KU LEUVEN
ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

# Wat is de meerwaarde van het draaiboek “Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas” van vzw Eetexpert.be?

Marlies Metsu

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort
Co-promotor: An Vandeputte, vzw Eetexpert.be

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde, 2015

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

# Samenvatting

**Context:** De meeste Belgische huisartsen zijn goed op de hoogte van de omvang van overgewicht als gezondheidsprobleem. Vaak is het echter moeilijk deze kennis praktisch om te zetten in een geslaagde aanpak van het overgewicht, zowel voor de patiënt als voor de huisarts. Deze masterproef onderzoekt de mogelijke rol hierbij van het draaiboek "Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas", ontwikkeld door vzw Eetexpert.be in 2013.

**Onderzoeksvragen:** In het praktijkonderzoek komen twee grote onderzoeksvragen aan bod. Eerst wordt onderzocht of het draaiboek in de huisartsenpraktijk implementeerbaar is. Hierbij zijn er verschillende deelaspecten: de haalbaarheid voor de huisarts, de meerwaarde voor de patiënt, het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking en inhoudelijke kenmerken van het draaiboek. Een tweede onderzoeksvraag bestudeert de uitkomstmaten van een traject met het draaiboek op korte termijn. In de literatuurstudie wordt dieper stilgestaan bij de theoretische achtergrond van het draaiboek.

**Methode:** Aan huisartsen die het draaiboek kennen wordt gevraagd om bij patiënten met een BMI > 25 een consultatie met het draaiboek te houden. De patiënt krijgt meteen hierna een eerste vragenlijst. Vervolgens start een multidisciplinair begeleidingstraject afgestemd op diens individuele noden. Na een opvolgperiode (waarvan de lengte afhankelijk is van het tijdstip van inclusie) krijgt de patiënt een tweede vragenlijst. Ook elke deelnemende huisarts krijgt een vragenlijst.

**Resultaten:** Van de 11 patiënten die de eerste vragenlijst hebben ingevuld kunnen er 4 gedurende het verloop van de studie gevolgd worden tot en met een geldige tweede ingevulde vragenlijst. 14 deelnemende huisartsen vullen hun vragenlijst in. Deze gegevens brengen heel wat voor- en nadelen van een consultatie met het draaiboek aan het licht, zowel voor de patiënt als voor de huisarts. Inhoudelijk biedt dit draaiboek heel wat voordelen, maar voor de meeste huisartsen is dit praktisch moeilijk toepasbaar tijdens een consultatie omwille van tijdsgebrek en/of obstakels bij het computergebruik. Uit de 4 opvolgbevragingen van de patiënten kan ook een eerste indruk van de uitkomstmaten na de opvolgperiode worden gehaald. Hieruit blijkt dat er op vlak van gewicht weinig winst is, maar dat de patiënten wel een gunstige invloed ervaren op hun algemeen welzijn en op hun inzicht in de oorzaken en aanpak van hun overgewicht.

**Conclusie:** Inhoudelijk beschouwen huisartsen het draaiboek als een relevante meerwaarde, maar er is nood aan een kortere, vlottere versie die beter hanteerbaar is in de huisartsenpraktijk. De patiënten vinden deze aanpak overwegend positief, zowel vlak na de consultatie als na een opvolgperiode.



**Trefwoorden:** obesitas, huisarts, eerstelijnsgeneeskunde, kwaliteit van zorg
**ICPC:** T83 overgewicht



**Emailadres:** marlies.metsu@gmail.com

# Inhoudstabel


**1. Inleiding ..... 4**

**2. Literatuuronderzoek ..... 5**

2.1 Wat is de meerwaarde van de EOSS-score ten opzichte van gewichtsverlies als parameter bij case-finding en follow-up? ..... 5

2.2 Wat is de meerwaarde van een systematische en multidisciplinaire aanpak van dit probleem in tegenstelling tot de gangbare werkwijze (random screenen en wisselend advies rond aanpak van overgewicht en obesitas)? ..... 8

2.2.1 Multidisciplinaire samenwerking bij de aanpak van overgewicht of obesitas ..... 8

2.2.2 Gangbare werkwijze ..... 10

**3. Praktijkonderzoek ..... 12**

3.1 Methode ..... 12

3.2 Resultaten ..... 12

3.2.1 Patiëntenbevraging ..... 13

3.2.2 Huisartsenbevraging ..... 19

**4. Discussie ..... 23**

4.1 Wat zijn voor- en nadelen van het (werken met het) draaiboek voor de huisarts? ..... 23

4.2 Wat is de meerwaarde van het consult rond overgewicht en obesitas voeren met behulp van het draaiboek voor de patiënt? ..... 23

4.3 Biedt het draaiboek kansen tot multidisciplinair overleg? ..... 24

4.4 Wat is de inhoudelijke meerwaarde van een huisartsenconsultatie met behulp van het draaiboek tegenover een standaard consultatie rond overgewicht en obesitas? ..... 24

4.5 Wat zijn de uitkomstmaten van het draaiboek en de bijhorende multidisciplinaire begeleiding op korte termijn bij de patiënt: welbevinden? Gezondere levensstijl? Inzicht in de problematiek? Gewichtsdaling? ..... 24

4.6 Sterktes en zwaktes van dit onderzoek ..... 24

**5. Besluit ..... 26**

**6. Referenties ..... 27**

**7. Bijlagen ..... 29**

7.1 Online versie van het draaiboek ..... 29

7.2 Eerste vragenlijst voor de patiënt (bij inclusie in de multidisciplinaire begeleiding) ..... 31

7.3 Tweede vragenlijst voor de patiënt (ter opvolging van de multidisciplinaire begeleiding) ..... 32

7.4 Vragenlijst voor de huisarts ..... 33

# 1. Inleiding

Overgewicht en obesitas zijn in België een toenemend gezondheidsprobleem. Uit de grote gezondheidsenquête die in België in 2008 werd uitgevoerd blijkt dat 47% van de volwassenen overgewicht hebben (Body Mass Index of BMI > 25) en 13,8% obesitas (BMI > 30). De gemiddelde BMI in België is gestegen van 24,7 in 1997 tot 25,3 in 2008 en er wordt verwacht dat die stijging zich zal verderzetten [1-3].

De meeste huisartsen zijn goed op de hoogte van de oorzaken, gevolgen en mogelijke behandelingen van overgewicht en obesitas. Vaak blijkt deze kennis echter moeilijk in de praktijk om te zetten, zowel op niveau van de huisarts (een duidelijke, concrete en gestructureerde aanpak voorstellen) als op niveau van de patiënt (voldoende motivatie, inspanning en doorzettingsvermogen opbrengen om het gewenste resultaat te halen en te behouden)[4]. Deze masterproef onderzoekt of het draaiboek voor huisartsen "Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas", ontwikkeld door vzw Eetexpert.be in 2013, een meerwaarde kan betekenen bij de aanpak van dit gezondheidsprobleem[5].

Zowel praktische aspecten tijdens de consultatie bij de huisarts als de uitkomstmaten bij de patiënt worden in dit onderzoek bestudeerd. In tegenstelling tot veel behandelingsplannen voor overgewicht werkt dit draaiboek niet met gewichtsverlies als belangrijkste uitkomstparameter, maar wel met het algemene welzijn van de patiënt, uitgedrukt in een EOSS-score (zie verder). Er bestaat zowel een papieren versie[5] als een online module (zie 7.1) van dit draaiboek om het consult te begeleiden.
Concreet leidt dit tot de volgende deelaspecten in het praktijkonderzoek:

- Is het draaiboek in de praktijk te implementeren?
    - Wat zijn voor- en nadelen van het (werken met het) draaiboek voor de huisarts? (huisartsenperspectief)
    - Wat is de meerwaarde van het consult rond overgewicht en obesitas voeren met behulp van het draaiboek voor de patiënt? Is deze hierdoor meer gemotiveerd om aan zijn gewicht te werken? (patiëntenperspectief)
    - Biedt het draaiboek kansen tot multidisciplinair overleg? (samenwerkingsperspectief)
    - Wat is de inhoudelijke meerwaarde van een huisartsenconsultatie met behulp van het draaiboek tegenover een standaard consultatie rond overgewicht en obesitas?
- Wat zijn de uitkomstmaten van het draaiboek en de bijhorende multidisciplinaire begeleiding op korte termijn bij de patiënt: welbevinden (EOSS-score)? Gezondere levensstijl? Inzicht in de problematiek? Gewichtsdaling?

In het bijhorende literatuuronderzoek wordt gekeken naar de wetenschappelijke achtergrond van het draaiboek bij de probleemstelling en aanpak van overgewicht en obesitas.

Het draaiboek voor huisartsen maakt deel uit van een multidisciplinaire aanpak bij overgewicht en obesitas in samenwerking met diëtisten, psychologen en bewegingsdeskundigen/kinesisten. Ook voor hen bestaan er screeningsformulieren en draaiboeken of zijn deze in ontwikkeling via vzw Eetexpert.be. Er bestaat eveneens een multidisciplinaire aanpak voor kinderen met eet- en gewichtsproblemen aan de hand van verschillende draaiboeken: huisarts, diëtist en centrum voor leerlingenbegeleiding.

Deze studie beperkt zich tot het draaiboek voor huisartsen. De volgende onderzoeksvragen komen in de literatuurstudie aan bod:
1) Wat is de meerwaarde van de EOSS-score ten opzichte van gewichtsverlies als parameter bij case-finding en follow-up?
2) Wat is de meerwaarde van een systematische en multidisciplinaire aanpak van dit probleem in tegenstelling tot de gangbare werkwijze (random screenen en wisselend advies rond aanpak van overgewicht en obesitas)?

# 2. Literatuuronderzoek

Een deel van de literatuur werd gevonden via PubMed aan de hand van de zoektermen 'primary health care', 'obesity', 'quality of life'. Enkel de fulltext-artikels van de laatste vijf jaar werden weerhouden en op basis van titel en abstract geselecteerd op relevantie. Op Minerva EBM werd gezocht met de zoektermen 'gewichtsverlies' en 'mortaliteit'. Via PsycInfo werd een bijkomend nuttig artikel geselecteerd. Met behulp van Cebam werden ook een aantal relevante richtlijnen gevonden. Vanuit vzw Eetexpert.be werden nog enkele nuttige artikels aangereikt. Ten slotte werden uit de referenties van zowel het draaiboek zelf als eerder gevonden richtlijnen bijkomende artikels bekomen.

## 2.1 Wat is de meerwaarde van de EOSS-score ten opzichte van gewichtsverlies als parameter bij case-finding en follow-up?

Overgewicht en obesitas worden in eerste instantie gedefinieerd door de BMI, waarvan het gewicht van de patiënt een bepalende factor is (naast de lengte die ongeveer constant is). Zowel in diagnosestelling als in de opvolging van een behandeling voor overgewicht en obesitas is het gewicht(sverlies) echter een veel te eenzijdige parameter. Het zijn namelijk vooral de complicaties en comorbiditeiten waarmee overgewicht en obesitas geassocieerd zijn die het uiteindelijke gezondheidsrisico in grote mate mee bepalen. Deze complicaties en comorbiditeiten zijn talrijk: diabetes mellitus type 2, lipidenstoornissen, metabool syndroom, cardiovasculaire aandoeningen (hypertensie, angor pectoris, coronair vaatlijden, varices, trombo-embolieën, cerebrovasculair accident,…), gastro-intestinale problemen (galstenen, cholecystitis, leversteatose of -cirrose, gastro-oesofagale reflux), jicht, skeletaandoeningen (artrose, pedes plani, gewrichtsklachten), huidproblemen (striae, infecties, intertrigo, zweten), slaapapneu, depressie en andere psychische problemen, subfertiliteit, foetale afwijkingen, urinaire incontinentie en een verhoogde kans op kanker (prostaat- en darmkanker bij de man, borst-, lever-, galblaas-, blaas-, baarmoeder-, baarmoederhals- en ovariumkanker bij de vrouw)[4,6-7]. Het gewicht(sverlies) is weliswaar gerelateerd met deze comorbiditeiten en complicaties, maar dit verband is niet lineair en vooral merkbaar op populatieniveau. De ene persoon met een BMI van 30 kan namelijk een verschillende hoeveelheid lichaamsvet hebben dan een andere persoon met eenzelfde BMI. Ook de verdeling van het lichaamsvet verschilt per individu, en een abdominale vetopstapeling is gecorreleerd met een significant hoger risico op complicaties of comorbiditeiten. Het gewicht(sverlies) op zichzelf is dus niet voldoende om het individuele gezondheidsrisico van de patiënt in te schatten [4,8]. Bovendien zegt het gewicht(sverlies) niks over het algemeen welzijn van de patiënt.

