geen eenduidige gegevens bekend over de effectiviteit hiervan.[13] Er zijn wel studies gebeurd naar de efficiëntie van shared care bij de aanpak van obesitas bij kinderen, zonder duidelijk resultaat.[14]

In de huidige multiculturele samenleving is aandacht voor het mogelijke verschil in perceptie tussen patiënten van verschillende culturele afkomst belangrijk voor een optimale individuele aanpak van overgewicht en obesitas. De afkomst van de patiënt kan immers een invloed hebben op de ideeën en denkwijzen van zowel arts als patiënt. In België zijn de belangrijkste migrantengroepen Marokkanen en Turken. In Vlaanderen is 2,2 % van de bevolking van Marokkaanse herkomst en 1,8 % van Turkse herkomst, in Antwerpen gaat het om respectievelijk 11 % en 4 %.[15] Aangezien de patiëntenpopulatie

in de Antwerpse huisartspraktijk vooral bestaat uit patiënten van Vlaamse, Marokkaanse en Turkse afkomst zal dit onderzoek zich focussen op deze 3 populaties.

2. Doelstelling

Perceptie

In deze studie zal de perceptie van patiënten van Vlaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst rond obesitas nagegaan worden, met het doel tot een gepaste aanpak van obesitas in de huisartspraktijk te komen. Dit deel zal uitgevoerd worden door Claudia Kocken.

Empowerment

In deze studie zal de empowerment van patiënten van Vlaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst rond obesitas nagegaan worden, met het doel tot een gepaste aanpak van obesitas in de huisartspraktijk te komen. Dit deel zal uitgevoerd worden door Wouter Goovaerts.

3. Methode

Een kwalitatieve exploratieve studie werd uitgevoerd om een beter beeld te krijgen van de perceptie, ideeën en ervaringen van volwassenen van Vlaamse en niet-Vlaamse origine over obesitas en overgewicht. Deze studie werd goedgekeurd door de ethische commisie aan de universiteit Antwerpen en het UZA. De gegevensverzameling vond plaats van september 2014 tot februari 2015.

3.1 Literatuuronderzoek:

Het doel van het literatuuronderzoek was om na te gaan wat het effect van empowerment kan zijn op de aanpak van obesitas. Hiervoor werd gezocht met behulp van de gratis zoekmotor van PubMed. Hiervoor werden voornamelijk volgende MeSH termen gebruikt: 'patient participation', 'obesity', 'qualitative research', 'outcome', 'body mass index'(zie tabel 1). Als zoekfilter bij het selecteren van de artikels werden gebruikt: artikels waarvan de volledige tekst beschikbaar was. Er werd geen restrictie geplaatst op de datum van publicatie al werd er wel voorkeur gegeven aan recente artikels. Op basis van relevantie werden de artikels verder geselecteerd voor de literatuurstudie. Hierbij werd voorkeur gegeven aan volgende zaken:

- Artikels met een populatie gelijkaardig aan het studieopzet van deze thesis. Hieronder wordt verstaan: volwassen patiënten en een vergelijkbare etnische achtergrond.
- Artikels met een setting in de eerstelijns gezondeheidszorg.
- Indien voorhanden werd de voorkeur gegeven aan systematische reviews en meta-analyses.

Richtlijnen rond de aanpak van obesitas werden geraadpleegd op de website van Domus Medica en NHG. Tevens werden er op de ICHO website eerder gebeurde masterproeven naar empowerment geraadpleegd met gelijkaardige onderwerpen zoals empowerment, multiculturaliteit, obesitas en type 2 diabetes mellitus.

Tabel 1. Overzicht zoekstrategie

Zoektermen	Aantal artikels	Selectie
'Obesity' AND 'Patient participation' AND 'Qualitative research'	29	5
'Obesity' AND 'Primary care' AND 'Empowerment'	30	4
'Obesity' AND 'Outcome' AND 'patient participation' AND 'primary care'	22	4
'Obesity' AND 'Body Mass Index' AND 'patient participation' AND 'primary care'	15	3

3.2 Populatie en rekrutering:

Deze kwalitatieve studie naar patïentbeleving rond overgewicht is opgebouwd rond twee populaties met een GMD uit de opleidingspraktijken 'De Bist' in Westerlo en 'Zuiderpoort' in Antwerpen:

1. Patiënten van Vlaamse origine: Zowel mannen als vrouwen vanaf achttien jaar met een BMI van minstens 25.
2. Patiënten van Marokkaanse of Turkse origine: Zowel mannen als vrouwen vanaf achttien jaar met een BMI van minstens 25. Het gaat om patiënten van zowel eerste als tweede generatie alochtonen.

Voor de focusgesprekken gebeurde de rekrutering van Marokkaanse en Turkse patiënten in praktijk Zuiderpoort.
De patiënten van Vlaamse origine werden in praktijk De Bist gerekruteerd. Vragenlijsten werden aan patiënten van de beide praktijken meegegeven ongeacht de afkomst van de patiënt.
Er werd initieel bij de rekrutering van de focusgesprekken een voorkeur gegeven aan patiënten met een goede kennis van het nederlands. In de praktijk bleek dit echter niet haalbaar en werd er gebruik gemaakt van een tolk.

Patiënten werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie door middel van een poster in de wachtzaal of tijdens de consultatie. Alle deelnemers ondertekenden een toestemmingsformulier.

3.3 Verwerving en analyse van de gegevens:

3.3.1. Focusgesprekken:

Het focusgesprek werd geselecteerd als meest geschikte methode om percepties, ideeën en ervaringen te exploreren. Er werd voor de focusgesprekken een draaiboek opgesteld (bijlage 1). Deze werd aan de hand van enkele richtlijnen omtrent het organiseren van focusgesprekken gemaakt (referentie). Om de hoofdonderzoeksvragen te kunnen exploreren werden er bij elke hoofdvraag telkens enkele bijvragen opgesteld, dit om ervoor te zorgen dat het gesprek niet zou stil vallen en dat er maximale interactie zou ontstaan. Voor de vragen rond perceptie werden volgende thema's aangehaald: definitie van overgewicht, de oorzaak, voor- en nadelen, risico's van overgewicht, invloed op het zelfbeeld en ideeën over de rol van cultuur en afkomst bij overgewicht. Bij het tweede deel rond empowerment kwamen dan weer volgende thema's aan bod: aanpak van overgewicht, dieet, lichaamsbeweging, de rol van de huisarts bij de aanpak van overgewicht. Bij elk focusgesprek was Claudia Kocken de moderator bij het deel rond perceptie, bij het deel rond empowerment was dat Wouter Goovaerts. Omgekeerd wisselde telkens de rol van observator. Het feit dat alle focusgesprekken telkens door beide HAIO's werden bijgewoond, garandeerde een uniformiteit. De moderator van het gesprek poogde om zo neutraal mogelijk te werken door alleen bij te sturen indien het gesprek dreigde stil te vallen.

Er vond een focusgesprek plaats bij een Turkse, Marrokaanse en een Vlaamse groep. Deze duurden elks ongeveer 30 à 45 minuten. Deze gesprekken vonden plaats in een kabinet in de huisartsenpraktijk. Er werden digitale geluidsopnamen gemaakt met twee smartphones.

Voor de interpretatie van de kwalitatieve data verkregen uit de focusgesprekken werd er gebruikt gemaakt van de thematische analyse. Hiervoor werd gebruikt gemaakt van het software pakket NVivo. Deze analyse werd door beiden HAIO's onafhankelijk uitgevoerd met het doel de betrouwbaarheid te verhogen. Eerst werden de opnames van de focusgesprekken door beide onderzoekers een aantal keer beluisterd en vervolgens letterlijk uitgeschreven. Tijdens dit proces werd niet relevante informatie reeds verwijderd uit het transcript. Als niet relevante informatie beschouwen we uitspraken die niets te maken hebben met het onderzoek, zoals 'Moet er nog koffie zijn?'. De inhoud van de transcripties van beide onderzoekers werd vergeleken, dit zorgde voor een controle op hiaten en moeilijker verstaanbare delen. De transcripties werden meerdere keren

herlezen om vertrouwd te raken met de gesprekken. Vervolgens werden de belangrijke onderwerpen in de gesprekken in kaart gebracht en voorzien van een code. Op basis van de verkregen codes werd er naar overkoepelende thema's uit de verschillende gesprekken gezocht. Daarna werd er nagegaan of de thema's goed gedefinieerd waren zodat er binnen elk thema een samenhang bestond tussen de onderlinge codes. Zo werd er ook voor gezorgd dat er eenduidigheid bestond omtrent de verdeling van de codes over de thema's. Deze methode maakte het makkelijker om de inhoud van de gesprekken te interpreteren.

3.3.2. Vragenlijsten:

Er werd een vragenlijst opgesteld die peilde naar de belangrijkste aspecten van perceptie en empowerment bij overgewicht (zie bijlage 2). Er werd gekozen voor een combinatie van twee open en acht gesloten vragen. Dit om de vragenlijst laagdrempelig te houden en tegelijkertijd voldoende kwalitatieve informatie te bekomen. De vragen werden gebaseerd op het draaiboek van het focusgesprek. Er werd ook rekening gehouden met de thema's die op de voorgrond stonden tijdens de focusgesprekken. De acht gesloten vragen waren vragen uit het draaiboek die hervormd zijn naar ja-nee vragen.

De open vragen werden tevens via thematische analyse verwerkt, gelijkaardig aan de analyse van de focusgesprekken. De gesloten vragen werden door middel van beschrijvende statistiek verwerkt in spss.

4. Literatuurstudie

Patiënten met overgewicht begeleiden vraagt een gerichte aanpak die rekening houdt met de zorgen en noden van de individuele patiënt. Om succesvol een levensstijlverandering door te kunnen voeren speelt empowerment van de patiënt een kritieke rol. In deze literatuurstudie zal worden nagegaan wat reeds geweten is over de magnitude van het probleem van overgewicht in België, de manieren waarop patiënten hun overgewicht kunnen aanpakken, en wat hen aanmoedigt of tegenhoudt om overgewicht aan te pakken.

4.1 Overgewicht in België

Cijfers rond overgewicht blijven wereldwijd toenemen en zo ook in België. Ongeveer de helft van de Belgen (48%) heeft een te hoge BMI (≥25) en 14% heeft zelfs een BMI boven 30.[16] Deze cijfers zijn gelijkaardig aan de prevalentie van overgewicht in Europa waarbij 50% van de populatie overgewicht heeft en 20% obesitas.[17]
De oorzaak van overgewicht en obesitas is een multifactorieel probleem waarbij socio-economische status, familiale achtergrond en levensgewoonten complex met elkaar verweven zijn. Interessant hierbij zijn de gegevens van de gezondheidsenquête van 2013 die bekend zijn over de levensstijl in België. Meer dan een kwart van de volwassen bevolking doet niet aan lichaamsbeweging in de vrije tijd, slechts 36% doet minstens 30 minuten aan lichaamsbeweging per dag met matige intensiteit. Dit was in 2001 nog 39%. Vrouwen zijn relatief gezien minder actief dan mannen en laagopgeleiden scoren hier ook slechter.
Op vlak van voeding zien we dat slechts 12% erin slaagt de aanbevolen 5 porties van groenten en fruit per dag te eten. Voldoende drinken (meer dan een liter water per dag) wordt daarentegen slechts gedaan door de helft van de bevolking. Vrouwen en hoogopgeleiden scoren op vlak van voedingsgewoonten het best.

