KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Aanloop naar een zorgtraject overgewicht en obesitas: evaluatie van een intakeformulier

Mirjam Slenders

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2013 - 2015

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Dankwoord

Graag wil ik mijn promotor, prof. dr. Paul De Cort, danken voor zijn deskundig advies en goede begeleiding bij het uitwerken van deze thesis. Mijn praktijkopleiders, en in het bijzonder dr. Mark Viaene, wil ik bedanken voor de steun en hulp die ze mij geboden hebben. Ook denk ik aan allen die interesse toonden in dit project. Ten slotte wil ik nog mijn mama bedanken voor het zorgvuldig nalezen van de teksten.

Abstract

Context: Ondanks de hoge prevalentie van overgewicht en obesitas vinden huisartsen het moeilijk om deze patiënten te begeleiden. Nochtans hebben zij een heel belangrijke rol in de aanpak van dit gezondheidsprobleem. De richtlijnen beklemtonen het belang van een individuele aanpak, op maat van de patiënt. Hiervoor is een uitgebreide 'intake' nodig om de situatie eerst in kaart te brengen.

Onderzoeksvraag: Waaruit bestaat de initiële aanpak van patiënten met overgewicht? Wat moet in een intakeformulier aan bod komen? Is een intakeformulier dat patiënten zelf kunnen invullen een meerwaarde bij de bespreking van dit gezondheidsprobleem?

Methode: Er werd een literatuuronderzoek verricht naar de intake bij patiënten met overgewicht of obesitas. Nadien werd een intakeformulier ontwikkeld dat in de praktijk werd toegepast en geëvalueerd. Het formulier werd in vijf praktijken voorgesteld. Zowel aan de artsen als aan de patiënten werd gevraagd om achteraf een evaluatieformulier in te vullen.

Resultaten: Bij de initiële evaluatie van patiënten met overgewicht moeten volgende elementen aan bod komen: de motivatie van de patiënt om zijn levensstijl te veranderen, zijn doelen, ideeën, bezorgdheden, verwachtingen, voorkeuren, barrières die een levensstijlverandering bemoeilijken, classificatie van overgewicht, voorgeschiedenis, eerdere pogingen, voedingspatroon, fysieke activiteit en psychosociale factoren. Twee artsen hebben het intakeformulier gebruikt. Het onderwerp 'overgewicht/levensstijl' werd in totaal bij 24 patiënten aangekaart, steeds op initiatief van de arts. 17 patiënten hebben het eerste deel van het formulier ingevuld. De meeste patiënten hebben er wel vertrouwen in dat ze hun levensstijl kunnen veranderen maar ze hebben hiervoor wel professionele begeleiding nodig. Het tweede deel werd ingevuld door elf patiënten. Het psychosociale luik werd niet goed ingevuld door de artsen; dit vonden ze een moeilijk deel. De bespreking van de voeding en de fysieke activiteit gaat wel vlot. Twaalf patiënten hebben het evaluatieformulier ingevuld. Tien patiënten vonden het aantal vragen goed. Ook de moeilijkheidsgraad was voor de meesten geen probleem. Negen patiënten vonden het goed dat ze de vragen zelf konden invullen. Acht patiënten hebben meer inzicht gekregen in hun eigen levensstijl en vinden het intakeformulier een meerwaarde bij de bespreking met hun huisarts.

Conclusies: Slechts weinig patiënten met overgewicht gaan naar de huisarts om dit te bespreken, terwijl de huisarts juist een heel belangrijke rol vervult in de aanpak van overgewicht. Zowel de patiënten als de artsen vinden het intakeformulier bruikbaar in de praktijk en vinden het een meerwaarde bij de bespreking van deze complexe problematiek. De bespreking neemt wel veel tijd in beslag en zou daarom best multidisciplinair gebeuren. Om de begeleiding van de patiënten te verbeteren kan er een zorgtraject opgesteld worden en zou het intakeformulier in de vorm van een elektronische tool of een heen-en-weerboekje gebruikt kunnen worden.