De kwaliteit van leven wordt namelijk ook door psychosociale factoren beïnvloed. Het is inmiddels duidelijk dat psychische problemen zowel oorzaak als gevolg kunnen zijn van overgewicht en obesitas. Twintig tot zestig procent van de vrouwen ouder dan 40 jaar met obesitas heeft een stemmingsstoornis[7]. Vier prospectieve studies tonen aan dat een majeure depressie voorbeschikt tot obesitas. Omgekeerd, obesitas bij kinderen is een voorspellende factor bij de ontwikkeling van een depressie op latere leeftijd[4]. Nog een andere studie onthult een wederzijdse interactie tussen de psychische conditie van een patiënt en de therapietrouw bij de aanpak van overgewicht of obesitas[9]. Ten slotte heeft veel psychotrope medicatie een gewichtstoename als mogelijke bijwerking.
Het zelfvertrouwen van de patiënt en diens gevoel van autonomie (controle over zichzelf, zelfredzaamheid) spelen eveneens een belangrijke rol bij de aanpak van overgewicht en obesitas. Veel mensen met overgewicht of obesitas, in het bijzonder diegenen met een eetbuistoornis, hebben weinig zelfredzaamheid: ze vertrouwen niet op hun capaciteit om te veranderen van gedrag[4]. Omgekeerd geeft een gewenst gewichtsverlies vaak een gevoel van zelfcontrole, wat leidt tot een toegenomen vitaliteit (het niveau van energie, levenskracht en activiteit). Deze vitaliteit is op zichzelf

een significante voorspeller van gewichtsverlies na een jaar, is gerelateerd aan een lager cardiovasculair risico en leidt ook tot een toegenomen gevoel van zelfcontrole. Een toename in vitaliteit kan dus een voorbode zijn van een betere levenskwaliteit, zowel op fysiek als op psychologisch vlak[10]. De psychische status van een patiënt beïnvloedt ook de motivatie om het overgewicht of obesitas aan te pakken. Veel richtlijnen erkennen inmiddels het belang hiervan en gaan uitgebreid in op motivationele technieken die de huisarts in deze context kan benutten[4,6-7].

Ook de sociale gevolgen van overgewicht of obesitas zijn niet te onderschatten en bepalen mee het algemeen welzijn en de kwaliteit van leven van de patiënt. Er heerst vaak nog het stigma dat mensen met overgewicht of obesitas lui zijn, zichzelf niet in de hand hebben of minder intelligent zijn. Zwaarlijvige mensen worden ook minder aanvaard in de maatschappij en vinden minder makkelijk een job. In Frankrijk bijvoorbeeld stijgt de werkloosheidsgraad op de leeftijd van 20 jaar met de BMI en daalt de kans om na een periode van werkloosheid alsnog een baan te vinden naarmate de BMI stijgt. Maar ook op het werk zelf zijn er problemen: er is een verband tussen obesitas en een verhoogd stressniveau op het werk, meer onderlinge spanningen en minder steun van collega's[7].
Zelfs bij medici en paramedici heersen vaak nog dezelfde vooroordelen over patiënten met overgewicht en obesitas. De houding van gezondheidszorgprofessionals is nochtans van cruciaal belang in de aanpak van overgewicht en obesitas: een negatieve attitude leidt ertoe dat patiënten minder hulp zoeken[4,7,11-12].

Kortom: het gezondheidsrisico van overgewicht of obesitas wordt door veel meer factoren bepaald dan enkel door het gewicht. Daarom werd in 2009 het Edmonton Obesity Staging System (EOSS, zie tabel 1) voorgesteld aan de universiteit van Alberta in Edmonton, Canada. Naast de klassieke biometrische en klinische parameters (BMI, buikomtrek, nuchtere glycemie, cholesterolniveau in het bloed, …) houdt de EOSS ook rekening met complicaties of comorbiditeiten en met de psychosociale en functionele impact van overgewicht of obesitas op de patiënt[8]. De hoogst scorende parameter bepaalt het algemene stadium van de patiënt: bijvoorbeeld een patiënt met een normale glycemie zonder psychopathologie of functionele beperkingen maar met hypertensie bevindt zich in EOSS-stadium 2. Deze classificatie kan gebruikt worden in zowel de stadiëring als de follow-up van een individuele patiënt. Twee grote studies (de ene met bijna 30.000 en de andere met bijna 8.000 patiënten) hebben inmiddels aangetoond dat een hogere EOSS-stadiëring (stadium 2 of 3; stadium 4 kwam niet voor in deze studies wegens gebrek aan data) geassocieerd is met een hogere mortaliteit, zowel op algemeen als cardiovasculair gebied, en dit onafhankelijk van het BMI van de patiënt[13-14]. Bovendien was er geen verschil tussen obese patiënten in stadium 0 of 1 en patiënten met een normale BMI op gebied van mortaliteit, wat suggereert dat preventie van gewichtstoename belangrijker is dan een gewichtsverlies in deze lagere stadia[13]. Dit komt overeen met het voorgestelde EOSS-algoritme voor de aanpak van overgewicht en obesitas in deze lagere stadia[8]. Bovendien volgt dit ook de WHO-strategie (World Health Organization) rond de aanpak van overgewicht en obesitas: de preventie van gewichtstoename, behoud van huidig gewicht en aanpakken van comorbiditeiten zijn kosteneffectiever dan het streven naar gewichtsverlies[12]. Overigens is het onderzoek naar de impact van gewichtsverlies op de morbiditeit en mortaliteit schaars. Een grote multicenterstudie kon geen langetermijneffect van een intensieve leefstijl-aanpassing op vlak van cardiovasculaire gebeurtenissen aantonen[15]. Een ander onderzoek wees uit dat het gunstig effect van een tijdelijke gewichtsreductie verloren ging met de tijd. Hoewel in deze studie het behouden van het ideale lichaamsgewicht waarschijnlijk wel gepaard gaat met een blijvend gunstig effect op de bloeddruk kunnen hieruit geen conclusies op lange termijn worden getrokken (de studie liep slechts over 3 jaar)[16].

**TABEL 1: EDMONTON OBESITY STAGING SYSTEM**

| Stadium | Criteria | Behandelingsplan |
|---|---|---|
| **0** | • Geen medische risicofactoren<br>• Geen fysieke symptomen<br>• Geen psychische symptomen<br>• Geen functionele beperkingen<br>• Geen weerslag op het welzijn | • Identificatie oorzakelijke factoren van overgewicht of obesitas<br>• Gewichtstoename voorkomen d.m.v. leefstijladvies |
| **1** | • Subklinische risicofactoren (vb. verhoogde nuchtere glycemie, randnormale bloeddruk)<br>• Milde fysieke symptomen (vb. dyspnee d'effort, sporadisch pijn)<br>• Milde psychische symptomen<br>• Milde functionele beperkingen<br>• Milde weerslag op het welzijn | • Gewichtstoename voorkomen<br>• Intensieve leefstijlinterventies op gebied van voeding, beweging en algemeen welzijn |
| **2** | • Chronische ziekte (vb. hypertensie, diabetes type 2, angststoornis, …)<br>• Matige functionele beperkingen<br>• Matige weerslag op welzijn | • Aanpak van overgewicht of obesitas op verschillende domeinen: voeding, beweging en gedrag; zo aangewezen inclusief medicatie of chirurgie<br>• Adequate behandeling van comorbiditeit |
| **3** | • Eindorgaanschade (vb. myocardinfarct, diabetische nefropathie, …)<br>• Ernstige psychopathologie<br>• Ernstige functionele beperkingen<br>• Ernstige weerslag op welzijn | • Intensieve aanpak van overgewicht of obesitas, zo nodig inschakelen van gespecialiseerd team<br>• Intensieve behandeling van comorbiditeit |
| **4** | • Zeer ernstige comorbiditeit in eind-stadium<br>• Zeer ernstige invaliderende psychopathologie<br>• Zeer ernstige functionele beperkingen<br>• Zeer ernstige weerslag op welzijn | • Intensieve aanpak van overgewicht of obesitas die haalbaar is<br>• Indien niet haalbaar: palliatieve symptoombestrijding, psychosociale ondersteuning en begeleiding qua arbeid |

Stadium 0: alle criteria dienen voldaan te zijn (EN-voorwaarde). Stadium 1-4: een criterium volstaat om de patiënt volgens dit stadium te classificeren (OF-voorwaarde). Alle vermelde symptomen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks gerelateerd aan het overgewicht of obesitas.

*Bron:* 5,8

## 2.2 Wat is de meerwaarde van een systematische en multidisciplinaire aanpak van dit probleem in tegenstelling tot de gangbare werkwijze (random screenen en wisselend advies rond aanpak van overgewicht en obesitas)?

### 2.2.1 Multidisciplinaire samenwerking bij de aanpak van overgewicht of obesitas

Overgewicht of obesitas is de laatste decennia prominenter geworden in het landschap van de chronische ziekten en het wordt hoe langer hoe duidelijker dat dit -zoals elke chronische ziekte- noopt tot een langdurige en complexe aanpak. Het uiteindelijke doel is het stimuleren van een actieve aanpak door de patiënt zelf, ondersteund door professionelen. Omwille van de complexiteit van de pathologie is er een toenemende tendens om multidisciplinair te werken: verschillende hulpverleners hebben elk hun eigen inzichten, doelstellingen en bijdrages aan de totaalzorg voor de patiënt. Belangrijk hierbij is dat de verschillende disciplines niet louter deelnemen maar ook onderling op elkaar afgestemd zijn; ze werken niet alleen multidisciplinair, maar ook interdisciplinair samen en overleggen met elkaar om tot een gemeenschappelijke visie en behandelplan te komen voor die specifieke patiënt.
Er zijn verschillende voordelen van een multidisciplinaire samenwerking: de kwaliteit van zorg wordt beter, de globale deskundigheid wordt groter (men leert van elkaar), de communicatie wordt gestimuleerd en er is een betere verdeling van de werklast waardoor de continuïteit van zorg voor die patiënt wordt geoptimaliseerd[12,17].

Bij de detectie en aanpak van overgewicht en obesitas werken bij voorkeur een huisarts, een diëtist, een psycholoog en een kinesist of bewegingsdeskundige samen. De huisarts heeft een centrale coördinerende rol: hij is verantwoordelijk voor het inschakelen van de andere disciplines in de totaalzorg voor de patiënt. Dit is uiteraard slechts mogelijk wanneer er een goede feedback is naar de huisarts zodat deze het overzicht over het zorgplan rond de patiënt kan behouden. De huisarts maakt daarnaast een inschatting van de medische risicofactoren en volgt de medische aspecten van de behandeling op (bijvoorbeeld werkzaamheid en bijwerkingen van medicatie).
Een diëtist bekomt en verstrekt informatie op gebied van voeding: energetische waarde, noodzakelijke voedingsmiddelen, portiecontrole en bereidingstechnieken. Dit is uiteraard bij voorkeur afgestemd op de individuele patiënt met zijn specifieke leeftijd, gezondheidstoestand, socio-economische mogelijkheden en culturele waarden.
Een psycholoog kan inzichten krijgen in het algemeen functioneren en welzijn van een patiënt (het belang hiervan werd in 2.1 toegelicht). Waar nodig stelt hij psychische problemen vast die een invloed kunnen hebben op het overgewicht of obesitas (bijvoorbeeld een stemmingsstoornis, eetstoornis, …) en behandelt deze. Een andere belangrijke taak van een psycholoog is het inschatten en vergroten van de motivatie van de patiënt om zijn overgewicht of obesitas aan te pakken. Ten slotte bestaat een belangrijk facet in deze aanpak uit gedragstherapeutische technieken om gewichtsverlies en gezondheidsbevordering te bekomen, waarbij de psycholoog een kernrol heeft.
Een kinesist of bewegingsdeskundige maakt een inschatting van de functionele impact van het overgewicht of obesitas, zeker wanneer er sprake is van gewrichtsklachten, vermoeidheid, urinaire incontinentie of andere beïnvloedende comorbiditeiten. Daarnaast beoordeelt de kinesist of bewegingsdeskundige de fysieke fitheid van de patiënt en ondersteunt hij deze in het verhogen van zijn fysieke activiteitsniveau. Hierbij wordt zoveel mogelijk concreet advies gegeven afgestemd op de individuele noden van de patiënt en zijn dagelijkse activiteiten[4-5].

Deze disciplines werken meer en meer samen via intervisiegroepen[17], zowel in België[5] als in het buitenland[18-19]. Mogelijke voordelen hiervan zijn dat er veel meer informatie naar boven komt, zowel bij de anamnese als tijdens de behandeling, en dat de patiënt beter gemotiveerd is wanneer deze merkt dat de screening en behandeling afgestemd zijn op zijn individuele behoeftes[5].