Specifieke gegevens rond overgewicht bij patiënten van Turkse of Marokkaanse afkomst in België zijn niet gekend. Een systematische review uit 2011 met gegevens uit Nederland, Zweden, Noorwegen, Denemarken en Frankrijk stelt vast dat overgewicht meer prevalent is bij Turkse en Marokkaanse minderheden ten op zichte van de autochtone bevolking. Gezien de grote diversiteit in resultaten en studieopzet is het moeilijk om te kwantificeren hoe groot deze verschillen zijn.[18]

4.2 Interventies om overgewicht aan te pakken in de eerstelijnszorg

Het Nederlands Huisartsen Genootschap en Domus Medica geven elks in hun obesitas richtlijn aan dat het beleid op maat van de patiënt moet zijn. Dit beleid kan bestaan uit algemene voorlichting, voedingsgewoonten aanpassen, lichaamsbeweging stimuleren en eventueel cognitieve gedragstherapie.[19,20] Deze strategie wordt in het algemeen aangenomen als beste strategie al zijn er in de literatuur maar weinig onderzoeken bekend over deze combinatie van therapieën. Dit omdat er vaak grote verschillen kunnen zijn tussen de korte en lange termijn effecten van interventies op overgewicht. Ook het volhouden van een levensstijl verandering is vaak een probleem op lange termijn. Een studie van Harrison et al. (2004) ging na wat het effect van een lichaamsbewegingsprogramma was op de fysieke activiteit van patiënten een jaar na de start van het programma. Na 6 maanden waren er in de groep die deelnam aan het programma 10% meer mensen die 90 minuten per week aan lichaamsbeweging deden in vergelijking met de controlegroep die niet deelnam aan het programma. Na 12 maanden was dat nog slechts 5% meer ten op zichte van de controlegroep en niet meer statistisch significant.[21] Deze resultaten worden ook onderschreven door een systematische review uit 2008 waarbij er na het opstarten van een lichaamsbeweging programma hoogstens op korte termijn een positief effect waar te nemen was.[22]

In een meta-analyse uit 2007 werd de outcome van verscheidene interventies bij overgewicht met elkaar vergeleken. De methoden die op korte termijn de beste resultaten opleverden waren allen voeding gebonden (dieet, dieet in combinatie met lichaamsbeweging, maaltijdvervangers, dieet in combinatie met medicatie). Met dieet alleen werd na 6 maanden een gewichtsverlies van gemiddeld 4.9kg, na 12 maanden 4.6kg. Wanneer daar lichaamsbeweging werd aan toegevoegd werd gemiddeld 7.9kg gewichtsverlies bereikt na 6 maanden maar na 12 maanden was dit nog slechts 3.9kg. Toevoegen van lichaamsbeweging had dus meer effect op korte termijn dan op lange termijn. Het gemiddelde resultaat van alle methoden was gemiddeld een gewichtsverlies van 5 tot 8.5kg na 6 maanden. Na deze periode bereiken de resultaten een plateau fase en is er na 12 maanden een gemiddeld gewichtsverlies van 4.5 tot 7kg.[23]

In 2013 verscheen in The New England Journal of Medicine een artikel dat stelde dat het klassieke beleid (zoals dieet in combinatie met lichaamsbeweging) bij overgewicht niet succesvol is in tegenstelling tot maaltijdvervangers en medicamenteuze opties. De auteurs van het artikel hadden echter allen financiële belangen in de voedingssector of bij producenten van dieetproducten.[24]

4.3 Motiverende factoren en barrières voor de aanpak van overgewicht

Het aantal kwalitatieve studies die peilen naar de ideeën van patiënten rond de aanpak van overgewicht is eerder beperkt.
In een recente Amerikaanse studie van Russell et al (2013) werd er nagegaan wat de voornaamste faciliterende en remmende factoren waren voor een positieve gedragsverandering bij obesitas. De voornaamste faciliterende factoren waren zelfvertrouwen, zelf het goede voorbeeld willen geven aan naaste familie, ondersteuning van naaste omgeving en educatie over gezonde levensstijl. Een gebrek aan ondersteuning van familie en slechte gewoonten binnen een familie zijn dan weer twee belangrijke barrières. Op het individuele vlak vormen een gebrek aan wilskracht, stress en tijdsgebrek de grootste struikelblokken. Wat vooral naar voor komt is het belang van sociale ondersteuning gezien deze ook de individuele motivatie en doorzettingsvermogen beïnvloeden.[25]

Bij een gelijkaardig onderzoek maar dan bij obese Australische adolescenten van Smith et al. (2014) zijn er enkele overeenkomsten maar ook enkele populatie-specifieke verschillen. Bij deze pubers is het vooral het stigma dat rond overgewicht hangt dat hen tegenhoudt om begeleiding te zoeken. Daarnaast spelen tijdsgebrek, gebrek aan motivatie en kostprijs opnieuw een rol als barrière. De belangrijkste motiverende factoren zijn ondersteuning vanuit de familie en het beschouwen van de levensstijlverandering als positieve ervaring.[26]

Sociale ondersteuning kan patiënten stimuleren om een levensstijlverandering door te voeren. Zo kan een patiënt die reeds deelneemt aan een programma om gewicht te verliezen zijn of haar omgeving stimuleren om zich daarbij aan te sluiten. Een studie uit 2013 van Carson et al. toonde aan dat patiënten die samen met een sociaal contact deelnemen aan groepsessies om overgewicht aan te pakken gemiddeld meer gewicht verliezen dan deelnemers die zich op hun eentje aansloten. Patiënten die samen met een sociaal contact deelnamen misten ook minder sessies dan de patiënten die alleen kwamen.[27]

Dat het sociale netwerk rondom een obese patiënt ook een belang kan spelen in hoe er wordt omgegaan met het stigma rond overgewicht komt naar voor in een studie van Dickins et al. (2011). Hier werd vastgesteld dat mensen met overgewicht via blogging en zelfaanvaarding erin slagen om uit een negatief schuld beeld te stappen en op een constructieve manier om te gaan met

overgewicht. Op deze manier ontstond er een beter zelfbeeld en welzijn. Of dit op lange termijn een effect had op het overgewicht zelf blijft echter onbekend.[28]

De manier waarop er wordt gecommuniceerd door hulpverleners over overgewicht is tevens belangrijk voor de beleving van patiënten rond overgewicht . Gezien overgewicht goed 'zichtbaar' is en er het idee bestaat dat er een sterke verantwoordelijkheid is van de individuele patiënt ontstaat er gemakkelijk een stigma. Dit kan op zijn beurt een negatief effect hebben op zelfbeeld en de interactie met de gezondheidszorg bemoeilijken.[29]

5. Resultaten

5.1 Populatie focusgesprekken

Van de 59 uitgenodigde patiënten namen er 10 patiënten deel aan de focusgesprekken. Redenen om niet deel te nemen waren divers; geen tijd, zich niet willen blootgeven in groep, gebrek aan beloning. Tevens waren er ook een aantal geplande deelnemers die niet kwamen opdagen. De respons rate per groep bedroeg 20% voor de Vlaamse, 19% voor de Turkse en 11% voor de Marokkaanse patiënten. Per afkomst vond er telkens een focusgesprek plaats. De Vlaamse deelnemers bestonden uit 3 vrouwen en 1 man. De Turkse groep bestond uit 4 vrouwen en bij de Marokkaanse focusgroep waren er 2 vrouwelijke deelnemers en hun 2 dochters. Deze twee dochters werden niet geïncludeerd in het onderzoek gezien ze slechts als tolk aanwezig waren. Alle deelnemers waren ouder dan 18 jaar en hadden een BMI hoger dan 30. De onderzoekspopulatie wordt verder beschreven in tabel 2.

Tabel 2: Populatie focusgesprekken naargelang afkomst

	Vlaams	**Marokkaans**	**Turks**
Geslacht			
m	1	0	0
v	3	2	4
Leeftijd (gemiddelde)	35	55	52
BMI (kg/m^2) (gemiddelde)	36,3	34,7	32,6
Generatie			
1^e		2	3
2de		0	1

5.2 Populatie vragenlijsten

De vragenlijsten werden ingevuld door 35 patiënten waarvan er 23 Vlaamse, 9 Marokkaanse en 3 Turkse patiënten waren. Alle deelnemers waren ouder dan 18 jaar en hadden een BMI groter dan 25. De onderzoekspopulatie wordt verder beschreven in tabel 3.

Tabel 3: Populatiebeschrijving vragenlijsten per afkomst en geslacht

	Vlaams		**Marokkaans**		**Turks**	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Aantal n (%)	8 (22,9)	15 (42,9)	4 (11,4)	5 (14,3)	2 (5,7)	1 (2,9)
Leeftijd (gemiddelde)	49j	47j	39j	32j	42j	27j
BMI (kg/m^2)						
25-29,9	2	8	1	2	1	1
30-34,9	5	5	1	2	0	0
≥ 35	1	2	2	1	1	0
Generatie						
1ste			2	2	1	0
2de			2	3	1	1

5.3 Resultaten focusgesprekken

5.3.1. Resultaten van patiënten met Vlaamse afkomst

Wat kan je doen tegen overgewicht?

Alle Vlaamse patiënten vermelden diverse opties om overgewicht aan te pakken. Zowel lichaamsbeweging en dieet worden vernoemd als mogelijke strategie tegen overgewicht. Daarnaast worden ook medicatie en operatieve ingrepen aangehaald. Over de beste strategie is er geen eensgezindheid. De mannelijke deelnemer beschouwt lichaamsbeweging als de beste strategie, terwijl bij de vrouwen zowel een operatieve ingreep als een combinatie van lichaamsbeweging en dieet de beste oplossing lijken.

"Diëten en sporten en operaties en medicatie waarschijnlijk,... ik weet het niet" (♂34j)

Een te streng dieet wordt door de mannelijke patiënt en een van de vrouwen naar voor gebracht als een slechte manier om overgewicht aan te pakken. Andere technieken als druggebruik en geforceerd braken werden tevens ook vernoemd als een slechte manier voor gewichtsverlies te bekomen.

"Ik denk dat zo'n echt mega crash dieet toch niet werkt" (♂34j)
"Drugs,zoals speed" (♀25j)

Ideeën rond diëten

Wanneer we naar de ideeën van de deelnemers vragen rond dieet vermelden ze problemen met volhouden en motivatie. Het volhouden van een dieet is voor de vrouwelijke patiënten het moeilijkste deel van een dieet. De mannelijke deelnemer geeft aan dat hij het relatief lang heeft

kunnen volhouden maar dat het veel inspanning vraagt. De vrouwelijke deelnemers geven aan dat ze het gewoonlijk niet lang kunnen volhouden. De ideale duurtijd van het dieet is voor de deelnemers niet concreet te bepalen. Ze vinden dat ze moeten doorgaan totdat het gewenste gewicht is behaald.