Inhoudstafel

Dankwoord 2
Abstract 3
Inleiding 5
Onderzoeksvragen 8
Literatuuronderzoek 9
Zoekstrategie 9
Aanpak van overgewicht 11
Rol van de huisarts 11
Terughoudendheid bij huisartsen 11
Aanpak van overgewicht en obesitas 12
Wie moet behandeld worden? 13
Assessment 14
Methode 23
Ontwerp intakeformulier 23
Gebruik in de praktijk 25
Aanpassingen intakeformulier 25
Gebruik definitieve formulier 26
Resultaten 28
Wat vinden de patiënten van het intakeformulier? 32
Discussie 34
Wat vinden de artsen van het intakeformulier? 36
Besluit 38
Referenties 39
Bijlagen 43
Bijlage 1: Goedgekeurd protocol 43
Bijlage 2: Intake overgewicht en obesitas 46
Bijlage 3: Intakeformulier 48
Bijlage 4: Informatiefiche voor de artsen 73
Bijlage 5: Evaluatieformulier patiënt 75
Bijlage 6: Evaluatieformulier arts 78

Inleiding

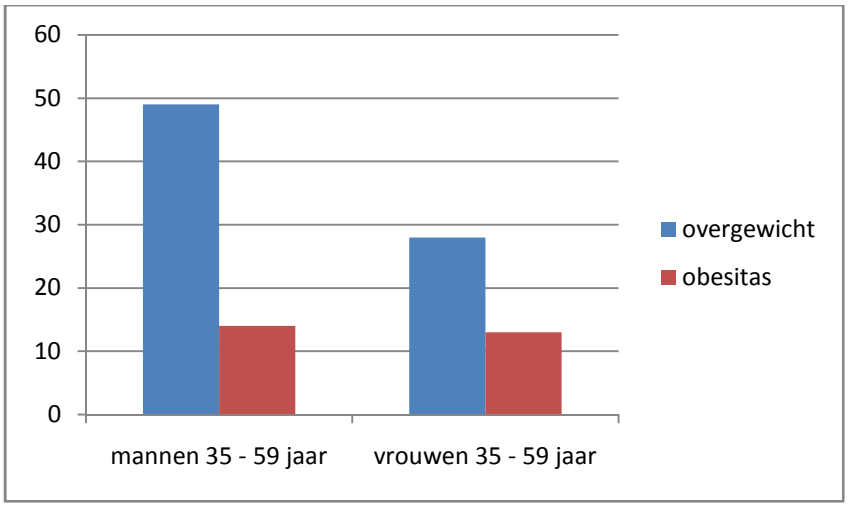
Overgewicht en obesitas vormen een groeiend probleem in onze Westerse samenleving[1]. In België heeft 28% van de vrouwen en 49% van de mannen tussen 35 en 59 jaar overgewicht (BMI 25 – 29.9) (tabel 1 en figuur 1)[2]. In diezelfde leeftijdsgroep heeft 13% van de vrouwen en 14% van de mannen obesitas (BMI ≥ 30)[2]. In de algemene bevolking zijn er elk jaar 15 nieuwe gevallen van obesitas per duizend mannen en 26 per duizend vrouwen. De incidentie ligt het hoogst in de leeftijdsgroep 45 – 64 jaar. Ook mensen uit lagere sociaal-economische klassen hebben vaker een te hoog gewicht[2,3]. Bij een BMI ≥ 40 spreekt men van morbide obesitas[2,3].

Tabel 1: Classificatie van overgewicht[2,3]

gezond gewicht	BMI 18.5 – 24.9
overgewicht	BMI 25 – 29.9
obesitas	BMI 30 – 39.9
morbide obesitas	BMI ≥ 40

Gewichtstoename ontstaat doordat er meer energie wordt opgenomen dan er wordt verbruikt[3,4]. Bepaalde metabole aandoeningen (zoals hypothyroidie, PCOS, syndroom van Cushing …) en medicatie zijn eerder zeldzame oorzaken[1,3-7]. Meestal spelen meerdere factoren een rol, zoals omgevingsfactoren, genetische factoren, gedrag en socio-economische factoren[5,8,9]. Obesitas is steeds een chronische aandoening en moet daarom, net zoals andere chronische ziektes, levenslang behandeld worden[2,5,10-15]. Het is belangrijk dat zowel hulpverleners als patiënten dit inzien en weten hoe ze deze problematiek moeten aanpakken.

Vooral in de eerstelijnsgezondheidszorg komen hulpverleners vaak in contact met patiënten met overgewicht of obesitas[11]. Per duizend consultaties in een huisartsenpraktijk zijn er ongeveer twintig rechtstreeks gerelateerd aan overgewicht[2]. Toch wordt er in de huisartsenpraktijk dikwijls onvoldoende aandacht besteed aan dit gezondheidsprobleem.