Toch is een goede multidisciplinaire samenwerking niet evident. Een overleg met verschillende disciplines houdt automatisch in dat men streeft naar een gemeenschappelijk actieplan, soms ten koste van individuele visies. Gezondheidsmedewerkers zijn grondig opgeleid in hun eigen vakgebied en neigen er soms naar te hardnekkig hieraan vast te houden wanneer hun professionaliteit bedreigd lijkt. Dit staat een goed multidisciplinair overleg in de weg en is uiteraard een gemiste kans in het vergroten van de globale en individuele deskundigheid[17-18]. Bovendien houdt het een risico in tot het doorschuiven van de verantwoordelijkheid wanneer professionals in eenzelfde behandelplan niet op elkaar afgestemd zijn[19].
Een tweede hinderpaal voor een goede multidisciplinaire samenwerking betreft een mogelijk verschil in visie tussen gezondheidsmedewerkers en patiënten. Nog niet elke gezondheids-medewerker beschouwt overgewicht of obesitas als een chronische ziekte die een langdurige en geïntegreerde aanpak nodig heeft. Teveel professionals hebben nog het vooroordeel dat zwaarlijvigheid een gebrek is aan wilskracht en motivatie om hier aan te werken (zie 2.1) , wat een volledige inzet voor de patiënt belet, zeker in multidisciplinair verband.
Een andere -verkeerde- instelling die een gezondheidsmedewerker soms heeft, is het niet durven praten met de patiënt over zijn gewicht omdat dit een delicaat onderwerp is. Nochtans verwachten de meeste patiënten juist wel van een professional dat dit ter sprake komt ("als mijn arts niet zegt dat het wel een probleem is, dan is het dus geen probleem")[19].
Gezondheidsmedewerkers halen overigens aan dat er te weinig opleiding is over hoe zij patiënten kunnen begeleiden en motiveren bij de aanpak van hun overgewicht of obesitas[11,17,19]. Er is echter nog niet voldoende onderzoek gebeurd over wat zo'n opleiding dan best concreet inhoudt[20].
Ten slotte zijn er ook nog organisatorische hinderpalen bij een multidisciplinaire samenwerking: het extramurale aspect van de eerstelijnszorg, gebrek aan financiële middelen, gebrek aan tijd, te weinig kennis over verwijsopties en geen goede organisatie van een multidisciplinair overleg[17-19]. Tot op heden zijn er niet voldoende studies die op een homogene manier onderzoeken hoe de multi-disciplinaire samenwerking in de aanpak van overgewicht en obesitas verbeterd kan worden[20-21].

Uit onderzoek blijkt dat de therapietrouw van de patiënt aan een dergelijke niet-medicamenteuze behandelingsstrategie problematisch is en enkel kan verbeterd worden als de huisarts hier veel energie in investeert. Ook een goede samenwerking met (en tegemoetkoming in de prestaties van) diëtisten, psychologen en kinesisten of bewegingsdeskundigen is noodzakelijk om tot significante resultaten te komen. In dit voorbeeld bedroeg dit een gewichtsreductie van gemiddeld 8,8kg na 6 maanden, die echter normaliseerde na 3 jaar door wegvallen van de intensieve multidisciplinaire opvolging. Hieruit blijkt dat de eerstelijnsgeneeskunde een belangrijke rol heeft in het blijven opvolgen en ondersteunen van de patiënt[16].

Sinds kort loopt in Vlaanderen een project vanuit Eetexpert.be in samenwerking met de Onafhankelijke Ziekenfondsen om de multidisciplinaire samenwerking te bevorderen. De patiënt wordt eerst gescreend door de huisarts, de diëtist, de psycholoog en de kinesist of bewegings-deskundige aan de hand van de respectievelijke draaiboeken. Nadien volgt een multidisciplinair overleg: via een probleemanalyse, indicatiestelling en EOSS-stadiëring wordt een gepast zorgaanbod voor de patiënt voorgesteld. De huisarts geeft de patiënt hierover feedback, waarna een individueel behandeltraject start volgens de EOSS-stadiëring door het betrekken van de nodige disciplines en volgens de respectievelijke draaiboeken. De bedoeling is om via een vooraf uitgestippeld traject een vlottere multidisciplinaire samenwerking te bekomen die leidt tot een betere totaalzorg. Immers, de patiënt wordt reeds vanaf de screeningsfase multidisciplinair begeleid. De huidige zorg voor een patiënt met overgewicht of obesitas vertrekt nu nog te vaak vanuit één discipline, waarbij andere disciplines ofwel laattijdig ofwel niet betrokken worden. De Onafhankelijke Ziekenfondsen voorzien een stuk terugbetaling voor deze multidisciplinaire screening: het intakeconsult bij de diëtist en bij de psycholoog is gratis voor de patiënt. De verdere behandeling verloopt zoals bij elke chronische ziekte volgens de tarieven van het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering).

Ook de Belgische overheid ondersteunt de multidisciplinaire samenwerking rond obesitas. In 2005 al werd in zes ziekenhuizen een pilootproject opgestart rond obesitas, met de klemtoon op een globale en multidisciplinaire aanpak en samenwerking van eerste en tweede lijn. De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu subsidieerde deze projecten. Een overzichtsverslag van deze pilootprojecten met aanbevelingen voor het verder uitbouwen van een globale aanpak rond obesitas wordt momenteel opgesteld[22].
In december 2013 werd op het symposium Eerstelijnsgezondheidszorg door Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin Jo Vandeurzen opnieuw benadrukt dat "een preventieve, coachende en multidisciplinaire lange termijnaanpak nodig is bij chronisch zieken met respect voor de autonomie en de rol die patiënten en hun mantelzorg zoveel mogelijk zelf moeten kunnen blijven opnemen. … In de nota worden onder meer aanbevelingen gedaan over een multidisciplinair patiëntendossier, over case management en case managers in de eerste lijn en liaisonpersonen in ziekenhuizen, over empowerment en over een multidisciplinaire aanpak"[23]. Het draaiboek voor huisartsen van vzw Eetexpert.be werd onder meer in deze geest ontwikkeld.
In 2014 ontwierp het RIZIV specifiek voor huisartsen een e-learningmodule rond overgewicht en obesitas die naadloos aansluit bij het draaiboek van vzw Eetexpert.be. Elke Belgische huisarts kan aan de hand van zijn e-ID deze geaccrediteerde module doorlopen. Net zoals het draaiboek wil deze e-learning huisartsen een houvast bieden in de consultatie rond overgewicht en obesitas volgens de huidige inzichten over deze problematiek[24].

### 2.2.2 Gangbare werkwijze

In de praktijk gaat het er helaas nog vaak anders aan toe. Slechts 40% van de patiënten met obesitas krijgen van hun huisarts aanbevelingen in verband met hun obesitas of hiermee gerelateerde comorbiditeiten. Voor patiënten met overgewicht ligt dit percentage nog lager. Hier zijn verschillende verklaringen voor: gebrek aan adequate opleiding van de huisarts in oorzaken en behandeling van overgewicht of obesitas, contraproductieve attitudes tegenover een zwaarlijvige patiënt,... Ook patiënten ervaren hindernissen om tot een goede aangepaste behandeling van hun overgewicht of obesitas te komen: schaamte of psychische comorbiditeit leidt vaak tot uitstel van de hulpvraag. Bovendien is een behandeling die vooral bestaat uit leefstijlveranderingen (en dus lang duurt en veel inspanning vergt van zowel patiënt als hulpverlener) niet meteen financieel rendabel[4,12,25].

Nochtans is er ook evolutie in de zoektocht naar een effectieve strategie om als huisarts een patiënt met overgewicht of obesitas te begeleiden en te motiveren. In Canada werd hiervoor een toolkit ontworpen: 5A's of obesity management. Deze module biedt een vast raamwerk om met de patiënt rond zijn overgewicht of obesitas te werken aan de hand van 5A's: Ask, Assess, Advise, Agree, Assist (zie tabel 2)[26-27]. Deze 5A's zijn concreet en individueel toepasbaar, zowel op de totaalproblematiek van overgewicht of obesitas als op specifiek advies met betrekking tot voeding of beweging[25]. De basis van deze tool bevindt zich in de theorie rond gedragsverandering: overgewicht of obesitas wordt bij voorkeur aangepakt via gedragsveranderingen en een vergroting van het zelfvertrouwen, waarbij de patiënt zelf het heft in handen neemt, ondersteund door gezondheidszorgmedewerkers. De module kadert dus perfect in de multidisciplinaire samenwerking die noodzakelijk is bij de probleemstelling en aanpak van overgewicht en obesitas en sluit nauw aan bij de huidige visie rond overgewicht of obesitas als chronische ziekte (zie 2.2.1)[26-27]. De eerste studies rond de implementatie van deze 5A's wijzen er alvast op dat de patiënten hierdoor meer beginnen met de aanpak van hun overgewicht (assess), en dat er meer belang werd geschonken aan de coördinatie en opvolging van deze aanpak (assist)[28].

**TABEL 2: 5A's OF OBESITY MANAGEMENT**

| | |
|---|---|
| **ASK**<br>vraag toestemming om over overgewicht of obesitas te praten | • Wees niet veroordelend<br>• Verken de bereidheid tot veranderen<br>• Gebruik motivationele technieken<br>• Creëer een overgewicht-vriendelijke praktijk |
| **ASSESS**<br>Schat de risicofactoren en de oorzaken in | • Bepaal de klasse (BMI, buikomtrek) en het stadium (EOSS) van overgewicht<br>• Krijg inzicht in drijvende factoren, complicaties en barrières via 4M's: *mental, mechanical, metabolic, monetary* (=mentaal, mechanisch, metabool, financieel)<br>• Krijg inzicht in de oorzakelijke factoren: traag metabolisme, verhoogde intake, verminderde activiteit |
| **ADVISE**<br>Geef advies over de risico's, voordelen en behandelopties | • Geef advies over de risico's van overgewicht en obesitas<br>• Verhelder de voordelen van (zelfs een bescheiden) gewichtsverlies<br>• Benadruk de behoefte aan lange-termijn aanpak en opvolging<br>• Verduidelijk de verschillende behandelopties |
| **AGREE**<br>Creëer realistische verwachtingen en wees *SMART(*)* voor gedragsveranderingen | • Kom met patiënt tot haalbare verwachtingen in verband met het doelgewicht<br>• Kom met patiënt tot haalbare gedragsveranderingen en vol te houden gezondheidsvoordelen<br>• Kom met patiënt tot een aanvaardbaar therapeutisch plan |
| **ASSIST**<br>Reik drijvende factoren en belemmeringen aan, bied hulpbronnen aan, verwijs adequaat, organiseer follow-up | • Help de patiënt bij identificatie en aanpak van drijvende factoren of barrières bij zijn overgewicht<br>• Voorzie educatie en betrouwbare informatiebronnen<br>• Verwijs adequaat naar de gepaste hulpverlener(s): multidisciplinaire samenwerking<br>• Organiseer follow-up: regelmatig en op lange termijn |

SMART: specific, measurable, achievable, rewarding, timely (=specifiek, meetbaar, haalbaar, lonend en op een haalbare termijn)
*Bron:* 26-27

# 3. Praktijkonderzoek

Het praktijkonderzoek werd uitgevoerd met twee grote onderzoeksvragen op de achtergrond. Als eerste werd onderzocht of het draaiboek in de huisartsenpraktijk implementeerbaar is. Hierbij kwamen de verschillende deelaspecten aan bod: de haalbaarheid voor de huisarts, de meerwaarde voor de patiënt, het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking en inhoudelijke aspecten van het draaiboek. Een tweede onderzoeksvraag bestudeerde de uitkomstmaten bij de patiënt van een traject met het draaiboek op korte termijn.
De resultaten worden besproken aan de hand van de vragenlijsten voor patiënten en huisartsen (zie 3.1).

## 3.1 Methode

Aan de deelnemende huisartsen werd gevraagd om de eerste vijf patiënten die zich in hun praktijk aanboden met overgewicht en een wens tot aanpak hiervan te includeren in de studie. Voor de patiënt betekende dit een consultatie met het draaiboek en aansluitend een eerste vragenlijst, het opstarten van een multidisciplinair begeleidingstraject, en een tweede vragenlijst na 3-6 maanden (afhankelijk van het tijdstip van inclusie). De huisarts zelf kon eveneens via een vragenlijst zijn mening geven omtrent het gebruik van het draaiboek.
Deze vragenlijsten werden opgesteld aan de hand van de vooropgestelde onderzoeksvragen en de "tevredenheidsmeting multidisciplinaire screening" van vzw Eetexpert.be, oorspronkelijk bedoeld voor patiënten. De drie vragenlijsten zijn als bijlage aan deze studie toegevoegd (zie 7.2, 7.3 en 7.4).