"De eerste week gaat dat goed, maar dan wordt het moeilijk" (♀25j)

De voornaamste factoren die weerstand oproepen tegen dieet bij de Vlaamse deelnemers zijn: moeite met volhouden, weerstaan aan verleiding, kostprijs en een gebrek aan snelle resultaten.

"Ja, ik ben aan het diëten, maar ik ben daarnet nog een hamburger gaan eten, ja seg als ze bellen 'moet ik het gereed zetten?' dan is het rap gepakt zo'n hamburger"(♀25j)

De enigste rechtstreekse motivator voor het beginnen en volhouden van een dieet is voor de deelnemers het verkrijgen van een zichtbaar resultaat.

Ideeën rond lichaamsbeweging

Als motiverende factoren vertellen de deelnemers dat steun van de omgeving belangrijk is om vol te kunnen houden. Ook op het vlak van zelfbeeld kan lichaamsbeweging ervoor zorgen dat men zich beter voelt. Het idee dat iedereen aan beweging kan doen leeft ook bij alle deelnemers.

"Aanmoedigen met wat ik bezig ben en snellere resultaten zouden mij nog meer aanspreken om verder vol te houden." (♀43j)

Weerstand tegen lichaamsbeweging ligt ook hier net als bij dieet vooral bij motivatieproblemen. Fysieke hinderpalen zoals ziekte en gewrichtsproblemen worden aangehaald als oorzaken die de deelnemers beletten om aan lichaamsbeweging te doen.

"Alles is leuker dan lichaamsbeweging"(♂34j)

Verwachtingen naar de huisarts toe

De verwachtingen die de deelnemers hebben naar hun huisarts toe wat betreft de aanpak van overgewicht is voor de vrouwelijke deelnemers anders dan bij de mannelijke deelnemer. De mannelijke deelnemer verwacht vooral informatie, waar de vrouwelijke deelneemsters eerder begeleiding en steun verwachten.

"Dat hij mij daarin begeleidt en steunt en helpt om een oplossing te zoeken." (♀38j)

Voor de deelnemers is de manier waarop de huisarts het onderwerp overgewicht best aanbrengt een gevoelig onderwerp. Het is voor hen iets dat door de huisarts zorgvuldig ingeschat en getimed moet worden. Hier staat vooral de band tussen arts en patiënt centraal. Voor een van de vrouwelijke deelnemers is het echter zo dat ze liever niet heeft dat haar huisarts het onderwerp aansnijdt. Ze heeft liever dat het onderwerp door zichzelf wordt aangebracht.

"Ja, maar als huisarts moet je het wat sociaal aanvoelen... Als je dat bij een andere zo niet voelt dan zou je die vraag niet stellen. Ik denk dat dat menselijke aspect, het mensen lezen dat dat belangrijk is." (♂34j)

Wanneer overgewicht aangepakt wordt dan vinden deze Vlaamse deelnemers dat het initiatief vanuit de patiënt zelf moeten komen. Ze zien geen goede slaagkansen in een situatie waar vanuit extern wordt opgelegd om overgewicht aan te pakken.

"...Als je het niet wilt dan haalt het toch niet uit als ze daar moeite en tijd in steken"(♀25j)

5.3.2 Resultaten van patiënten met Marokkaanse afkomst

Wat kan je doen tegen overgewicht?
Als mogelijke opties om overgewicht aan te pakken vernoemen de deelneemsters een combinatie van anders te eten en meer aan lichaamsbeweging te doen. Echter wordt er meer nadruk gelegd op lichaamsbeweging dan op voedingsgewoonten.

"*Ja vooral lichaamsbeweging en minder eten maar ik denk eerder meer lichaamsbeweging en minder aan minder eten...." (♀53j)*

Te extreme diëten of zelfs uithongeren worden ook hier beschouwd als een slechte manier om gewicht te verliezen. Naast extreme diëten worden geen andere slechte manieren vernoemd.

"Extreem diëten, dan krijg je honger en dan achteraf weer vreetbuien"(♀53j)

Ideeën rond diëten
Weerstand tegenover diëten ontstaat in deze groep bij een van de vrouwen vooral door een gebrek aan zelfvertrouwen. Er wordt op voorhand reeds gedacht dat het een onbegonnen zaak is.
De andere vrouw bekijkt haar voedingsgewoonte niet vanuit een dieet perspectief maar beschouwt het eerder als een aangepast en haalbaar voedingspatroon.

"Bij mij is het geen echt dieet, ik let echt heel goed op mijn voeding, niet zoveel chocolade, geen frisdranken. Ik let echt heel goed op, alleen bij speciale gelegenheden niet." (♀53j)

Motivatie, al is het slechts tijdelijk, kan vanuit een externe hoek komen wanneer bijvoorbeeld de huisarts een dieet oplegt aan de patiënt. Bij de andere deelneemster speelt vooral de haalbaarheid van haar voedingsgewoonten een rol, dit motiveert haar om het te blijven volhouden zonder dat het haar levensstijl te veel verandert.

"Ik heb dat een week gedaan omdat ik verplicht was van mijn dokter... "(♀57j)

Ideeën rond lichaamsbeweging
Lichaamsbeweging biedt voor de deelneemsters enkele voordelen. Het helpt voor hen om niet alleen overgewicht maar ook kwaaltjes zoals spataders onder controle te houden. Niet aan lichaamsbeweging doen wordt dan ook beschouwd als schadelijk.

Redenen voor de deelneemsters om niet aan lichaamsbeweging te doen zijn ziekte en tijdsgebrek door huishoudelijke taken en verantwoordelijkheden.

"Als alleenstaande moeder met kleine kinderen is er niet genoeg tijd, als ik boodschappen moet doen word ik al helemaal moe en dan zie ik het niet meer zitten..." (♀57j)

Daarnaast valt het op dat er verder geen redenen worden genoemd om niet aan lichaamsbeweging te doen, meer nog; er wordt gesteld dat iedereen eigenlijk aan lichaamsbeweging moet doen. De deelneemsters slaagden er niet in om motiverende factoren voor lichaamsbeweging te benoemen.

"Iedereen moet aan lichaamsbeweging doen, dik, dun, maakt niet uit." (♀53j)

Verwachtingen naar de huisarts toe

De Marokkaanse deelneemsters hopen van de huisarts voornamelijk informatie te krijgen. Dit kan dan zowel over dieet als lichaamsbeweging gaan maar ook over andere opties zoals operatief ingrijpen of medicatie. Liefst is deze informatie dan ook zo concreet mogelijk zodat de patiënte exact weet wat ze moet doen.

"Raad en informatie, zodat we weten wat je moet doen. Is er medicatie die vet verbrandt? Of maagverkleining? Ik hoor van andere mensen die dat hebben gedaan dat die heeft kanker gekregen, of waren té mager geworden, een stok." (♀53j)
"Huisarts moet zeggen dat je moet sporten, minder eten. Hij kan u zeggen 'ja je moet zo veel'...,of via een schema aangepast aan de persoon zelf." (♀57j)

Wanneer de huisarts overgewicht wil aanbrengen als gespreksonderwerp dan wordt dat voor beide deelneemsters aanvaard. Toch kan het voor een van de deelneemsters initieel een emotionele reactie oproepen.

"Ik ga dat ok vinden want ik weet dat ik overgewicht heb." (♀53j)

Er was bij de deelneemsters geen duidelijk idee over wie het initiatief moet nemen om overgewicht aan te pakken. Het was voor hen niet duidelijk of dat bij zichzelf moet liggen of eventueel van extern moet komen. Een deelneemster zegt dat ze pas initiatief zou nemen om overgewicht aan te pakken wanneer ze geconfronteerd zou worden met de gevolgen. Deze stelling wordt even later door door dezelfde persoon tegengesproken. Overgewicht moet volgens beide deelneemsters aangepakt worden vooraleer er gezondheidsproblemen ontstaan.

"Het is pas als ik zelf ondervindt 'oei het gaat niet meer, ik ben dik aan het worden' dat ik zal denken 'ik kan dit niet meer'. En dan denk ik 'ik ga beginnen met diëten of sporten'." (♀53j)

5.3.3 Resultaten van patiënten met Turkse afkomst

Wat kan je doen tegen overgewicht?

De eerste reactie van de Turkse deelneemsters over mogelijke strategieën om gewicht te verliezen was dat ze eigenlijk niet goed weten hoe er aan te beginnen. Meteen wordt gesteld dat hun arts hen eigenlijk moet zeggen wat ze best doen. Bij dieper navragen komt trager kauwen als methode aan bod en lichaamsbewegen in de vorm van fitnessen. In deze laatste methode was er echter niet veel vertrouwen door het uitblijven van resultaten.

"Ja jullie zijn dokter. Jullie moeten ons zeggen wat we moeten doen...Een nicht van mij heeft gezegd dat je trager en meer moet kauwen en dat je dan afvalt." (♀58j)

Over operatieve ingrepen zoals een gastric bypass heersen enkele negatieve ideeën. Er is angst voor complicaties waaronder kanker, en angst voor een ingreep op zich.
Net zoals er weinig ideeën waren over mogelijke goede methoden om gewicht te verliezen waren er geen specifieke gedachten over slechte manieren om gewicht te verliezen.

Ideeën rond diëten
Diëten zijn voor de deelneemsters niet de meest geschikte manier om gewicht te verliezen. Er zijn problemen rond motivatie en 'goesting'. Ook is er niet veel vertrouwen in de effectiviteit van een dieet op lange termijn. Een van de deelneemsters ondervindt weerstand om te diëten omwille van haar diabetes waarbij ze aangeeft dat ze op bepaalde momenten moet eten om een hypoglycemie te vermijden.

"Dieet is wel moeilijk, echt waar; bijvoorbeeld, ik heb vaak goesting bijvoorbeeld in koffie en thee en ja alles"*(♀58j)*

Wanneer nagevraagd over wat gezonde voeding nu juist is beschouwen de deelneemsters groenten en vlees als gezonde voeding. Koolhydraten en vet worden als ongezonde voeding genoemd.

"Groenten en vlees zijn gezond; broodjes, patat en rijst zijn ongezond"(♀58j)

Ideeën rond lichaamsbeweging
In tegenstelling tot de gedachten rond dieet is er meer vertrouwen in het effect van lichaamsbeweging op overgewicht. Al is er onder de deelnemers niet veel bereid om aan lichaamsbeweging te doen. Naast een gunstig effect op het lichaamsgewicht geeft een van de deelneemsters aan dat lichaamsbeweging ook een ontspannend effect kan hebben.

Verscheidene factoren spelen mee in de motivatie om al dan niet aan lichaamsbeweging te doen. Er heerst bij twee deelneemsters het gevoel dat ze in hun leven reeds hard gewerkt hebben en dat ze nu recht hebben op rust. Fysieke beperkingen of ziekte spelen zorgen ook voor weerstand tegen sporten bij alle deelneemsters.

"We zijn allemaal hard werkende mensen. Toen we werkten hadden we met het gewicht geen problemen, maar nadien stilletjes aan wel, ook door de leeftijd en door meer te rusten." (♀58j)

Verwachtingen naar de huisarts toe
Informatie en begeleiding bij gewicht verliezen zijn de voornaamste zaken die verwacht worden van de huisarts. Er wordt door een van de deelneemsters nadruk gelegd op het gegeven dat er weinig kennis is over wat ze kunnen doen.

"Dat zijn allemaal hier mensen van arbeiders, altijd werken geweest... wat moeten we wel in ons mond steken en wat niet? We zijn op dat vlak analfabeten daarin. " (♀58j)
"Een dieetlijst, dat willen we. Zodat we met dat wat we eten niet zo snel afvallen maar wel stilletjes aan afvallen"(♀40j)

Het gevoel van een gebrek aan kennis speelt ook mee in hoeverre de patiënt initiatief wil en kan nemen om gewicht te verliezen. Er is inzicht en bereidheid over het feit dat er iets moet veranderen, maar door een gebrek aan kennis wordt er geen initiatief genomen.

Overgewicht is voor deze groep deelneemsters relatief gemakkelijk bespreekbaar. Wanneer de huisarts over overgewicht zou beginnen vertellen dan zouden ze het eerder zien als een hulpaanbod in de plaats van een confrontatie. Er wordt evenwel op gewezen dat de gevoeligheid van dit onderwerp individueel kan verschillen.

"Dat zou ons niet storen, we zouden wel graag geholpen willen worden"(♀*40j)*

5.4 Resultaten vragenlijsten

De vragenlijst bevat vier gesloten en twee open vragen omtrent de mogelijke manieren waarop volgens de deelnemers denken dat overgewicht het best wordt aangepakt. De resultaten van de gesloten vragen zijn terug te vinden in tabel 1 tot 3. In figuur 1 tot en met 4 zijn de resultaten van de open vragen terug te vinden.

5.4.1 Gesloten vragen Vlaamse deelnemers (zie tabel 4)

Bij de Vlaamse deelnemers zijn er geen grote verschillen in de resultaten van de vragenlijsten tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten. Dieet wordt door ongeveer de helft (13 van de 23 deelnemers) beschouwd als goede manier om overgewicht aan te pakken. Bij lichaamsbeweging zijn er meer deelnemers die hier aangeven vertrouwen in te hebben (18 van de 23 deelnemers). Het vertrouwen in de eigen capaciteit om gewicht te verliezen ligt evenwel lager bij zowel mannen als vrouwen. Wat betreft het vertrouwen in de capaciteiten van de huisarts om overgewicht aan te pakken is het net iets beter met ongeveer de helft van de deelnemers die in de huisarts een geschikte schakel zien om gewicht te verliezen.

Tabel 4: resultaten vragenlijsten Vlaamse deelnemers

	Mannen(n=8)			**Vrouwen(n=15)**		
	Ja	**Nee**	**?**	**Ja**	**Nee**	**?**
Kan je overgewicht zelf aanpakken?	3	5	0	7	2	6
Is dieet een goede manier om gewicht te verliezen?	4	1	3	9	3	3
Is lichaamsbeweging een goede manier om gewicht te verliezen?	6	1	1	12	0	3
Is je huisarts een geschikte persoon om je overgewicht aan te pakken?	4	1	3	8	0	7

5.4.2 Gesloten vragen Marokkaanse deelnemers (zie tabel 5)

Het vertrouwen in het eigen potentieel om overgewicht aan te pakken ligt duidelijk hoger bij de Marokkaanse mannelijke deelnemers dan bij de vrouwen. Twee van de vier mannen ziet in een dieet een goede manier om gewicht te verliezen terwijl geen enkele vrouw die mening deelde. Op vlak van lichaamsbeweging zijn de verschillen tussen man en vrouw minder duidelijk en geeft de meerderheid aan lichaamsbeweging een goede methode te vinden. De huisarts is voor de meerderheid van de mannen en vrouwen een geschikte persoon om overgewicht te helpen aanpakken.

Tabel 5: resultaten vragenlijsten Marokkaanse deelnemers

	Mannen(n=4)			**Vrouwen(n=5)**		
	Ja	**Nee**	**?**	**Ja**	**Nee**	**?**
Kan je overgewicht zelf aanpakken?	4	0	0	1	4	0
Is dieet een goede manier om gewicht te verliezen?	2	2	0	0	3	2
Is lichaamsbeweging een goede manier om gewicht te verliezen?	4	0	0	3	1	1
Is je huisarts een geschikte persoon om je overgewicht aan te pakken?	3	0	1	4	0	1

5.4.3 Gesloten vragen Turkse deelnemers (zie tabel 6)

De resultaten van het beperkt aantal Turkse deelnemers geven het vermoeden dat net zoals bij de Marokkaanse deelnemers er bij de mannen meer vertrouwen zou zijn in de eigen aanpak van overgewicht dan bij de vrouwelijke deelneemster. Door het beperkt aantal deelnemers kan hier geen conclusie gemaakt worden. Dieet wordt beschouwd als goede methode om gewicht te verliezen door twee van de drie deelnemers. De antwoorden over lichaamsbeweging en de rol van de huisarts zijn tevens niet conclusief.

Tabel 6: resultaten vragenlijsten Turkse deelnemers

	Mannen(n=2)			**Vrouwen(n=1)**		
	Ja	**Nee**	**?**	**Ja**	**Nee**	**?**
Kan je overgewicht zelf aanpakken?	1	0	1	0	1	0
Is dieet een goede manier om gewicht te verliezen?	1	0	1	1	0	0
Is lichaamsbeweging een goede manier om gewicht te verliezen?	1	0	1	0	1	0
Is je huisarts een geschikte persoon om je overgewicht aan te pakken?	1	0	1	0	0	1

5.4.4 Open vragen(figuur 1 t.e.m.4)

De eerste open vraag van de vragenlijsten peilde naar wat de deelnemers beschouwen als de beste manier om overgewicht aan te pakken. Hoe de huisarts hierin een rol kan spelen kwam aan bod in de tweede vraag. De antwoorden uit de vragenlijsten werden onderverdeeld naargelang verschillende thema's die aan bod kwamen bij de thematische analyse. Deze thema's worden weergegeven per groep in figuur 1 t.e.m. 4.
Alle groepen zien in de combinatie van voedingsgewoonte aanpassen en aan lichaamsbeweging doen een goede oplossing om een gezond lichaamsgewicht te bekomen. Bij de Marokkaanse en Turkse deelnemers is het zo dat de meesten geen idee hadden over wat de beste methode zou kunnen zijn. Dit antwoord duikt bij de Vlaamse deelnemers minder frequent op. Bij de Vlaamse en Marokkaanse deelnemers is het aanpassen van de voedingsgewoonten de tweede populairste techniek. In geen enkele groep werd lichaamsbeweging afzonderlijk beschreven als goede manier. Wanneer lichaamsbeweging aan bod kwam in de antwoorden werd dit altijd vernoemd in combinatie met een aangepaste voeding.
In de Vlaamse groep werd er ook enkele keer gekozen voor gewicht verliezen in groepsverband als beste methode. Dit antwoord kwam niet voor bij de andere groepen. Een operatieve ingreep kwam ook alleen aan bod bij de Vlaamse groep.
Gewicht verliezen met behulp van medicatie werd alleen in de Marokkaanse groep genoemd.

Er waren weinig deelnemers die in de vragenlijsten aangaven wat ze eigenlijk verwachten van de huisarts. Enkele Vlaamse deelnemers verwachten van hun huisarts advies, doelstellingen, opvolging en aanmoediging. Een van de deelnemers benadrukt dat de huisarts een ondersteunende rol heeft maar dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf ligt.

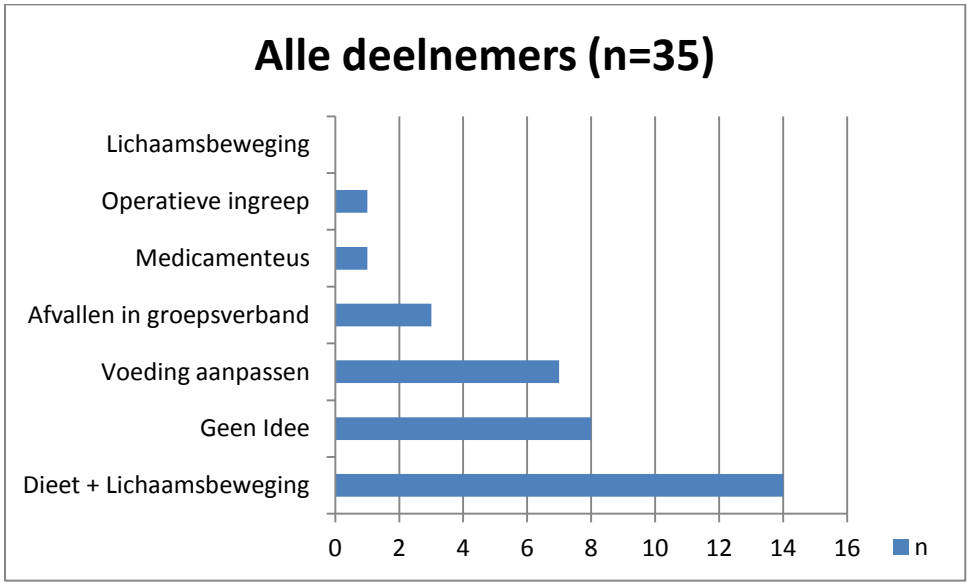
"huisarts kan een rol spelen maar de persoon in kwestie bepaalt alles"(♂44j)
"Een huisarts kan tips aanhalen en informatie geven over operaties"(♂28j)
"huisarts kan mij misschien aanmoedigen"(♂58j)

Bij de Marokkaanse deelnemers was er slechts één vrouw die stelde wat ze verwachte van haar huisarts, namelijk meer informatie en advies.