## 3.2 Resultaten

Via vzw Eetexpert.be werd een lijst verkregen van huisartsen in Vlaanderen die ooit een bijscholing over het draaiboek hebben bijgewoond en dus van het bestaan hiervan op de hoogte zijn. Van de 30 vermelde en gecontacteerde praktijken waren uiteindelijk 8 huisartsen en 4 huisartsen in opleiding (in het totaal uit 8 praktijken) bereid om deel te nemen aan het praktijkonderzoek. Nog 2 andere huisartsen uit 2 andere praktijken hebben wel de vragenlijst voor huisartsen ingevuld, maar niet deelgenomen aan het praktijkonderzoek met inclusie van patiënten. In het totaal werden 11 patiënten uit 4 praktijken geïncludeerd. De overige 4 praktijken konden geen patiënten includeren. De karakteristieken van deze 11 patiënten worden weergegeven in tabel 3.

**TABEL 3: KARAKTERISTIEKEN VAN DE GEÏNCLUDEERDE PATIËNTEN**

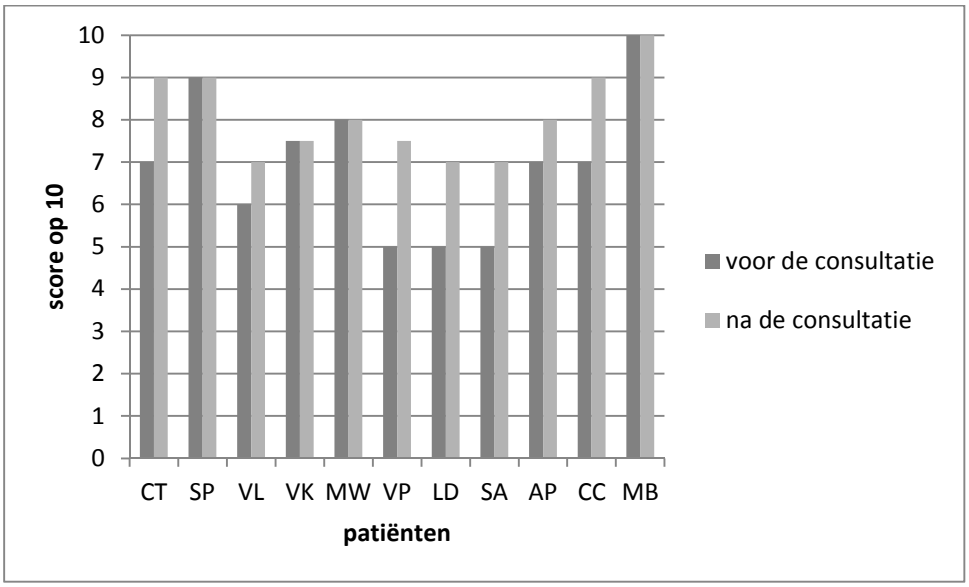
| Patiënt | Geslacht | Leeftijd (jaar) | Gewicht (kg) | Lengte (m) | BMI (kg/m²) |
|---|---|---|---|---|---|
| **CT** | Vrouw | 28 | 88 | 1,66 | 31,9 |
| **SP** | Vrouw | 24 | 81 | 1,64 | 30,1 |
| **VL** | Vrouw | 42 | 95 | 1,58 | 38,1 |
| **VK** | Vrouw | 54 | 80 | 1,65 | 29,4 |
| **MW** | Vrouw | 60 | 103,7 | 1,68 | 36,7 |
| **VP** | Vrouw | 49 | 97 | 1,67 | 34,8 |
| **LD** | Vrouw | 51 | 83,1 | 1,69 | 29,1 |
| **SA** | Vrouw | 23 | 78 | 1,60 | 30,5 |
| **AP** | Vrouw | 22 | 108 | 1,70 | 37,4 |
| **CC** | Vrouw | 60 | 77,5 | 1,65 | 28,5 |
| **MB** | Vrouw | 61 | 90 | 1,58 | 36,1 |
| **Gemiddelde** | | **43,1** | **89,2** | **1,65** | **33,0** |

### 3.2.1 Patiëntenbevraging

*3.2.1.1 Vragenlijst bij inclusie in de multidisciplinaire begeleiding*

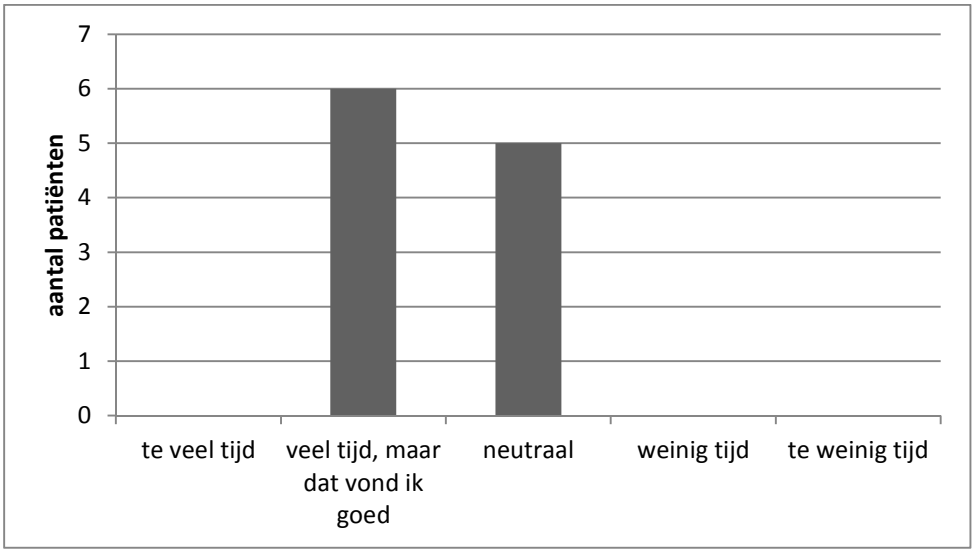
Deze vragenlijst werd door alle elf geïncludeerde patiënten ingevuld.
De eerste twee vragen peilden naar de verwachtingen van de patiënten in verband met de aanpak/begeleiding van hun overgewicht. Zes patiënten hadden vooral behoefte aan een goede begeleiding in hun traject, omdat ze het gevoel hadden hun overgewicht niet alleen te kunnen aanpakken. Drie patiënten waren vooral op zoek naar inzicht in hun probleem van overgewicht. Twee patiënten hadden een verwachting over hoeveel kilogram ze wilden afvallen. Twee andere patiënten gaven aan geen verwachtingen te hebben. Na de consultatie waren twee patiënten benieuwd naar de verdere opvolging, een patiënt had het gevoel dat het probleem zou worden aangepakt, en twee andere patiënten beseften nu nog meer dat het hoog tijd was om hun probleem van overgewicht aan te pakken. Een patiënt verlaagde haar streefdoel met vijf kilogram minder afvallen dan oorspronkelijk verwacht. Vier patiënten gaven aan geen andere verwachtingen te hebben na de consultatie dan voor de consultatie. De motivatie van de geïncludeerde patiënten om aan hun overgewicht te werken is weergegeven in grafiek 1.

**GRAFIEK 1: MOTIVATIE VOOR EN NA DE CONSULTATIE MET HET DRAAIBOEK**

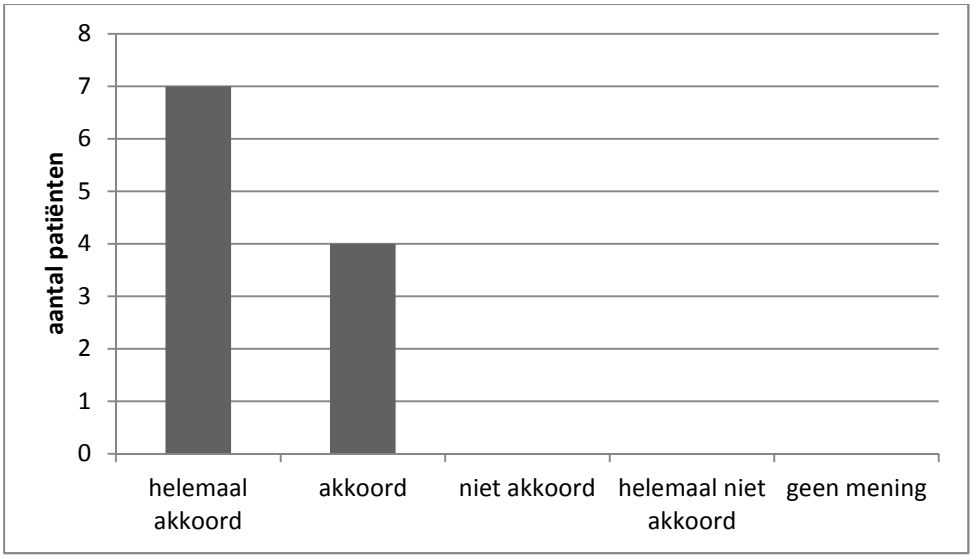



Vervolgens beantwoordden de patiënten enkele stellingen over de consultatie met het draaiboek. De resultaten hiervan worden weergegeven in grafiek 2, 3 en 4.

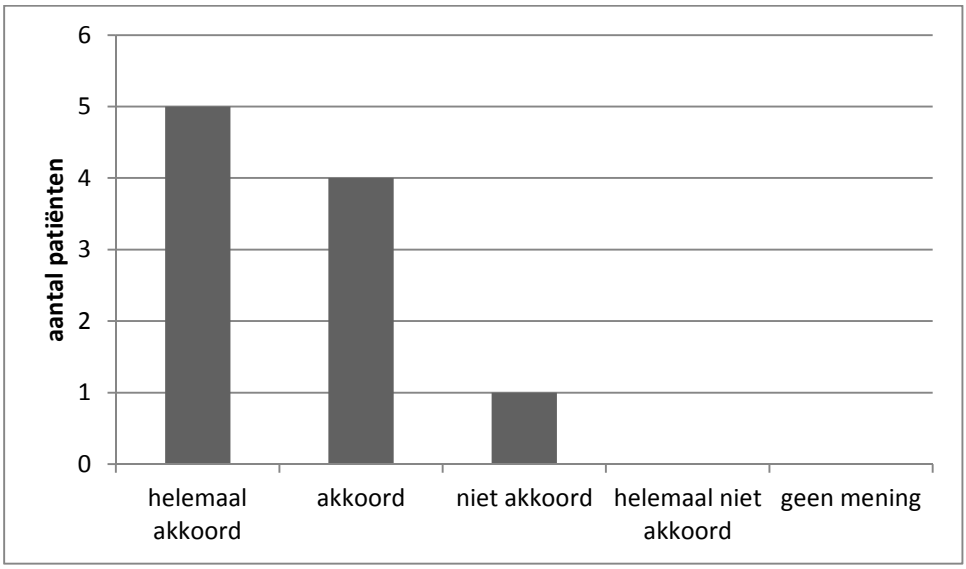
**GRAFIEK 2: "HOEVEEL TIJD NAM DE CONSULTATIE NAAR UW GEVOEL IN BESLAG?"**




**GRAFIEK 3: "IK VIND HET GOED DAT DE HUISARTS ZO UITGEBREID VRAGEN STELDE EN STILSTOND BIJ MIJN OVERGEWICHT."**



**GRAFIEK 4: "IK HEB HET GEVOEL DAT DEZE AANPAK MEER OP MIJ INDIVIDUEEL AFGESTEMD IS DAN ZONDER DRAAIBOEK."**




Noot: 1 patiënt heeft deze vraag niet beantwoord

De stelling "De huisarts vulde het draaiboek in op de computer. Dat vond ik…" werd door de elf patiënten unaniem met "goed" beantwoord.

Op de vraag of ze de consultatie met draaiboek beter, even goed of minder goed vonden dan een consultatie zonder draaiboek, antwoordden tien van de elf patiënten dat ze dit beter vonden. De elfde patiënt vulde deze vraag niet in. Zes patiënten vonden een consultatie met het draaiboek volledediger en overzichtelijker. Drie patiënten vermeldden blij te zijn dat "alles nog eens op papier werd gezet" en twee patiënten gaven aan dat ze de consultatie op deze manier meer op hen individueel afgestemd vonden.

Als enige extra opmerking vermeldden twee patiënten dat ze graag zelf een kopie van het ingevulde draaiboek hadden gekregen. Voor een van deze patiënten had het een steun kunnen zijn doordat ze in moeilijke momenten herinnerd kon worden aan haar beginsituatie.

*3.2.1.2 Vragenlijst ter opvolging van de multidisciplinaire begeleiding*

Van de elf patiënten die geïncludeerd werden, waren er vijf patiënten bij wie een (multidisciplinaire) begeleiding werd opgestart en geëvalueerd in de tweede vragenlijst: twee patiënten bij een diëtist en een psycholoog (VK en MW), een patiënt bij een diëtist (VL) en twee patiënten bij de eigen huisarts (CC en AP).
Twee andere patiënten zijn niet in een (multidisciplinaire) begeleiding gestapt en hebben dus de vragenlijst in verband met de opvolging niet ingevuld, maar gaven aan wel op eigen houtje te werken rond hun overgewicht. De ene patiënt volgde inmiddels een dieet en een beweegprogramma, de andere patiënt lette zelf op de voeding, ging drie keer per week naar de fitness en was bezig met een rookstoppoging onder begeleiding van de huisarts.
Nog een andere patiënt had de multidisciplinaire begeleiding uitgesteld wegens tijdsgebrek. Twee patiënten konden niet meer bereikt worden om de opvolging te bevragen. De elfde patiënt ten slotte werd geïncludeerd net voor het afronden van dit onderzoek en bij deze persoon was dus nog geen begeleiding opgestart.