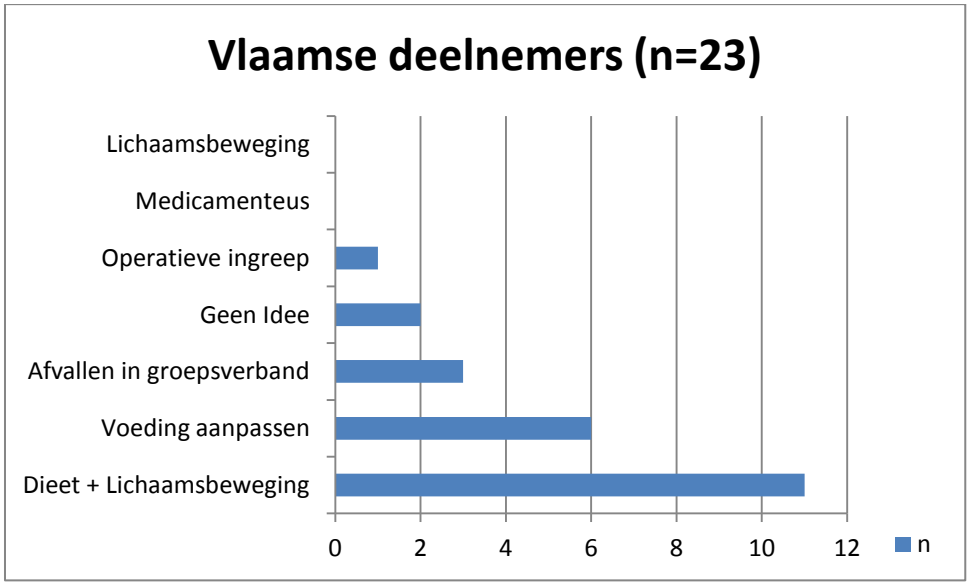
"Huisarts kan eventueel helpen door tips en advies te geven qua voeding en beweging" (♀23j)

Bij de Turkse groep waren er geen deelnemers die een antwoord konden bieden op de vraag wat hun verwachtingen waren naar de huisarts toe.

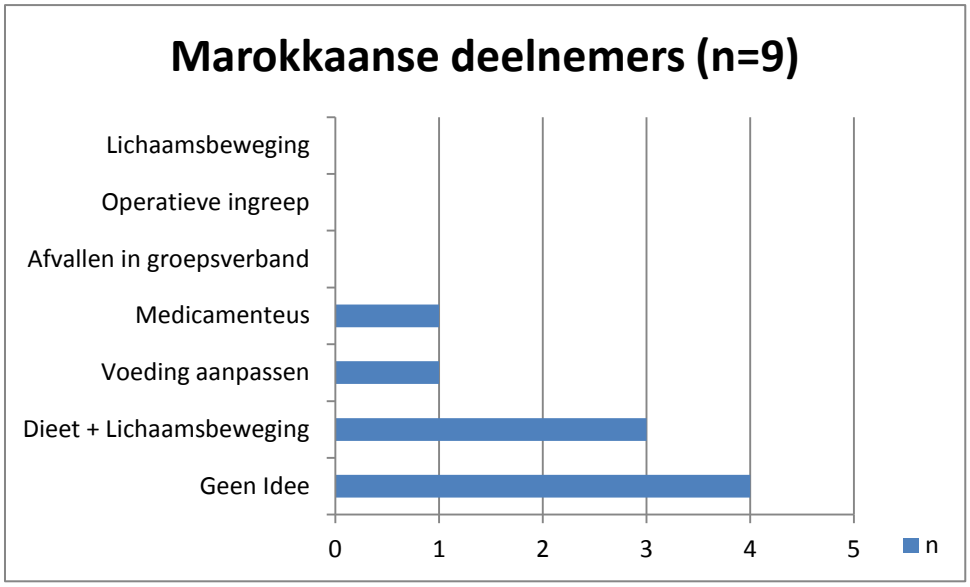
Figuur 1. Mogelijke manieren om overgewicht aan te pakken volgens alle deelnemers



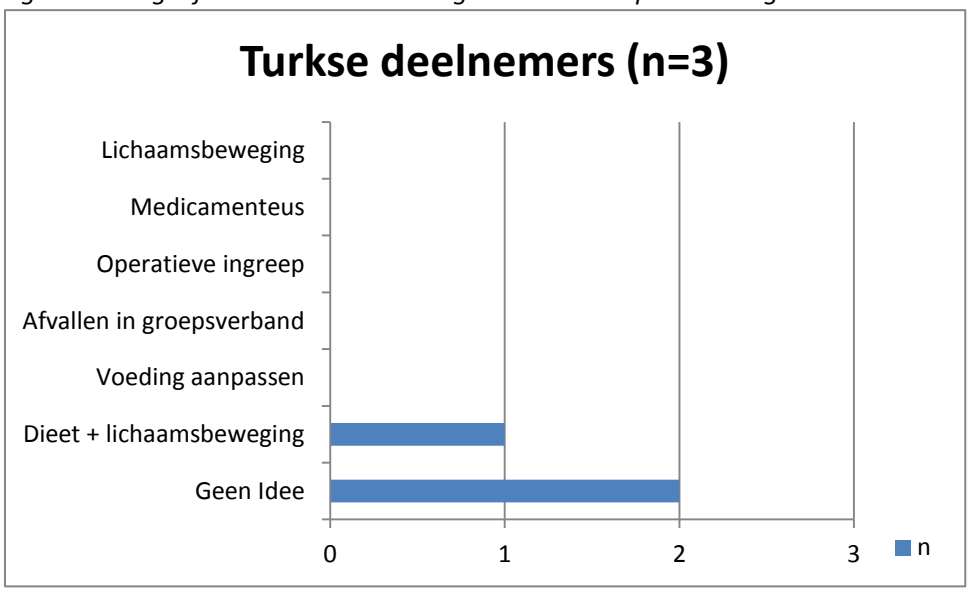
Figuur 2. Mogelijke manieren om overgewicht aan te pakken volgens Vlaamse deelnemers



Figuur 3. Mogelijke manieren om overgewicht aan te pakken volgens Marokkaanse deelnemers



Figuur 4. Mogelijke manieren om overgewicht aan te pakken volgens Turkse deelnemers



6. Discussie

Deze studie ging na wat volgens de beleving van patiënten kan gedaan worden aan overgewicht en obesitas. Dit in drie verschillende populaties met een verschillende etnische achtergrond. Daarnaast werd nagegaan wat patiënten verwachten van hun huisarts bij de aanpak van overgewicht.

6.1 Interpretatie

Uit de focusgesprekken kan weerhouden worden dat in de Vlaamse populatie zowel lichaamsbeweging als aanpassen van voedingsgewoonten en de combinatie ervan als belangrijkste interventies worden beschouwd. Ook medicatie en operatieve ingrepen worden spontaan vernoemd. Bij de Marokkaanse deelnemers wordt er iets meer nadruk gelegd op lichaamsbeweging, maar dieet vormt voor hen ook een belangrijke strategie. Bij de Turkse deelnemers zijn trager kauwen en lichaamsbeweging de enigste methoden die spontaan vernoemd worden. Bij alle groepen is er sprake van onzekerheid en onwetendheid over wat goede methoden kunnen zijn. Deze onwetendheid wordt vooral expliciet genoemd in de Turkse groep. In de Vlaamse en Marokkaanse groep worden er terecht verschillende zaken vernoemd die hulpzaam kunnen zijn bij overgewicht maar is er toch vaak onzekerheid over de juistheid van de eigen ideeën.
Slechte manieren om gewicht te verliezen vallen vaak terug op een concept van een te streng dieet met een te snelle gewichtsdaling. Dit is zowel zo in de Vlaamse als de Marokkaanse groep.
Over operatieve opties kwamen enkele interessante elementen naar voren. Wat het meeste opviel was dat een gastric bypass het risico op kanker zou verhogen volgens zowel de Marokkaanse en Turkse groepen. Hoe deze perceptie is ontstaan is niet duidelijk. Bij alle groepen is er angst voor een ingreep zelf en de mogelijke complicaties achteraf. Over de effectiviteit ervan is er geen twijfel bij de verschillende groepen.

Hoewel in de focusgesprekken lichaamsbeweging vaak vernoemd werd als mogelijke aanpak is er bij de vragenlijsten niemand die lichaamsbeweging op zichzelf als goede methode zag. Lichaamsbeweging werd alleen vernoemd in combinatie met aanpassen van voedingsgewoonten. De onwetendheid over mogelijke strategieën tegen overgewicht is ook een aanwezig thema in de vragenlijsten, net als bij de focusgesprekken. Bij de Turkse en Marokkaanse deelnemers was het meest frequente antwoord dat ze niet wisten hoe overgewicht het best aangepakt kan worden. Bij de Vlaamse deelnemers was dit echter veel minder het geval. Dit kan doen vermoeden dat er meer nood is aan voorlichting omtrent overgewicht en obesitas bij patiënten van Turkse en Marokkaanse origine.

Het volhouden van een dieet is het voornaamste struikelblok bij de Vlaamse deelnemers. De resultaten van het focusgesprek bij de Vlaamse deelnemers doen uitschijnen dat vrouwen iets moeilijker een dieet volhouden dan de mannelijke deelnemer. Dit in contrast met de Marokkaanse en de Turkse groep waar er eerder een probleem ligt bij de motivatie om aan een dieet te beginnen. Ook het volhouden van lichaamsbeweging is eerder een probleem bij de Vlaamse deelnemers, hier wordt vooral het uitblijven van tastbare resultaten op korte termijn aangehaald als oorzaak. Bij de Marokkaanse en Turkse deelnemers ligt het probleem vooral bij motivatie om te beginnen met lichaamsbeweging. Tijdsgebrek en ziekte worden vernoemd als redenen om niet aan lichaamsbeweging te doen. In de Turkse groep wordt net als in de Marokkaanse groep ziekte beschouwd als barrière voor lichaamsbeweging maar heerst er ook het gevoel dat ze recht hebben op 'rust'. Deze bevindingen komen overeen met de bevindingen in de literatuur over de motivatie en het volhouden van een levensstijlverandering op lange termijn.[21-23,25]

Van de huisarts wordt bij alle deelnemers van de focusgroepen in de eerste plaats voorlichting verwacht. In alle groepen werd aangegeven dat er nood is aan meer kennis. In de Vlaamse groep geven de vrouwelijke deelneemsters aan naast informatie ook steun en aanmoediging nodig te hebben.
Hetzelfde resultaat volgde uit de vragenlijsten. De Vlaamse deelnemers gaven ook hier aan vooral nood aan informatie te hebben en in de tweede plaats begeleiding nodig te hebben. Bij de Marokkaanse deelnemers werd opnieuw alleen de nood aan voorlichting aangegeven.
Uit de vragenlijsten bleek dat het vertrouwen in de huisarts zijn rol bij overgewicht eerder beperkt was tot 12 van de 23 Vlaamse deelnemers. Bij de Marokkaanse deelnemers had de meerderheid echter wel het gevoel dat de huisarts in staat is om gewichtsverlies te begeleiden.
De bespreekbaarheid van het onderwerp overgewicht ligt bij alle deelnemers van de focusgesprekken zonder grote onderlinge verschillen gevoelig. Opvallend hierbij is het belang van de band tussen arts en patiënt. Indien er voldoende wederzijds vertrouwen is kan overgewicht makkelijker besproken worden. Er wordt verwacht dat de boodschap met enige tact wordt aangebracht. Als arts is het dus de boodschap om bij het aanbrengen van het onderwerp te balanceren tussen het mogelijk kwetsen van de gevoelens van de patiënt en het behalen van een mogelijke gezondheidswinst voor de patiënt.

De resultaten van het onderzoek naar perceptie rond overgewicht en obesitas dat parallel verliep met deze studie geven weer dat de meerderheid van zowel de Vlaamse, Turkse en Marokkaanse populatie de oorzaken van overgewicht en obesitas correct benomen. Tussen de verschillende groepen waren er meestal geen belangrijke verschillen in de perceptie van de oorzaak en gevolgen van overgewicht. Dit neemt niet weg dat er vooral in de Turkse en Marokkaanse groepen meer vraag naar informatie over het veranderen van voedingsgewoonten is.
Slechte beweeglijkheid werd zowel de focusgesprekken als de vragenlijsten vernoemd als voornaamste nadeel van overgewicht. Pas daarna werden gezondheidsproblemen en vroegtijdige sterfte vernoemd. De Vlaamse patiënten van de focusgesprekken zijn op de hoogte over de gezondheidsrisico's op lange termijn maar geven aan zich hier niet direct zorgen om te maken. In de Marokkaanse groep zorgt het grotere risico op morbiditeit en mortaliteit wel voor angst.

6.2 Sterke kanten en mogelijke minpunten van deze studie

Het aantal deelnemers van zowel de focusgroepen als de vragenlijsten is beperkt, vooral bij de Turkse en Marokkaanse groepen. Dit is vooral te wijten aan een lage bereidheid om deel te nemen aan focusgesprekken. Op zich zijn het vooral de ideeën die gebracht worden door de deelnemers die meer van belang zijn dan het aantal deelnemers. Er was echter nog geen verzadiging aan nieuwe invalshoeken en ideeën in de onderzochte populatie waardoor het welkom zou zijn om meer deelnemers te kunnen includeren. Redenen die aangegeven werden om niet deel te nemen waren divers waaronder tijdsgebrek, gebrek aan beloning in de ruil voor deelname en zich niet in een groep willen blootgeven over overgewicht. De meeste patiënten die niet wilden deelnemen reageerden vooral emotioneel en wilden liever niet over het onderwerp praten. Op deze manier kan een selectiebias zijn ontstaan omdat de geïncludeerde onderzoekspopulatie mogelijk meer geneigd was om openlijk te praten over overgewicht. Dit kan impliceren dat zij meer gemotiveerd zijn om overgewicht aan te pakken, zich zelfzekerder voelen over hun lichaam of beter geïnformeerd zijn.
Mannen waren moeilijker te motiveren om deel te nemen dan vrouwen in dit onderzoek. Dit kan liggen aan andere prioriteiten, houdingen en ideeën over het eigen lichaam en gezondheid bij mannen. Juist hierom zou het interessant zijn om meer mannen te kunnen bereiken gezien hun gedachten sterk zouden kunnen verschillen met die van vrouwen. Dit maakt het moeilijk om op een betrouwbare manier de resultaten van de verschillende groepen te vergelijken.

De taalbarrière bij de Turkse en Marokkaanse deelnemers speelde een grote rol tijdens de focusgesprekken. Af en toe werden bepaalde vragen niet meteen begrepen. Voor sommige patiënten moest er een tolk aan de pas komen. Op deze manier konden zij het tempo en de dynamiek van de interacties in het gesprek moeilijker volgen. Bij zowel de Turkse als de Marokkaanse groep verliep het gesprek aanzienlijk moeizamer dan bij de Vlaamse groep. Het is dus mogelijk dat in de Turkse en Marokkaanse patiëntengroep niet alles gezegd is geweest wat gezegd had kunnen worden.
Door het opstellen van een draaiboek voor de focusgesprekken (zie bijlage 1) waren er reeds op voorhand bijvragen gevormd die gebruikt konden worden wanneer een bepaalde vraag niet genoeg reactie opwekte of niet begrepen werd. Door bij ieder focusgesprek de vaste volgorde uit het draaiboek te respecteren kunnen de antwoorden van de verschillende groepen beter vergeleken worden. De thematische analyse van de focusgesprekken werd door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Daarnaast werd er ook gebruik gemaakt van een vooraf opgemaakt codeboek zodat de codering van de onderwerpen en thema's door beide onderzoekers uniform gebeurde.
Het evalueren van empowerment is een complex en uitdagend gegeven en kan moelijk worden uitgedrukt in een getal. Betrouwbare gevalideerde schalen die empowerment rond overgewicht en obesitas bij patiënten meten worden in de praktijk nauwelijks gebruikt. De kwantificeerbaarheid en meetbaarheid bij het analyseren van empowerment is echter minder van belang bij een kwalitatief onderzoek.

Gezien de lage participatiegraad voor de focusgesprekken werden er ook vragenlijsten gebruikt in dit onderzoek. Deelnemers waren hier gemakkelijker toe te motiveren. Op deze manier werden een aantal mensen bereikt die anders niet zouden deelgenomen hebben aan de studie. Het nadeel is dat vragenlijsten van nature minder geschikt zijn dan focusgesprekken om diepgaand naar de beleving van patiënten te peilen. Daarentegen is het wel zo dat het interessant is om de resultaten van de vragenlijsten te vergelijken met die van de focusgroepen al verschilde de BMI tussen de twee groepen. Aan de focusgesprekken namen alleen deelnemers met een BMI >30 deel, sommige deelnemers van de vragenlijsten hadden een BMI tussen 25 en 30. Ook is het aantal Marokkaanse en vooral Turkse deelnemers te klein om hier duidelijke conclusies te kunnen trekken.

Wat dit kwalitatieve onderzoek kan voortbrengen is een aanzet voor verder onderzoek naar de patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas in Vlaanderen. Er is immers nog maar weinig bekend over de beleving rond overgewicht bij patiënten in Vlaanderen. Tevens stellen de resultaten ons wel in staat om enkele veronderstellingen te maken en enkele trends waar te nemen. Het gebruik van focusgesprekken liet toe om in de diepte te peilen naar deze beleving.

Onrechtstreeks heeft deze studie ook een praktijk verbeterend effect. De 'awareness' voor obesitas werd bij de artsen van de twee praktijken verhoogd. Dit kan er voor zorgen dat het onderwerp overgewicht en obesitas sneller besproken wordt tijdens een consultatie. Daarnaast zorgt een beter inzicht van de arts in de gedachten van de patiënten voor een beter begrip voor de specifieke situatie en noden van de patiënt met overgewicht of obesitas. Op deze manier kan er beter gecommuniceerd worden en stelt het de arts beter in staat een geïndividualiseerd behandelplan op te stellen.

7. Conclusie

Deze kwalitatieve studie die peilde naar de patiëntbeleving en empowerment rond overgewicht en obesitas bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine geeft aan dat er bij de patiënt vooral meer behoefte is aan voorlichting omtrent de aanpak van overgewicht. Er zijn aanwijzingen in deze studie dat deze behoefte kan verschillen naargelang de origine van de patiënt al kan dit door de beperkte schaal van dit onderzoek niet doorgetrokken worden naar de algemene populatie.

Naast voorlichting is het tevens belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan de ondersteuning en begeleiding door de huisarts bij gewichtsverlies. Dit kan immers een grote rol spelen bij de motivatie tot gedragsverandering en het volhouden ervan op lange termijn.

Deze studie geeft aan dat grootschaliger onderzoek welkom is om de patiëntenbeleving rond overgewicht en obesitas verder uit te diepen.

8. Referenties

Referenties

1. World health organisation. Global Health Observatory (GHO).: beschikbaar via: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/ Geraadpleegd op 21/12/2014
2. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894); ISBN: 92 4 120894 5, 2000
3. Valerie Forman-Hoffman Amanda Little,Terry Wahls. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. BMC Family Practice 2006; 7-35
4. Dettori H, Elliott H, Horn J, Leong G. Barriers to the management of obesity in children - A cross sectional survey of GPs. Aust Fam Physician 2009 Jun;38(6):460-4.
5. Anna Brink, Babette Renneberg, Vittoria Braun & Christoph Heintze, Ulrike Sonntag. GPs ' attitudes, objectives and barriers in counseling for obesity — a qualitative study. European Journal of General Practice 2012; 18: 9–14
6. Rebecca M. Puhl, PhD, Joerg Luedicke, MS, and Carlos M. Grilo. Obesity Bias in Training: Attitudes, Beliefs, and Observations among Advanced Trainees in Professional Health Disciplines. Obesity (Silver Spring) 2014 April; 22(4): 1008–1015
7. Helen Gonçalves, Ph.D., David A. González, Ph.D., Cora P. Araújo, Ph.D., Ludmila Muniz, M.D. Patrícia Tavares, Maria C. Assunção, Ph.D., Ana M.B. Menezes, Ph.D., and Pedro C. Hallal, Ph.D Adolescents' Perception of Causes of Obesity: Unhealthy Lifestyles or Heritage?. Journal of Adolescent Health 51 (2012); S46eS52
8. Loret de Mola C, Pillay TD, Diez-Canseco F, Gilman RH, Smeeth L, Miranda JJ. Body mass index and self-perception of overweight and obesity in rural, urban and rural-to-urban migrants: PERUMIGRANT study. PLoS One. 2012;7(11). Epub 2012 Nov 28.
9. Mario-Enrique Rendón-Macías1, Haydeé Rosas-Vargas, Miguel-Ángel Villasís-Keever and Celia Pérez-García, Rendón-Macías et al. Children's perception on obesity and quality of life: a Mexican survey. BMC Pediatrics 2014, 14:131
10. Heather Bittner Fagan, MD, James Diamond, PhD, Ronald Myers, PhD, and James M. Gill, MD, MPH. Perception, Intention, and Action in Adolescent Obesity. J Am Board Fam Med. 2008 Nov-Dec;21(6):555-61
11. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood). 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.
12. Allen JK1, Stephens J1, Dennison Himmelfarb CR2, Stewart KJ3, Hauck S4. Randomized controlled pilot study testing use of smartphone technology for obesity treatment: J Obes. Epub 2013 Dec 10.
13. Harvey EL1, Glenny A, Kirk SF, Summerbell CD. Improving health professionals' management and the organisation of care for overweight and obese people. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2)
14. Melissa Wake, Kate Lycett, Susan A Clifford, Matthew A Sabin, Jane Gunn, Kay Gibbons, Cathy Hutton, Zoë McCallum, Sarah J Arnup, Gary Wittert. Shared care obesity management in 3-10 year old children: 12 month outcomes of HopSCOTCH randomised trial: BMJ 2013;346:f3092
15. Lokale inburgerings- en integratiemonitor, Antwerpen, editie 2015
16. Gezondheidsenquête 2013; Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
17. European Union platform on diet, physical activity and health; European Commission, 2010
18. Ujcic-Voortman JK, Baan CA, Seidell JC, Verhoeff AP. Obesity and cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups in Europe: a systematic review. Obes Rev. 2012 Jan;13(1):2-16
19. Richtlijn Obesitas. NHG. 2010
20. Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Domus Medica. 2011
21. Roger A. Harrison, Chris Roberts and Peter J. Elton. Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity 1 year later? A randomized controlled trial. Journal of Public Health 2004; Vol. 27, No. 1, pp. 25–32
22. Catherine Hudon, Martin Fortin, Hassan Soubhi. Single risk factor interventions to promote activity among patients with chronic diseases. Can Fam Physicion 2008; 54:1130-7