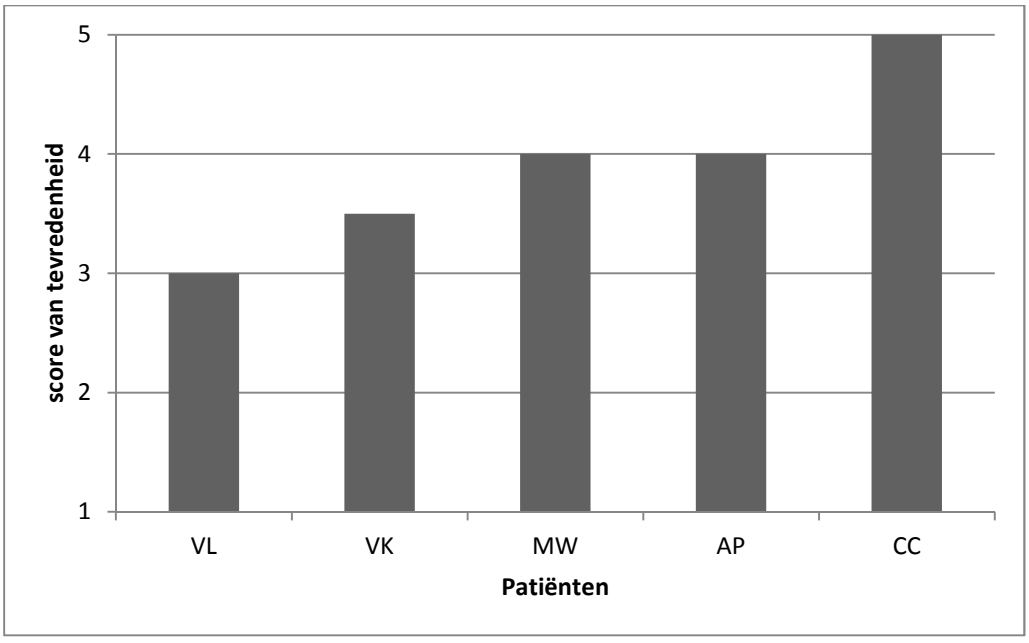
Als eerste item in de vragenlijst werd via een invultabel (zie tabel 4) gepeild naar hoe de begeleiding verliep. Over de begeleiding bij de diëtiste waren de drie patiënten eensgezind: de diëtiste gaf hen concrete tips, leerde hen iets bij en het klikte goed met deze persoon. Twee van de drie patiënten vonden deze aanpak ook individueel op hen afgestemd, vonden de inbreng van deze discipline een meerwaarde in de begeleiding van hun overgewicht, en voelden de kostprijs prijs niet als te hoog aan. De derde patiënt die bij de diëtiste is gegaan heeft deze vragen blanco gelaten.
De twee patiëntes die naar de psycholoog waren gegaan waren ook eensgezind: de eerste vier vragen uit de tabel werden door beide patiënten met "ja" beantwoord, de vraag over de kostprijs werd door beiden niet ingevuld.

**TABEL 4: BEVRAGING NAAR DE MULTIDISCIPLINAIRE BEGELEIDING**

| | Diëtist | Psycholoog | Kinesist/ bewegings-deskundige |
|---|---|---|---|
| Deze discipline geeft mij concrete tips of leert mij echt iets bij | 3x ja | 2x ja | |
| De voorgestelde aanpak is afgestemd op mij als persoon met mijn eigen mogelijkheden en beperkingen | 2x ja | 2x ja | |
| Het klikt goed met deze persoon | 3x ja | 2x ja | |
| Ik vind de inbreng van deze discipline een meerwaarde in de begeleiding bij mijn overgewicht | 2x ja | 2x ja | |
| Ik vind begeleiding door deze discipline te duur voor wat ik ervoor terugkrijg | 2x nee | | |

Vervolgens konden de patiënten op een schaal van 1 tot 5 uitdrukken hoe tevreden ze waren over hun (multidisciplinaire) begeleiding, waarbij "1" betekent "heel ontevreden" en "5" betekent "heel tevreden. De resultaten zijn weergegeven in grafiek 5.

**GRAFIEK 5: "HOE TEVREDEN BENT U OVER DE (MULTIDISCIPLINAIRE) BEGELEIDING?"**



De volgende vragen gingen dieper in op de multidisciplinaire begeleiding. Op de vraag welke voordelen hiervan werden ervaren, antwoordde een patiënt dat ze de vertrouwensrelatie belangrijk vond en dat ze wist bij wie ze terecht kon met vragen. Een andere patiënt vond dat de aanpak van het overgewicht versterkt werd doordat elke discipline aan bod komt. Een derde patiënt (die door de huisarts werd begeleid) antwoordde dat deze luisterde, de tijd nam, naar oplossingen hielp zoeken en de patiënt op een goede manier met de neus op de feiten durfde duwen. De twee andere patiënten hadden deze vraag niet beantwoord.

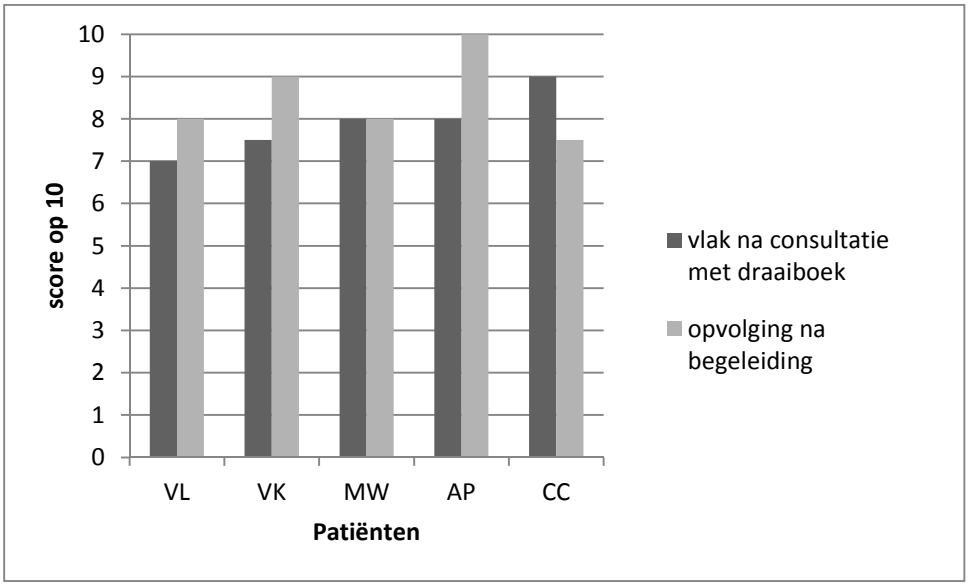
Als nadeel bij de multidisciplinaire begeleiding vermeldde een patiënt dat ze er zelf weinig over wist omdat het overleg tussen de disciplines voor een deel buiten de patiënt om gebeurde. Een andere patiënt vond het te vroeg om te evalueren. De overige drie patiënten lieten de vraag onbeantwoord.

Nog een andere vraag koppelde terug naar de verwachtingen op voorhand. Een patiënt gaf aan dat ze ervoer dat het toch vooral een zoektocht was naar zichzelf en dat ze zelf haar overgewicht moest aanpakken, maar dat ze zich wel gesteund voelde in het proces. Een tweede patiënt had geen verwachtingen. Voor een derde patiënt (die werd begeleid door de huisarts) voldeed de begeleiding aan de verwachtingen. De overige twee patiënten lieten de vraag blanco.

De opvolging bij de huisarts verliep voor de twee patiënten die door de huisarts werden begeleid goed. Van de drie patiënten die multidisciplinair werden begeleid had een patiënt 1 keer een opvolging gehad bij de huisarts. De overige twee patiënten hadden geen opvolging bij de huisarts gehad.

De motivatie om aan het overgewicht te werken van de vijf patiënten die de tweede vragenlijst invulden is weergegeven in grafiek 6.

**GRAFIEK 6: MOTIVATIE VOOR EN NA DE (MULTIDISCIPLINAIRE) BEGELEIDING**




Ten slotte werd via een waardeschaal gepeild naar enkele uitkomstmaten van de (multidisciplinaire) begeleiding die ook in de EOSS worden inbegrepen. De vijf patiënten vulden deze schaal in, maar de gegevens van AP zijn niet bruikbaar gezien deze patiënte gedurende het traject zwanger werd en dit sterk haar scores beïnvloedde. De overige vier patiënten hebben per item een score gegeven van -- tot ++ (zeer negatieve tot zeer positieve invloed) en aangegeven waarom zij dit symbool kozen.

De resultaten zijn weergegeven in tabel 5 tot en met 10. Tabel 11 vermeldt het objectieve gewichtsverlies van deze patiënten tijdens hun begeleiding.

**TABEL 5: LICHAMELIJKE KLACHTEN**

| Patiënt | Symbool | Motivatie |
|---|---|---|
| **VL** | + | |
| **VK** | -- | Vermoeidheid en gewrichtspijnen zijn momenteel zeer acuut |
| **MW** | + | Het is nog te vroeg, mijn lichamelijke klachten zijn er nog |
| **CC** | 0 | Geen specifieke lichamelijke klachten |

**TABEL 6: PSYCHISCHE KLACHTEN**

| Patiënt | Symbool | Motivatie |
|---|---|---|
| **VL** | + | |
| **VK** | ++ | Ondersteuning, controle, extra motivatie door begeleiding |
| **MW** | + | Ik heb geen psychische klachten |
| **CC** | ++ | Mijn huisarts is voor mij een top-psychologe die me ook hierin ten volle steunt |

**TABEL 7: LEEFSTIJL**

| Patiënt | Symbool | Motivatie |
|---|---|---|
| **VL** | + | |
| **VK** | + | “Weten” is moeilijk om te zetten in “doen” |
| **MW** | + | Het leven is kort, maar ik probeer toch wat aan mijn overgewicht te doen zonder te strikt of constant bezig te zijn ermee |
| **CC** | + | Minder suikerproducten |

**TABEL 8: INZICHT IN OORZAKEN EN AANPAK VAN OVERGEWICHT**

| Patiënt | Symbool | Motivatie |
|---|---|---|
| **VL** | ++ | |
| **VK** | ++ | Eindelijk inzicht in eigen gedrag |
| **MW** | + | Ik ben zowel bij de diëtist als bij de psycholoog al dingen tegengekomen, ik ben mij bewust van de dingen die spelen |
| **CC** | + | Inzicht in voeding |

**TABEL 9: ALGEMEEN WELZIJN**

| Patiënt | Symbool | Motivatie |
|---|---|---|
| **VL** | + | |
| **VK** | + | Moet nog komen |
| **MW** | ++ | Ik ben een gelukkige vrouw |
| **CC** | + | Positief: op de weegschaal staan wordt iets prettiger |

**TABEL 10: GEWICHT (DOOR PATIËNT AANGEGEVEN)**

| Patiënt | Symbool | Motivatie |
|---|---|---|
| **VL** | 0 | |
| **VK** | 0 | Langzame start, nog niet echt resultaat |
| **MW** | + | Het is niet zozeer het gewicht dat telt, maar de klachten erbij |
| **CC** | + | Het gaat langzaam maar ik heb goede hoop voor de komende tijd |

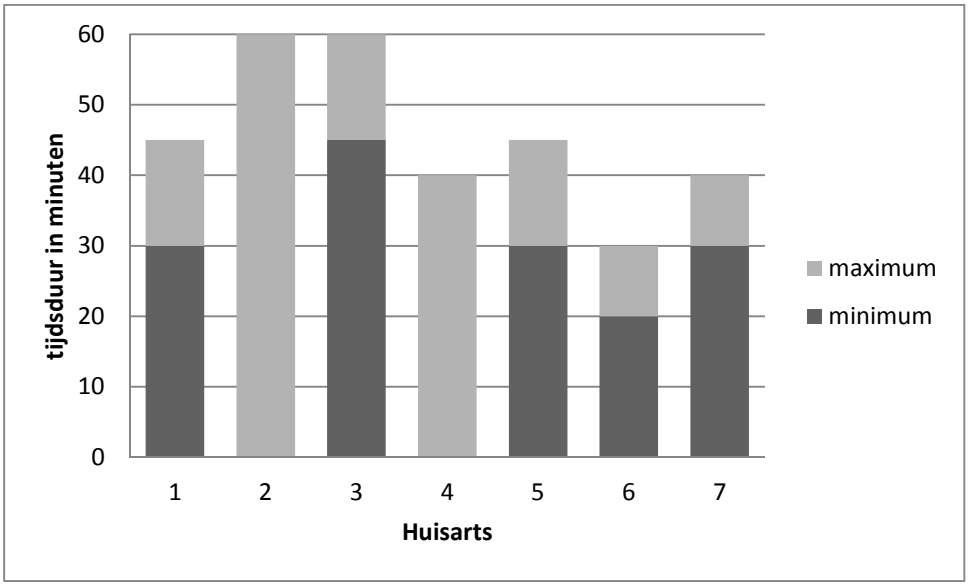
**TABEL 11: GEWICHT (DOOR ONDERZOEKER BEREKEND)**

| Patiënt | Absolute gewichtsdaling | Relatieve gewichtsdaling | Tijdsduur van opvolging |
|---|---|---|---|
| **VL** | 5 kg | 5,26 % | 3,5 maanden |
| **VK** | 1 kg | 1,25 % | 7,5 maanden |
| **MW** | 3 kg | 2,89 % | 3,5 maanden |
| **CC** | 2,5kg | 3,22 % | 3 maanden |

### 3.2.2 Huisartsenbevraging

De eerste vraag werd door zeven van de veertien huisartsen ingevuld en peilde naar de tijd die de arts gemiddeld besteedde aan een consultatie met het draaiboek: bij zes van de zeven artsen was dit minstens een half uur (zie grafiek 7). De zeven huisartsen vermeldden allen dat ze dit te lang vonden om in een gewone consultatie te doen. Twee artsen vonden het beter haalbaar om dit op te splitsen over meerdere contacten met de patiënt. Drie artsen planden op voorhand een specifieke lange afspraak voor de consultatie met het draaiboek.

**GRAFIEK 7: TIJDSDUUR VAN DE CONSULTATIE MET HET DRAAIBOEK**




Noot: Huisarts 2 en 4 vermeldden een tijdsduur (geen interval), vandaar enkel een maximumwaarde in de grafiek.

Vervolgens werd via een invultabel gepeild naar de mening van de huisartsen over onderstaande stellingen. Eén arts liet de derde stelling oningevuld, alle andere items werden door de veertien deelnemende artsen gescoord (zie tabel 12).

**TABEL 12: STELLINGEN VOOR DE HUISARTS**

| | Helemaal niet akkoord | Niet akkoord | Geen mening | Akkoord | Helemaal akkoord |
|---|---|---|---|---|---|
| Ik vind het zinvol om als huisarts zo uitgebreid stil te staan rond het overgewicht van de patiënt. | | | | 9 | 5 |
| Ik heb het gevoel dat deze aanpak individueler per patiënt gericht is dan zonder draaiboek. | | 1 | 1 | 7 | 5 |
| Ik vind het uitgebreide computergebruik bij het invullen van het draaiboek makkelijk haalbaar. | 3 | 4 | 1 | 5 | |
| Ik vind het een meerwaarde dat een consultatie rond overgewicht aan de hand van dit draaiboek gebeurt. | | 2 | | 5 | 7 |
| Ik vind het een meerwaarde dat andere disciplines ingeschakeld worden in de *indicatiestelling* bij patiënten met overgewicht. | | 1 | 3 | 4 | 6 |
| Ik vind het een meerwaarde dat andere disciplines ingeschakeld worden in de *begeleiding* van patiënten met overgewicht. | | | 1 | 4 | 9 |

Noot: het cijfer in de tabel staat voor het aantal huisartsen die deze mening aankruisten.

Hierna konden de huisartsen aangeven of ze inhoudelijke opmerkingen hadden bij het draaiboek. Zes artsen vermeldden dat ze het draaiboek logisch en goed opgesteld vonden. Modules die als nuttig werden benoemd zijn de screening naar eetstoornissen (2x), de vroegere behandelingspogingen (2x), de voorgeschiedenis van de patiënt (1x) en de motivatiefase (1x). Vier artsen vonden de

uitgebreidheid en volledigheid van het draaiboek een voordeel, vijf artsen benoemden dit echter als te uitgebreid. Twee artsen vermeldden dat ze veel overlap of herhaling merkten. Drie artsen haalden als positief element aan dat ze door de consultatie bijkomende relevante informatie verkregen over patiënten die ze al lang kenden.

Er werd ook bevraagd of de huisartsen opmerkingen hadden bij de vorm van het draaiboek als computermodule. Voor twee artsen was het positief dat je niet elk onderdeel moest overlopen. Een arts vond het nuttig dat je na elk onderdeel terug in de inhoudstabel terechtkwam; een andere arts verloor hierdoor juist het overzicht over wat al was ingevuld en wat niet. Een arts miste ook een inhoudstabel tijdens het openen van elk onderdeel. Twee artsen vonden de knop naar het maken van een verwijsbrief niet. Vier artsen vermeldden dat het jammer was dat medische parameters (zoals gewicht, lengte, BMI, glycemie, cholesterol) niet automatisch uit het EMD in het draaiboek werden overgenomen. Ook wensten twee artsen dat het ingevulde draaiboek tussentijds zou kunnen worden opgeslagen om hier later aan verder te werken.
Drie artsen ondervonden technische problemen met de computer bij het werken met het online draaiboek: het blokkeren van een module, het draaiboek opgestart krijgen, werken met computer in het algemeen. Voor een van deze drie artsen was dit de reden waarom ze tijdens dit onderzoek gestopt is met consultaties met het online draaiboek. Twee artsen hebben niet het originele draaiboek gebruikt maar dit aangepast naar een eigen (papieren) versie die ze in hun eigen praktijk gebruiken, een andere arts heeft met de papieren versie van het originele draaiboek gewerkt.

Een volgende vraag peilde naar de doelgroep van patiënten waarvoor het draaiboek volgens huisartsen het nuttigst is. Drie huisartsen vermeldden dat ze dit vooral zinvol vinden bij goed gemotiveerde patiënten. Twee huisartsen benoemden de patiënten die op zoek zijn naar meer inzicht in hun problematiek. Voor vier artsen was het draaiboek vooral nuttig voor patiënten met een complexere problematiek van overgewicht: een multifactoriële oorzaak hiervan, een grote emotionele component van het eetgedrag of een hardnekkige voorgeschiedenis van ongezond eten. Twee huisartsen vermeldden de relevantie van het draaiboek bij patiënten met een vermoeden van een eetstoornis.
Patiënten die volgens de bevraagde huisartsen minder in aanmerking komen voor een consultatie en begeleiding aan de hand van het draaiboek zijn patiënten die al naar een psycholoog gaan om een andere reden, patiënten die financiële of sociale moeilijkheden hebben, of patiënten die heel communicatief zijn (omdat hierdoor de consultatie nog langer kan duren).

Vervolgens peilde het onderzoek naar wat de huisartsen als voordelen van een multidisciplinaire case-finding en begeleiding zien. Zes huisartsen benoemden de bredere totaalaanpak voor patiënten met obesitas. Drie andere huisartsen vinden deze benadering individueler op de patiënt afgestemd. Vijf artsen zagen het als een voordeel om als netwerk van verschillende disciplines de patiënt te kunnen begeleiden in de aanpak van het overgewicht. Zes artsen vonden dit netwerk ook een voordeel voor zichzelf als huisarts: ze voelen zich hierdoor gesteund in de begeleiding van de patiënt, ze verrijken hun eigen kennis en verschillende facetten van de begeleiding kunnen gedelegeerd worden. Een arts vermeldde dat hij zo beter de haalbaarheid van de behandeling kan inschatten. Een andere arts stipte aan dat een onderliggende eetstoornis beter aan het licht komt. Een laatste arts ten slotte vermeldde dat hij met een multidisciplinaire aanpak meer winst ziet op gezondheidsvlak, los van het gewichtsverlies van de patiënt.

Er werden echter ook nadelen van een multidisciplinaire case-finding en begeleiding van patiënten met obesitas aangehaald door de deelnemende huisartsen. Het meest vermelde nadeel is het overleg tussen de disciplines: tijdsgebrek hiervoor (6 artsen), geen financiële middelen hiervoor (4 artsen) en een moeizame praktische organisatie van deze communicatie (7 artsen). Twee artsen vermeldden ook als nadeel dat er nog geen overzicht is over de kwaliteit van zorg en de opvolging van de patiënten. Drie artsen hadden moeite met het vinden van een multidisciplinair team; een van

deze drie artsen vermeldde expliciet de meerwaarde van het samenwerken met een vast team. Een arts was van mening dat de indicatiestelling best kan gebeuren door iemand die geen deel uitmaakt van de verdere begeleiding, om te vermijden dat het eigen hulpaanbod zo wordt opgekrikt.
Ook vanuit het perspectief van de patiënt vermeldden de huisartsen moeilijkheden: vooral financiële barrières (2 artsen), het vertrouwen van de patiënt verkrijgen (1 arts) en de patiënten motiveren om de drempel te overwinnen voor een begeleiding door een diëtist of psycholoog (3 artsen).

# 4. Discussie

Via de bovenstaande resultaten uit het praktijkonderzoek vond ik een antwoord op de vooropgestelde onderzoeksvragen:

- Is het draaiboek in de praktijk te implementeren?
    - Wat zijn voor- en nadelen van het (werken met het) draaiboek voor de huisarts? (huisartsenperspectief)
    - Wat is de meerwaarde van het consult rond overgewicht en obesitas voeren met behulp van het draaiboek voor de patiënt? Is deze hierdoor meer gemotiveerd om aan zijn gewicht te werken? (patiëntenperspectief)
    - Biedt het draaiboek kansen tot multidisciplinair overleg? (samenwerkingsperspectief)
    - Wat is de inhoudelijke meerwaarde van een huisartsenconsultatie met behulp van het draaiboek tegenover een standaard consultatie rond overgewicht en obesitas?
- Wat zijn de uitkomstmaten van het draaiboek en de bijhorende multidisciplinaire begeleiding op korte termijn bij de patiënt: welbevinden (EOSS-score)? Gezondere levensstijl? Inzicht in de problematiek? Gewichtsdaling?

## 4.1 Wat zijn voor- en nadelen van het (werken met het) draaiboek voor de huisarts?

De meeste huisartsen vonden het inhoudelijk zinvol om uitgebreid in te zoomen op de problematiek van overgewicht bij hun patiënten en vonden het draaiboek hierbij een meerwaarde. Artsen vermeldden ook dat het draaiboek logisch opgesteld is en een goede leidraad vormt om de consultatie inhoudelijk te sturen. Als belangrijkste nadeel benoemden veel artsen de tijd die nodig is om een consultatie met het draaiboek te voeren. Een tweede groot ongemak voor een aantal huisartsen bleek het computergebruik bij de online versie van het draaiboek. Een derde nadeel van dit draaiboek is dat het niet bij elke patiënt even makkelijk toepasbaar is: de ondervraagde huisartsen ervoeren het meeste nut van dit draaiboek bij patiënten met een complexere problematiek of met een vermoeden van een eetstoornis. Een bijkomende uitdaging die de artsen vermeldden is het motiveren van de patiënten om grondig aan hun overgewicht te werken en hiervoor de drempel over te raken om naar de diëtist of psycholoog te gaan.

## 4.2 Wat is de meerwaarde van het consult rond overgewicht en obesitas voeren met behulp van het draaiboek voor de patiënt?

Vanuit het perspectief van de patiënten bleek een consultatie met het draaiboek wel een extra ondersteuning te zijn om hun overgewicht aan te pakken: de meesten quoteerden na de consultatie hun motivatie 1 of 2 punten hoger op 10 dan ervoor. Hun probleem van overgewicht werd concreter benoemd, waardoor ze duidelijker de noodzaak inzagen om hiermee aan de slag te gaan. Het zou echter kunnen dat deze effecten ook aanwezig zijn bij de gangbare werkwijze (een consultatie rond overgewicht zonder draaiboek); dit werd in dit onderzoek niet bevraagd. De meeste patiënten vonden deze aanpak met draaiboek beter op hen als individu afgestemd. Patiënten gaven ook aan dat ze een consultatie met het draaiboek volledieger vonden: er werd zowel door de arts als door henzelf uitgebreider bij hun problematiek stilgestaan en niet enkel de medische aspecten kwamen aan bod. Dit sluit aan bij de EOSS-stadiëring waarin gewicht en medische factoren slechts een deelaspect zijn.