23. Marion J. Franz, MS, RD PhD et al. Weight-Loss Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Weight-Loss Clinical Trials with a Minimum 1-Year Follow-Up. J Am Diet Assoc. 2007;107:1755-1767.
24. Krista Casazza, Ph.D., R.D et al. Myths, Presumptions, and Facts about Obesity. N Engl J Med 2013; 368:446-454
25. Holly Ann Russell, Cheryl Rufus, Colleen T Fogarty, Kevin Fiscella and Jennifer Carroll. 'You need a support. When you don't have that . . .chocolate looks real good'. Barriers to and facilitators of behavioural changes among participants of a Healthy Living Program. Family Practice 2013; 30:452–458
26. Kyla L Smith, Leon M Straker, Alexandra McManus and Ashley A Fenner. Barriers and enablers for participation in healthy lifestyle programs by adolescents who are overweight: a qualitative study of the opinions of adolescents, their parents and community stakeholders. BMC Pediatrics 2014, 14:53
27. T. L. Carson, K. E. Eddings, R. A. Krukowski, S. J. Love, J. R. Harvey-Berino, D. S. West. Examining Social Influence on Participation and Outcomes among a Network of Behavioral Weight-Loss Intervention Enrollees. Journal of Obesity Volume 2013
28. Marissa Dickins, Samantha L. Thomas, Bri King, Sophie Lewis, and Kate Holland. The Role of the Fatosphere in Fat Adults' Responses to Obesity Stigma: A Model of Empowerment Without a Focus on Weight Loss. Qualitative Health Research 2011; 21(12) 1679–1691
29. Ian Brown, Joanne Thompson, Angela Tod and Georgina Jones. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. British Journal of General Practice 2006; 56: 666–672.

9. Bijlagen

Bijlage 1: Draaiboek focusgesprekken

Draaiboek focusgesprekken

---

1. Globale onderzoeksvragen rond perceptie en empowerment

- Wordt overgewicht door de patiënt beschouwd als een probleem?
- Hoe zou je als patiënt gestimuleerd kunnen worden om overgewicht aan te pakken?

2. Vragen tijdens focusgesprek

Perceptie:

- Hoofdvraag: "Vanaf wanneer wordt obesitas waargenomen als problematisch?"
    - Wat is overgewicht?
        - Wat verstaan jullie over overgewicht?
        - Wanneer vinden jullie iemand te zwaar?
        - Wat is volgens jullie een ideaal lichaamsgewicht?
    - Wat is de oorzaak van overgewicht?
        - *Wat is volgens jullie de oorzaak van overgewicht?*
        - *Hoe denk je dat overgewicht kan ontstaan?*
    - Wat denk je over mensen met overgewicht?
        - *Wat gaat er door je hoofd als je iemand ziet met overgewicht?*
        - *Denk je dat mensen met overgewicht dit zelf veroorzaakt hebben?*
        - *Denk je dat deze mensen zich daar goed bij voelen?*
        - *Hoe voel je je daar zelf bij?*
        - *Zijn mensen met overgewicht mooi?*
    - Welke voor- en nadelen zie je bij overgewicht?
        - *Zijn er voordelen aan het hebben van overgewicht?*
        - *Zijn er nadelen aan het hebben van overgewicht?*
    - Is overgewicht gevaarlijk?
        - *Kan het kwaad om overgewicht te hebben?*
        - *Zijn er gevolgen voor de gezondheid op lange termijn?*
        - *Sterven mensen met overgewicht sneller?*
        - *Lig je daar van wakker?*
    - Heeft overgewicht een invloed op het zelfbeeld?
        - *Denk je dat mensen met overgewicht zich goed in hun vel voelen?*
        - *Zou er veel verschil zitten tussen het zelfbeeld van iemand met en zonder overgewicht?*
    - Wat is de rol van cultuur en afkomst bij overgewicht?
        - *Denk je dat afkomst het beeld rond overgewicht bepaalt?*
        - *Is overgewicht een teken van rijkdom of van armoede?*
        - *Bepaalt afkomst het lichaamsgewicht?*

Empowerment:

- Hoofdvraag: "Hoe zou men als individuele patiënt gestimuleerd kunnen worden om overgewicht aan te pakken?"
    - Wat kan je doen tegen overgewicht?
        - *Valt er iets te doen tegen overgewicht?*
        - *Wat is de beste manier om overgewicht aan te pakken?*
        - *Wat is geen goede manier om overgewicht aan te pakken?*
    - Wat denk je over diëten?
        - *Is een dieet zinvol?*
        - *Heeft iemand al eens een dieet geprobeerd?*
        - *Hoe lang denk je een dieet vol te kunnen houden?*
        - *Hoe lang zou je een dieet moeten kunnen volhouden?*
        - *Moet je tijdens een dieet honger hebben?*
        - *Wat is een reden om geen dieet te volgen?*
    - Wat denk je over lichaamsbeweging?
        - *Kan het kwaad om niet aan lichaamsgewicht te doen?*
        - *Is lichaamsbeweging een goede manier om gewicht te verliezen?*
        - *Is lichaamsbeweging ongezond?*
        - *Kan iedereen aan lichaamsbeweging doen?*
        - *Wat is een reden om niet aan lichaamsbeweging te doen?*
    - Wat verwacht je van je huisarts wanneer je overgewicht wenst te voorkomen/aan te pakken?
        - *Kan je huisarts je helpen met overgewicht aan te pakken?*
        - *Wat verwacht je van je huisarts?*
        - *Wat zou je denken of voelen als je huisarts zelf het onderwerp overgewicht aanhaalt?*
        - *Vind je dat mensen met overgewicht zelf het initiatief moeten nemen om iets aan hun overgewicht te doen?*
        - *Moet overgewicht aangepakt worden om gezondheidsproblemen te voorkomen of pas wanneer er al gezondheidsproblemen zijn*?

3. (Voorlopig) tijdsschema

Tijd	Duur	Wat	Wie
09:45	15 min	Verwelkoming	Moderators
10:00	5 min	Doel, programma en ieders rol uitleggen	Moderators
		Geluidsopname starten	Moderator
10:05	10 min	Voorstelronde	Iedereen
10:15	15 min	Discussie perceptie	Iedereen
10:30	5 min	Beeldmateriaal	Iedereen
10:35	15 min	Discussie perceptie	Iedereen

10:50	10 min	Pauze	Iedereen
11:00	15 min	Discussie empowerment	Iedereen
11:15	5 min	Beeldmateriaal	Iedereen
11:20	15 min	Discussie empowerment	Iedereen
11:35		Aflsuiten en bedanken	Iedereen

Bijlage 2: Vragenlijst rond overgewicht

Leeftijd:	...	Jaar
Geslacht	M	V
Gewicht	...	kg
Lengte	...	cm

Wat is jouw afkomst? Marokkaans Turks Vlaams Andere, namelijk: .....

Ideeën rond overgewicht

	Ja	Nee	Weet ik niet
Vindt u overgewicht een risico voor uw gezondheid?			
Wordt overgewicht veroorzaakt door eetgewoonten?			
Wordt overgewicht veroorzaakt door een gebrek aan lichaamsbeweging?			
Spelen afkomst en cultuur een rol bij overgewicht?			

Wat is volgens jou de oorzaak van overgewicht? Wat zijn volgens jou de voor- en nadelen van overgewicht?

Aanpak van overgewicht

	Ja	Nee	Weet ik niet
Kan je je overgewicht zelf aanpakken?			
Is een dieet volgens u een goede manier om gewicht te verliezen?			
Is lichaamsbeweging volgens u een goede manier om gewicht te verliezen?			
Is je huisarts een geschikte persoon om je overgewicht aan te pakken?			

Wat is voor jou de beste manier om overgewicht aan te pakken? Kan je huisarts je hierbij helpen?

Bijlage 3: Studieprotocol goedgekeurd door ethisch comité

Universiteit Antwerpen
Centrum voor huisartsgeneeskunde

Kwalitatief onderzoek: Patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine

Studieprotocol

1. Achtergrond en doel van de studie

Obesitas is een van de belangrijkste en meest voorkomende gezondheidproblemen waarmee de huisarts regelmatig wordt geconfronteerd in de praktijk. Het is een belangrijke factor in het cardiovasculair risicoprofiel en dus een aangrijpingspunt bij het uitoefenen van preventieve geneeskunde. De aanpak van obesitas kan een niet te onderschatten gezondheidswinst met zich meebrengen al zien we dat dit in de praktijk vaak moeilijk verloopt. Om tot een beter resultaat te komen, is het van belang om op de hoogte te zijn van de noden en verwachtingen van de patiënt zodat daar optimaal op kan ingespeeld worden. Er zijn immers verschillende manieren om obesitas aan te pakken maar toch worden ze door patiënten niet spontaan aangegrepen. Daarom zouden we in deze studie de perceptie van patiënten rond obesitas en hun empowerment hierin willen nagaan, met het doel tot een gepaste aanpak van obesitas in de huisartspraktijk te komen. Met de informatie verkregen tijdens gestructureerde interviews met patiënten, zou een informatiebrochure op maat opgesteld kunnen worden.

De studie zal uitgevoerd worden door twee HAIO's waardoor deze tweeledig is. Één deel zal erin bestaan de perceptie bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine rond obesitas na te gaan. In het andere deel zal toegespitst worden op de empowerment van patiënten met Vlaamse en niet-Vlaamse origine omtrent de aanpak van obesitas. Het eerste deel zal door Claudia Kocken (HAIO) worden uitgevoerd, het tweede door Wouter Goovaerts (HAIO).

2. Patiëntenpopulatie

Inclusiecriteria

- Patiënten van Vlaamse origine
  - Leeftijd: ouder dan 18 jaar
  - Geslacht: mannen en vrouwen
  - Patiënten met overgewicht (BMI > 25) waarbij we streven om 50% van de studiepopulatie uit patiënten met een BMI > 30 te laten bestaan.
- Patiënten van niet-Vlaamse origine

- Leeftijd: ouder dan 18 jaar
- Geslacht: mannen en vrouwen
- Patiënten met overgewicht (BMI > 25) waarbij we streven om 50% van de studiepopulatie uit patiënten met een BMI > 30 te laten bestaan.
- Bij voorkeur patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst.
- Bij voorkeur migranten van 1e generatie, doch verwachten we dat deze doelgroep moeilijker te bereiken is (taalbarrière). Indien we niet genoeg 1e generatie migranten vinden zullen we ook 2e en eventueel 3e generatie patiënten includeren.

Exclusiecriteria

- Onvoldoende kennis van het Nederlands

Rekrutering

- De rekrutering van patiënten zal zowel in de opleidingspraktijk 'De Oude Landen' in Ekeren als in de opleidingspraktijk 'De Bist' in Westerlo gebeuren.
- De praktijkopleider en/of behandelende arts zullen patiënten die in aanmerking komen voor de studie volgens bovenstaande criteria selecteren uit het patiëntenbestand. De geselecteerde patiënten worden gecontacteerd door de GMD-houdende arts of de behandelende arts met de vraag of de patiënt in kwestie bereid is om mee te werken met het project van de haio. De GMD-houdende arts informeert (schriftelijk of mondeling) de geselecteerde patiënt over het opzet van de masterproef en vermeldt dat in een verdere fase de haio de contacten zal onderhouden en de gegevens zal verwerken.
- Er zal gestreefd worden naar een patiëntenpopulatie van ongeveer 20 tot 40 patiënten.