## 4.3 Biedt het draaiboek kansen tot multidisciplinair overleg?

Een belangrijk voordeel van de multidisciplinaire samenwerking volgens de bevraagde huisartsen is de individuelere aanpak voor de patiënt van zijn overgewicht: de verschillende aspecten (emotioneel, motivationeel, voeding, beweging,…) worden door verschillende disciplines in aangepaste intensiteit begeleid. Sommige artsen voelen zich zelf ook gesteund door het netwerk van de andere disciplines en vonden de "kruisbestuiving" nuttig voor hun eigen kennis en aanpak van overgewicht en obesitas.
Toch melden vele huisartsen ook problemen bij een multidisciplinaire samenwerking. Een gestructureerd overleg blijkt in de praktijk moeilijk haalbaar: tijdsgebrek, geen financiële ondersteuning, gebrek aan organisatie en communicatie. Sommige artsen halen aan dat ze het moeilijk vinden om een goed team (diëtist, psycholoog, bewegingsdeskundige) samen te stellen. Bijkomende moeilijkheden bij een multidisciplinaire aanpak zijn het motiveren van de patiënt hiervoor en het gebrek aan een financiële tegemoetkoming voor de patiënt. Deze voor- en nadelen van een multidisciplinaire begeleiding komen ook naar boven in het literatuuronderzoek[11-12,17-21].

## 4.4 Wat is de inhoudelijke meerwaarde van een huisartsenconsultatie met behulp van het draaiboek tegenover een standaard consultatie rond overgewicht en obesitas?

De meeste bevraagde huisartsen vonden het draaiboek logisch opgesteld met een goede indeling en volledige uitwerking, hoewel dit voor sommigen te uitgebreid is. Drie huisartsen vonden het een grote meerwaarde dat het draaiboek hen toch nog nieuwe informatie (zowel somatisch als psychosociaal) over hun patiënten bezorgde ondanks dat ze deze mensen al lang kenden. Hierdoor begrepen ze beter waarom een bepaalde aanpak van overgewicht voor een bepaalde patiënt wel of niet slaagde. Andere huisartsen vermeldden als voordeel dat het draaiboek de consultatie vervolledigt en dingen bevraagt waar ze anders niet spontaan bij stilstaan, zoals een screening naar eetstoornissen. Twaalf van de veertien bevraagde huisartsen vonden het draaiboek een meerwaarde bij een consultatie rond overgewicht.

## 4.5 Wat zijn de uitkomstmaten van het draaiboek en de bijhorende multidisciplinaire begeleiding op korte termijn bij de patiënt: welbevinden? Gezondere levensstijl? Inzicht in de problematiek? Gewichtsdaling?

Uit tabel 5 tot en met 11 blijkt dat de patiënten wel een gunstige invloed ervaren op hun psychische klachten, op inzichten in de oorzaken van hun problematiek, op hun leefstijl en op hun algemeen welzijn, zonder dat er een significante gewichtsdaling is geweest: slechts 1 patiënte vermagerde meer dan 5% op 3 maanden tijd. Dit sluit aan bij de huidige richtlijnen die meer het belang onderstrepen van algemeen welzijn en gezondheid (EOSS-stadiëring) dan van een gewichtsdaling als dusdanig.

## 4.6 Sterktes en zwaktes van dit onderzoek

Deze masterproef is een van de eerste studies over het draaiboek "Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas" van de vzw Eetexpert.be. Deze module is nog nieuw en heeft hierdoor als voordeel heel nauw aan te sluiten bij de huidige Belgische en internationale richtlijnen rond overgewicht en obesitas. Het draaiboek is in Vlaanderen de eerste module die een systematische aanpak van overgewicht en obesitas volgens de richtlijnen van de WHO mogelijk maakt: een laagdrempelige, langdurige en multidisciplinaire zorg.
Het draaiboek ligt zowel inhoudelijk als praktisch in de lijn van het beleidsplan rond chronische ziektes (Jo Vandeurzen, 2013): het is een computermodule bedoeld om de eerstelijnsaanpak en het

multidisciplinair samenwerken te bevorderen. Het draaiboek wordt bijgevolg ondersteund door het RIZIV en door Domus Medica. Toch is het nog relatief onbekend bij de Vlaamse huisartsen. Dit onderzoek hoopt dan ook een stukje bij te dragen in de verspreiding van het draaiboek bij de huisartsen.
Als grootste voordeel brengt deze masterproef veel nieuwe informatie naar boven die kan worden benut in de verdere ontwikkeling van het draaiboek. Zowel over de inhoud als over de vorm werden veel nuttige opmerkingen gegeven door de bevraagde huisartsen.
Een andere grote troef is de relevantie van de EOSS-stadiëring die naar boven komt uit de bevraging van de patiënten (zie 4.5): ondanks de beperkte gewichtsdaling werpt een multidisciplinaire begeleiding toch zijn vruchten af op vlak van leefstijl, inzicht en welzijn.

De onbekendheid van het draaiboek is echter ook een van de grootste beperkingen van dit onderzoek: het bleek erg moeilijk te zijn om huisartsen te vinden die al met dit draaiboek werken of gewerkt hebben. De huisartsen die gecontacteerd werden maar niet deelnamen aan het onderzoek gaven meestal als reden dat zij de consultatie te tijdrovend vinden om in de praktijk toe te passen. Dit werd ook door de deelnemende huisartsen beaamd. Vermoedelijk is door dit tijdsgebrek van de artsen het aantal geïncludeerde patiënten lager dan vooropgesteld. Bovendien werden de patiënten niet random geselecteerd maar uitgekozen door de huisarts volgens diens inschatting van het welslagen van een multidisciplinaire begeleiding. Hierdoor ontstond er mogelijk een selectiebias in de patiëntenpopulatie.
Alle geïncludeerde patiënten zijn vrouwelijk.
Van de elf geïncludeerde patiënten konden slechts vier patiënten gevolgd worden doorheen het volledige traject van dit onderzoek. Van de zeven andere patiënten verkozen er vier om een ander pad te volgen dan de voorgestelde begeleiding; drie patiënten konden door de onderzoeker niet bevraagd worden voor de opvolging. Ook de opvolgperiode was variabel en eerder kort: slechts een patiënt kon langer dan 3,5 maanden gevolgd worden. Dit laat niet toe om conclusies op langere termijn te trekken.
Ten slotte is dit onderzoeksopzet uitgevoerd als een bevraging van een focusgroep en niet als case-controlstudie. De grootte van de focusgroep bij inclusie (11 patiënten en 14 huisartsen) is voldoende groot om de meest relevante elementen op te sporen; meerdere deelnemers aan een focusgroep zouden waarschijnlijk weinig nieuwe elementen bijbrengen. De follow-upgroep bevatte slechts 4 patiënten, wat te weinig is om volledige resultaten te kunnen verzamelen.

Toekomstig onderzoek op grotere schaal is nodig om statistisch significante conclusies te kunnen trekken uit de bekomen resultaten. Toch kan deze pilootstudie een nuttige leidraad zijn voor de verdere ontwikkeling van het draaiboek en alle volgende onderzoeken hierrond.

# 5. Besluit

Deze masterproef onderzocht of het draaiboek voor huisartsen “Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas” een meerwaarde kan betekenen in de aanpak van dit gezondheids-probleem. Uit de bevraging van de deelnemende huisartsen en patiënten blijkt het draaiboek inhoudelijk een grote, relevante bijdrage te zijn. De praktische haalbaarheid hiervan is echter niet afgestemd op de Vlaamse huisartsenpraktijk: een consultatie met het draaiboek duurt te lang en er zijn nog teveel hindernissen bij het computergebruik. Een flexibelere, kortere versie van het draaiboek zou in de huisartsenpraktijk beter toepasbaar zijn.
Ook de multidisciplinaire begeleiding biedt veel voordelen voor zowel de patiënten als de artsen: een individuelere aanpak voor de patiënt, gesteund door een netwerk van verschillende gezondheids-medewerkers met hun eigen expertise. Een belangrijke hindernis om dit in de praktijk vlot te doen verlopen blijft de organisatie van dit netwerk in de eerste lijn. Gestructureerd overleg organiseren en rendabel maken kan een oplossing hiervoor zijn.

# 6. Referenties


1. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P et al. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem Rapport 2012. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Report 196A. D/2012/10.273/110.
2. World Health Organization. Nutrition, physical activity and obesity: Belgium. 2013. Beschikbaar op http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/243288/Belgium-WHO-Country-Profile.pdf (laatst geraadpleegd op 31-03-2015).
3. Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquete, België, 2008. Voedingsstatus. Beschikbaar op https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/his08nl/9.voedingsstatus.pdf (laatst geraadpleegd op 31-03-2015).
4. CMAJ. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. CMAJ 2007;176(8 suppl):Online-1–117. Beschikbaar via www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1 (laatst geraadpleegd op 31-03-2015).
5. Eetexpert (2013). Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas. Draaiboek voor huisartsen. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Verkrijgbaar via vzw Eetexpert.be.
6. Van royen P, Bastiaens H, D'Hondt A et al. (stuurgroep Aanbevelingen van Domus Medica VZW). Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Gevalideerd door Cebam nummer 2006/01. Huisarts Nu april 2006; 35(3):118-140.
7. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique. Sept 2011. Verkrijgbaar via www.has-sante.fr (laatst geraadpleegd op 31-03-2015).
8. Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. Int J Obes (Lond). 2009 Mar;33(3):289-295.
9. Mazzeschi C1, Pazzagli C, Buratta L et al. Mutual interactions between depression/quality of life and adherence to a multidisciplinary lifestyle intervention in obesity. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Dec;97(12):E2261-2265.
10. Swencionis C, Wylie-Rosett J, Lent MR et al. Weight change, psychological well-being, and vitality in adults participating in a cognitive-behavioral weight loss program. Health Psychol. 2013 Apr;32(4):439-446.
11. Dietz WH, Baur LA, Hall K et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. Lancet. 2015 Feb 18. pii: S0140-6736(14)61748-7 (epub ahead of print).
12. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Part IV: Adressing the problem of overweight and obesity. Geneva, 2000. Beschikbaar op http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_(part4).pdf?ua=1&ua=1 (laatst geraadpleegd op 19-04-2015)
13. Kuk JL, Ardern CI, Church TS, et al. Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk. Appl Physiol Nutr Metab. 2011 Aug;36(4):570-576.
14. Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, et al. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. CMAJ. 2011 Oct 4;183(14):E1059-1066.
15. Wens J. Heeft een intensieve leefstijlaanpassing een gunstig cardiovasculair effect bij type 2-diabetespatiënten? Minerva online 2014. Bespreking van: The Look AHEAD Research Group; Wing RR, Bolin P, Brancati FL. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2013;369:145-54. Beschikbaar op: http://www.minerva-ebm.be/nl/onlinebesprekingen/208/search/dieet%20mortaliteit (laatst geraadpleegd op 19-04-2015).

16. De Cort P. Kan gewichtsverlies de bloeddruk doen dalen? Minerva 2003. Bespreking van: Stevens VJ, Obarzanek E, Cook N, et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention, phase II. Ann Intern Med 2001;134:1-11. Beschikbaar op: http://www.minerva-ebm.be/nl/article/908 (laatst geraadpleegd op 19-04-2015).
17. Van Royen P. Interprofessionele samenwerking, transmurale en interdisciplinaire zorg. Bijblijven maart 2009; 25 (3); 31-36.
18. Sicotte C1, D'Amour D, Moreault MP. Interdisciplinary collaboration within Quebec Community Health Care Centres. Soc Sci Med. 2002 Sep;55(6):991-1003.
19. Derksen RE1, Brink-Melis WJ, Westerman MJ et al. A local consensus process making use of focus groups to enhance the implementation of a national integrated health care standard on obesity care. Fam Pract. 2012 Apr;29 Suppl 1:i177-i184.
20. Flodgren G1, Deane K, Dickinson HO et al. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in overweight and obese people. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;(3):CD000984.
21. Harvey EL, Glenny A, Kirk SF et al. Improving health professionals' management and the organisation of care for overweight andobese people. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2): CD000984.
22. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Klinische paden. 2006. Beschikbaar op http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Clinicalpathways/index.htm?fodnlang=nl#.UyhjjPl5N1Y (laatst geraadpleegd op 31-03-2015).
23. Symposium Eerstelijnsgezondheidszorg. Toespraak Jo Vandeurzen, Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin. Brussel, 7 december 2013. Beschikbaar op http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Zorgaanbod/Eerstelijn/11)%20Slottoespraak%20Jo%20Vandeurzen_SELG20131207.pdf (laatst geraadpleegd op 19-04-2015).
24. RIZIV. Kwaliteitspromotie - opleiding via e-learning. Beschikbaar op http://www. riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/Paginas/e-learning-opleiding-artsen.aspx (laatst geraadpleegd op 31-03-2015).
25. Plourde G, Prud'homme D. Managing obesity in adults in primary care. CMAJ. 2012 Jun 12;184(9):1039-1044.
26. Canadian Obesity Network. 5A's of obesity management 5A. 2012. Beschikbaar op http://www.obesitynetwork.ca/register4/CON-5As-PPT.pdf (laatst geraadpleegd op 31-03-2015).
27. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM et al. Modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. Can Fam Physician. 2013 Jan;59(1):27-31.
28. Rueda-Clausen CF, Benterud E, Bond T et al. Effect of implementing the 5As of Obesity Management framework on provider-patient interactions in primarycare. Clin Obes. 2014 Feb;4(1):39-44.

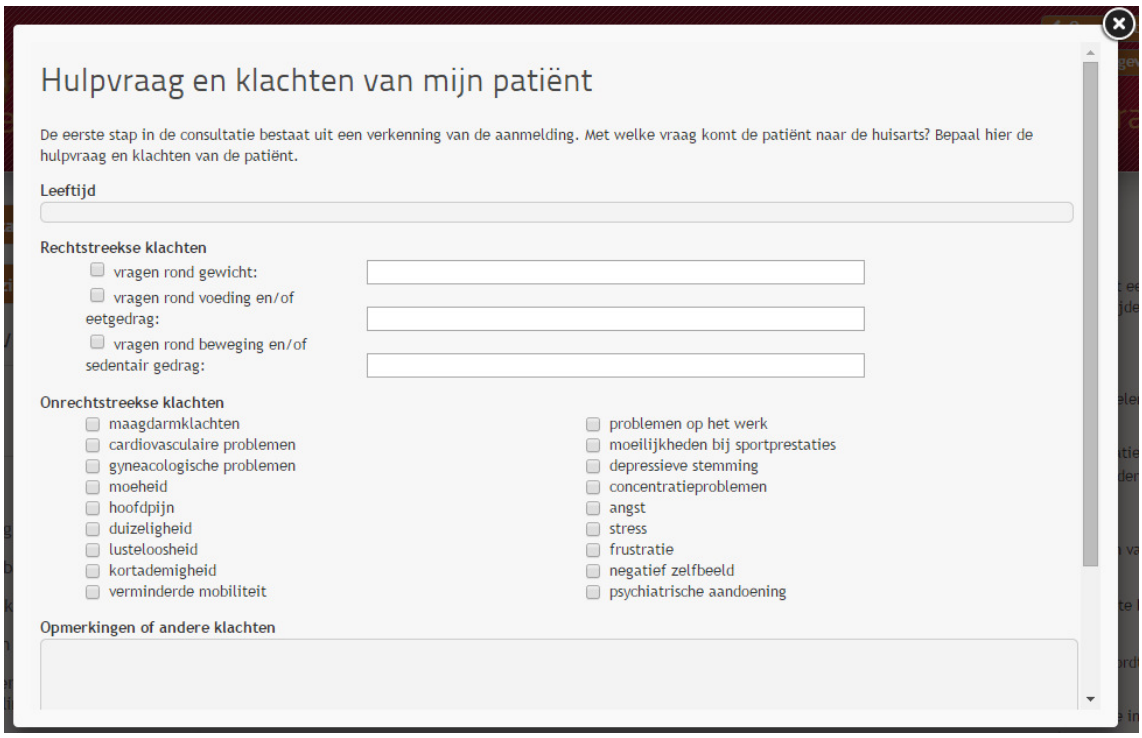
# 7. Bijlagen

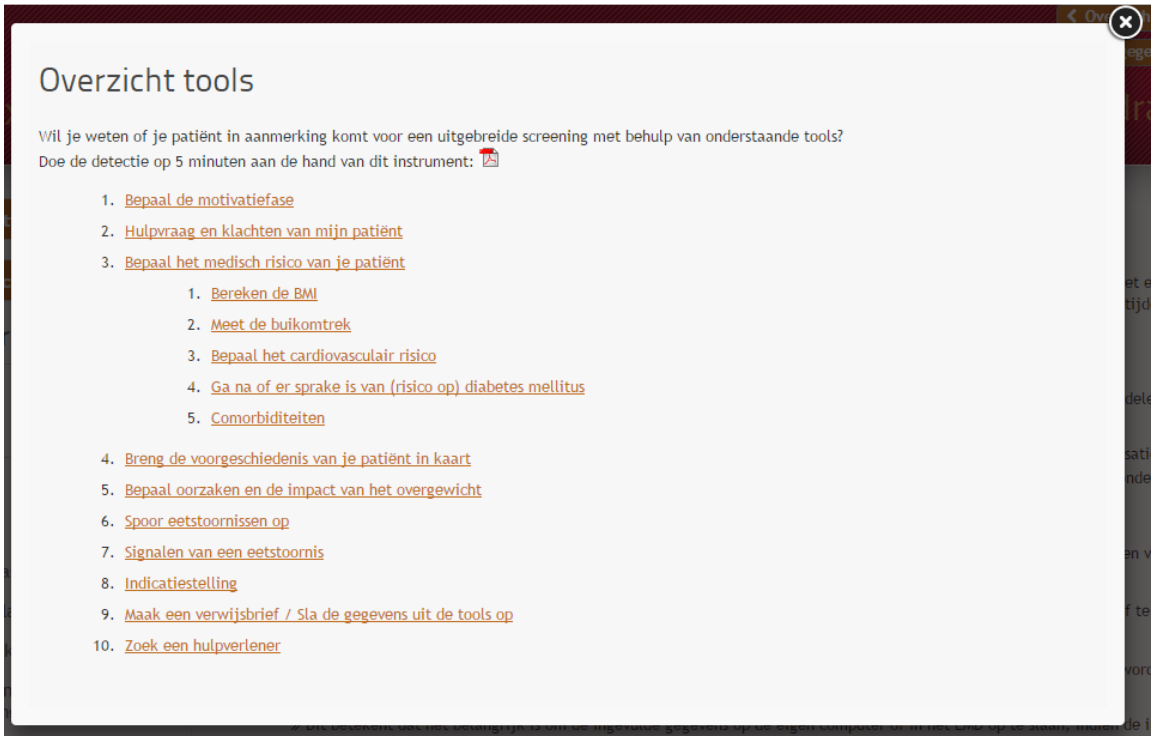
## 7.1 Online versie van het draaiboek

Via www.draaiboeken.eetexpert.be/huisarts bereikt u onderstaande pagina.




Via de knop “ga naar het digitale draaiboek” in het midden komt u terecht op het overzicht. Via de twee knoppen linksboven kan u vervolgens ervoor kiezen om de volledige consultatie te doorlopen, beginnend met de hulpvraag van de patiënt (zie eerste afbeelding) of om een tool te kiezen uit het overzicht (zie tweede afbeelding).






Als u in het overzicht op nummer 9 “maak een verwijsbrief / sla de gegevens uit de tools op” klikt, wordt er een bestand (tekstdocument of pdf) aangemaakt. Dit kan u gebruiken als verwijsbrief naar de overige leden van uw multidisciplinair team, of opslaan in het elektronisch medisch dossier bij de gegevens van uw patiënt.

## 7.2 Eerste vragenlijst voor de patiënt (bij inclusie in de multidisciplinaire begeleiding)

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

**Zijn uw verwachtingen na de consultatie met het draaiboek veranderd? Zo ja, wat zijn uw verwachtingen nu?**

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

- Voor de consultatie bij uw huisarts met het draaiboek:……..……..
- Nu, na de consultatie met het draaiboek: ……

**Gelieve bij onderstaande stellingen uw mening te omcirkelen:**

| Hoeveel tijd nam de consultatie naar uw gevoel in beslag? | Te veel tijd | Veel tijd, maar dat vond ik goed | Neutraal, niet te veel of te weinig tijd | Weinig tijd, maar meer hoefde niet | Te weinig tijd |
|---|---|---|---|---|---|
| Ik vind het goed dat de huisarts zo uitgebreid vragen stelde en stilstond bij mijn overgewicht. | Helemaal akkoord | Akkoord | Niet akkoord | Helemaal niet akkoord | Geen mening |
| Ik heb het gevoel dat deze aanpak meer op mij individueel afgestemd is dan zonder draaiboek. | Helemaal akkoord | Akkoord | Niet akkoord | Helemaal niet akkoord | Geen mening |
| De huisarts vulde het draaiboek in op de computer. Dat vond ik… | Goed | Neutraal | Niet zo goed | | |

**Indien u bij deze laatste vraag (ivm computergebruik) "niet zo goed" aangeduid hebt: wat is de reden dat u dit niet zo goed vond?**

**Vond u deze consultatie rond overgewicht met het draaiboek beter, even goed, minder goed dan een consultatie rond overgewicht zonder draaiboek? Verduidelijk uw antwoord.**

**Hebt u nog opmerkingen bij de consultatie met het draaiboek, zowel bij de inhoud hiervan (en de gevraagde informatie) als bij de vorm (gebruik van computer,…)?**

## 7.3 Tweede vragenlijst voor de patiënt (ter opvolging van de multidisciplinaire begeleiding)

**Vul in met JA, NEE of NVT (niet van toepassing). Vul op de onderste lijn een getal in.**

| | Diëtist | Psycholoog | Kinesist/ bewegings-deskundige |
|---|---|---|---|
| Deze discipline geeft mij concrete tips of leert mij echt iets bij | | | |
| De voorgestelde aanpak is afgestemd op mij als persoon met mijn eigen mogelijkheden en beperkingen | | | |
| Het klikt goed met deze persoon | | | |
| Ik vind de inbreng van deze discipline een meerwaarde in de begeleiding bij mijn overgewicht | | | |
| Ik vind begeleiding door deze discipline te duur voor wat ik ervoor terugkrijg | | | |
| Hoeveel sessies hebt u bij deze discipline doorlopen tot nu? | | | |

**Hoe tevreden bent u over de multidisciplinaire begeleiding van uw overgewicht? (multidisciplinair betekent: uw huisarts samen met diëtist, psycholoog en/of kinesist of bewegingsdeskundige)**

Heel ontevreden 1 2 3 4 5 heel tevreden

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

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

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

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

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

**Welke invloed merkt u van deze multidisciplinaire aanpak van uw overgewicht op onderstaande factoren? Omcirkel + leg uit waarom u dit symbool koos. (*Negatieve invloed - - - 0 + ++ positieve invloed*)**

- Mijn lichamelijke klachten: - - - 0 + ++
- Mijn psychische klachten: - - - 0 + ++
- Mijn leefstijl: - - - 0 + ++
- Inzicht in de oorzaken en aanpak van overgewicht: - - - 0 + ++
- Mijn gewicht: - - - 0 + ++
- Mijn algemeen welzijn: - - - 0 + ++

**Hebt u nog andere opmerkingen bij deze multidisciplinaire begeleiding of bij dit onderzoek?**

## 7.4 Vragenlijst voor de huisarts

**Hoeveel tijd besteedde u gemiddeld per consultatie met het draaiboek? Vond u dit haalbaar in de praktijk, te kort, te lang? Motiveer uw antwoord.**

**Gelieve bij onderstaande stellingen uw mening aan te kruisen:**

| | Helemaal niet akkoord | Niet akkoord | Geen mening | Akkoord | Helemaal akkoord |
|---|---|---|---|---|---|
| Ik vind het zinvol om als huisarts zo uitgebreid stil te staan rond het overgewicht van de patiënt. | | | | | |
| Ik heb het gevoel dat deze aanpak individueler per patiënt gericht is dan zonder draaiboek. | | | | | |
| Ik vind het uitgebreide computergebruik bij het invullen van het draaiboek makkelijk haalbaar. | | | | | |
| Ik vind het een meerwaarde dat een consultatie rond overgewicht aan de hand van dit draaiboek gebeurt. | | | | | |
| Ik vind het een meerwaarde dat andere disciplines ingeschakeld worden in de *indicatiestelling* bij patiënten met overgewicht. | | | | | |
| Ik vind het een meerwaarde dat andere disciplines ingeschakeld worden in de *begeleiding* van patiënten met overgewicht. | | | | | |

**Zijn er *inhoudelijke* opmerkingen bij het draaiboek? Bijvoorbeeld: vindt u het draaiboek logisch opgesteld, vindt u dit (in het algemeen of per tool) nuttige informatie of niet zo relevant, te summier, te uitgebreid, … ?**

**Zijn er opmerkingen bij de *vorm* van de consultatie met het draaiboek? Bijvoorbeeld: kon u goed overweg met de online module, hebt u makkelijk een verwijsbrief kunnen maken, liep u ergens vast in een module, … ?**

**Zijn er specifieke patiënten (kenmerk, groep, …) waarbij u het draaiboek als nuttig of juist als niet nuttig ervaart? Waarom wel of niet?**

**Wat zijn volgens u voordelen van een multidisciplinaire case-finding en begeleiding van een patiënt met overgewicht of obesitas?**

**Wat ziet u als hindernissen of nadelen voor een dergelijke multidisciplinaire case-finding en begeleiding?**

**Hebt u nog opmerkingen rond dit draaiboek?**