3. Projectopzet

Uitnodigen van patiënten voor focusgesprekken over empowerment en perceptie rond obesitas:

- De uitnodiging zal zowel mondeling gebeuren tijdens een consultatie voor een andere reden, als schriftelijk, waarbij een informatiebrief naar de geselecteerde patiënten zal gestuurd worden. Ook de patiënten die mondeling worden gevraagd om deel te nemen aan de studie, zullen een informatiebrief krijgen.
- Aan de deelnemers zal gevraagd worden een informatie- en toestemmingsformulier te handtekenen.

Onderverdelen van patiënten in verschillende focusgroepen:

- De patiënten die de vraag tot deelname aan de studie positief onthalen zullen onderverdeeld worden in een aantal focusgroepen.
- Het aantal focusgroepen zal afhankelijk zijn van het aantal patiënten dat deelneemt aan de studie. Er zal getracht worden om elke focusgroep uit vijf à tien patiënten te laten bestaan.
- De focusgroepen zullen zo samengesteld worden dat er een gelijke verdeling is op vlak van leeftijd en geslacht. Naargelang afkomst zullen verschillende groepen worden gemaakt.

Focusgesprekken:

- De gesprekken zullen plaatsvinden in een veilige omgeving zodat er vrijuit gesproken kan worden door alle leden.
- Aan de hand van een aantal open vragen en beeldmateriaal zal naar empowerment en perceptie van de patiënten rond obesitas gepeild worden.
- Van de gesprekken zullen geluidopnames gemaakt worden.

Verwerking:

- Aan de hand van de geluidopnames zal een schriftelijke samenvatting gemaakt worden en zullen kernboodschappen van de empowerment en perceptie rond obesitas geformuleerd worden. Hierbij wordt de privacy van de patiënt gerespecteerd en zal op geen enkel moment de naam van de patiënt vermeld worden. Er zal daarom gewerkt worden met gecodeerde gegevens.
- Deze gegevens zullen gerapporteerd worden in de thesis.

Opstellen informatiefolder:

- Uitgaande van de informatie verkregen door middel van de focusgesprekken zal een informatiefolder op maat van de patiënt opgesteld worden.

Toestemmingsformulier

Kwalitatief onderzoek: Patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine

Gelieve onderstaande informatie te lezen en aan te vinken indien u akkoord bent:

- **De artsen vragen mij toestemming om:**
  - Een groepsgesprek rond obesitas te voeren waar ik aan deelneem.
  - Opnames te maken van dit gesprek die achteraf enkel door de artsen beluisterd worden.
  - Aan de hand van deze geluidopnames de belangrijke informatie voor de artsen te verzamelen en neer te schrijven in een thesis en deze te gebruiken om een informatiefolder voor patiënten te maken.

- **Mogelijke voordelen**
  In deze studie zal onderzocht worden hoe patiënten denken over overgewicht. De informatie die wij hieruit krijgen kan een voordeel zijn voor de toekomstige aanpak van overgewicht in de huisartsenpraktijk.

- **Mogelijke nadelen**
  Niet deelnemen aan deze studie heeft geen enkel gevolg voor de behandeling. Aangezien er bij deze studie geen medicatie wordt toegediend en geen ingrepen plaats vinden, is er geen nadeel te verwachten.

- **Recht tot inzage en aanpassing**
  Ik heb het recht aan de onderzoekarts te vragen welke gegevens er over mij worden verzameld in het kader van de studie en wat de bedoeling ervan is. Ik heb ook het recht aan de onderzoeksarts te vragen om mij inzage te verlenen in mijn persoonlijke informatie en er eventueel de nodige verbeteringen in te laten aanbrengen. De bescherming van de persoonlijke gegevens is wettelijk bepaald door de geldende wet- en regelgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

- **Bescherming van privacy**
  Mijn privacy zal beschermd worden in deze studie. Alle persoonlijke informatie die in deze studie gevonden wordt, zal vertrouwelijk blijven. Indien de resultaten van deze studie gepubliceerd worden in een wetenschappelijk tijdschrift, zal mijn privacy gewaarborgd worden dankzij het gebruik van codenummers in plaats van namen.

- **Recht tot terugtrekken uit deze studie**
  Ik neem vrijwillig deel aan deze studie. Tevens kan ik mijzelf uit deze studie terugtrekken op eender welk moment, zelfs al heb ik dit formulier ondertekend. Indien ik mij om gelijk welke reden uit de studie wil terugtrekken, hoef ik enkel de onderzoekers te vertellen dat ik niet langer wil deelnemen.

- **Recht op informatie**
  Ik heb steeds het recht om informatie te vragen over de procedures en het onderzoeksproject die hier beschreven worden. Mijn vragen zullen door de betrokken arts naar best vermogen beantwoord worden.

Verklaring van de patiënt(e)

Ik begrijp de opzet van deze studie. Ik ga akkoord om deel te nemen aan deze studie door toelating te geven voor de procedures beschreven in het informatieformulier.

.... ___/___/_____

Naam patiënt(e) **Handtekening patiënt(e)** **Datum**

Verklaring van de betrokken arts:

Ik, ondergetekende, … (naam) bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen."

.... ___/___/_____

Naam of stempel arts **Handtekening arts** **Datum**

Informatieformulier

Kwalitatief onderzoek: Patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine

Achtergrond en doel van de studie

Om de opleiding huisartsgeneeskunde succesvol te voltooien dient de huisarts in opleiding (HAIO) een onderzoek te voeren over een onderwerp dat nuttig is in de huisartspraktijk en een meerwaarde kan betekenen voor de huisartsgeneeskunde in de toekomst.

We zijn 2 huisartsen in opleiding die een onderzoek zullen voeren rond de gedachten van patiënten rond overgewicht. We willen graag nagaan hoe de mensen denken over overgewicht en de aanpak hiervan.

Om hierover meer informatie te krijgen, zullen we groepsgesprekken organiseren. Dit houdt in dat er onder leiding van een arts een gesprek zal gevoerd worden met meerdere patiënten om de ideeën van die patiënten te weten te komen. Omdat er in de huidige samenleving mensen van verschillende afkomst wonen, willen we deze gesprekken zowel met mensen van Belgische herkomst als met mensen van een andere herkomst voeren. De patiënten zullen onderverdeeld worden in verschillende groepen, met elke groep zal 1 gesprek gevoerd worden. Dit gesprek zal ongeveer 1 à 2 uur in beslag nemen.

Met de informatie die we van de patiënten krijgen tijdens de gesprekken zullen we een folder maken op maat van de patiënt. We zullen ook een beter idee hebben over de manier waarop we overgewicht best bespreekbaar maken met de patiënt en hoe de patiënten het liefst hebben dat er mee omgegaan wordt door een huisarts.

Om dit onderzoek goed te kunnen doen, hebben we dus de medewerking van zoveel mogelijk patiënten nodig. Uw deelname aan dit onderzoek zou zeer veel betekenen voor ons en u zou de huisartsgeneeskunde vooruit helpen.

Indien u niet wenst deel te nemen aan deze studie zal dit geen nadelig effect hebben op uw medische behandeling. Tevens heeft u recht op inzage van de gegevens die over u verzameld worden en kan u zich op elk moment terug trekken uit het onderzoek.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Dr. Wouter Goovaerts en Dr. Claudia Kocken

Huisartsen in opleiding

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Prof. dr. J. WENS

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Kwaliteitsonderzoek: Patiëntenbeleving rond obesitas in een allochtone en autochtone populatie. (master-na-master Claudia Kocken en Wouter Goovaerts)
Nieuwe titel: Patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine (master-na-master Claudia Kocken en Wouter Goovaerts)

Belgisch Registratienummer: B300201421065

datum	ons kenmerk	contactpersoon
5/05/2014	14/14/152	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 5/05/2014.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  - Dr. C. Kocken
  - Dr. W. Goovaerts
- Informatieformulier NL versie 2.0 aangepaste versie 27/04/2014
- Toestemmingsformulier NL versie 2.0 aangepaste versie 27/04/2014
- Protocol versie 2.0 aangepaste versie 29/04/2014
- Vragenlijst
  - Draaiboek focusgesprekken, versie 1.0 dd. 27/04/2014

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. C. KOCKEN, Universiteit Antwerpen - Master Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. W. GOOVAERTS, Universiteit Antwerpen - Master Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Samenstelling Ethisch Comité sinds 28/04/2014

Voorzitter
Prof. Dr. P. Cras

VOORZITTER
Prof. dr. P. Cras

SECRETARIAAT
Tel 03 821 38 97
Tel 03 821 35 44

Leden aanwezig op vergadering van 05/05/2014

Leden	Functie	Geslacht	Aanwezig
BERVOETS An	Dermatoloog	V	☑
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	☑
COOLS Nathalie	Postdoctoraal Onderzoeker Hematologie	V	☐
CRAS Patrick	Voorzitter EC / Neuroloog	M	☑
DE MEESTER Ingrid (*)	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	☐
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	☐
GUISEZ Yves (*)	Bioloog / Onderzoeker UA	M	☐
HUIZING Manon	Oncoloog	V	☐
IEVEN Greet	Ondervoorzitter EC / Klinisch Bioloog	V	☑
JANSSEN VAN DOORN Karin	Nefroloog	V	☑
LEMMENS Katrien (*)	Farmacoloog / Toegevoegd expert	V	☑
LEMMENS Willem (*)	Filosoof / Onderzoeker UA	M	☐
LUYTEN Leon	Toegevoegd expert	M	☐
MICHIELS Barbara (*)	Huisarts	V	☑
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog / Toegevoegd expert	M	☑
MICHIELSENS Inge	Jurist / Toegevoegd expert	V	☐
NORGA Koenraad	Pediater / Toegevoegd expert	M	☐
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	☑
STASSIJNS Gaëtane	Fysioloog / Toegevoegd expert	V	☐
STRUYF Filip	Kinesitherapeut / Toegevoegd expert	M	☐
VAN BOGAERT Peter	Docent UA Verpleeg- en Vroedkunde / Toegevoegd expert	M	☑
VAN BORTEL Paulus (*)	Filosoof	M	☐
VAN BROECKHOVEN Christine	Biomedicus / Onderzoeker UA	V	☐
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	☑
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	☐
VAN DER AA Nathalie	Medisch geneticus	V	☐
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkunde	V	☐
VAN POECK Lieven (*)	Medewerker Dep. Onderzoek (CMI) / Onderzoeker UA	M	☐
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	☐
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	☐
VERCAUTEREN Marcel	Anesthesist / Toegevoegd expert	M	☑

(*) niet verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.
The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.