Figuur 1: Prevalentie van overgewicht en obesitas in België[2]

Wat zijn de risico's van overgewicht en waarom is een 'gezond' gewicht zo belangrijk?
Overgewicht en obesitas hebben grote gevolgen. Niet alleen is er een verhoogd risico op een aantal lichamelijke aandoeningen (diabetes type 2, astma, bepaalde kankers, cardiovasculaire aandoeningen …), ook hebben ze een impact op de mentale gezondheid en de levenskwaliteit[1,5-7,12,14-17].

Gewichtsverlies levert voor obese personen heel wat gezondheidswinst op. Zowel de algemene mortaliteit, als de mortaliteit tgv kanker en diabetes daalt. Ook het cardiovasculair risico vermindert en subjectief heeft men minder last van gewrichtspijnen, voelt men zich fysiek fitter en heeft men een betere levenskwaliteit[1,18,19].

Zelf heb ik gemerkt dat er in de huisartsenpraktijk inderdaad een groot deel van de patiënten overgewicht of obesitas heeft. Veel van deze mensen hebben reeds meerdere pogingen ondernomen om te vermageren, doch zonder (blijvend) resultaat. Dit omdat ze niet voldoende gemotiveerd waren of onvoldoende steun kregen. Of omdat ze op een verkeerde manier met hun gewichtsprobleem omgingen. Soms kwamen patiënten met een hulpvraag rond hun gewicht. Dan wist ik niet goed hoe ik dit moest aanpakken. Patiënten weten meestal wel dat ze 'gezonder' moeten eten en meer moeten bewegen, maar hoe pak je dit concreet aan? Velen willen wel iets aan hun gezondheidsprobleem doen maar weten niet goed hoe hieraan te beginnen. Indien de patiënt zelf niet met deze vraag kwam, maar ik als hulpverlener het onderwerp wel ter sprake wilde brengen, wist ik ook niet goed hoe dit te doen.

Doordat dit gezondheidsprobleem steeds groter wordt, is het belangrijk dat hulpverleners weten hoe ze hiermee moeten omgaan. Uit gesprekken met ervaren collega-huisartsen kwam naar voor dat men dikwijls 'te snel' een aanpak wil bespreken met de patiënt. Terwijl men eigenlijk nog niet goed weet hoe groot het probleem is, wat de oorzaken zijn, wat de patiënt eigenlijk wil … Doordat deze intake vaak onvoldoende wordt uitgediept, denkt men te snel dat de patiënt reeds tot actie wil overgaan. De patiënt volgt echter niet altijd hetzelfde tempo als de arts, waardoor er vaak frustraties ontstaan, zowel bij hulpverleners als bij patiënten[11]. Ook worden er vaak onrealistische verwachtingen gesteld[6,11,20]. Artsen halen ook aan dat ze gefrustreerd raken door een gebrek aan therapietrouw en motivatie bij de patiënten en doordat de resultaten niet altijd zijn zoals gehoopt[20,21]. Er zou daarom een gemakkelijk te gebruiken 'tool' moeten bestaan om deze intakefase grondig met de patiënt te kunnen bespreken[20,22].

Eetexpert, een kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen, heeft recent draaiboeken ontwikkeld, gebaseerd op de huidige richtlijnen. Er zijn reeds draaiboeken voor huisartsen en psychologen en binnenkort ook één voor diëtisten. In het draaiboek voor huisartsen wordt beschreven hoe men het probleem bij elke patiënt in kaart kan brengen en hoe verschillende hulpverleners hun rol kunnen vervullen om patiënten met obesitas te begeleiden naar een gezonder gewicht[10]. Verschillende huisartsen hebben dit draaiboek reeds uitgeprobeerd. Het is heel uitgebreid en sommigen vinden het eigenlijk te omslachtig om te gebruiken in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Het neemt te veel tijd in beslag. In het draaiboek worden een aantal stappen beschreven die men kan volgen bij de aanpak van overgewicht. Toch gaat het vaak te snel. De

allereerste stap in de aanpak van overgewicht wordt te weinig toegelicht, namelijk: wil de patiënt het probleem eigenlijk wel in kaart brengen? Wil hij het wel bespreken met een hulpverlener? En wil hij het nú? Of wil hij eerst enkel wat informatie om er verder over na te denken?

Op een bepaald moment liet mijn praktijkopleider weten dat er bij ons in de regio (via LMN West-Limburg) een project zou worden opgestart om mensen met overgewicht of obesitas te begeleiden. Het zou een multidisciplinair zorgtraject worden waarin huisartsen samenwerken met andere eerstelijnswerkers (diëtisten, psychologen en kinesisten). In dit project zouden EOSS-2-patiënten (zie verder) begeleid worden om zelfstandig hun levensstijl te verbeteren. Ik was meteen geïnteresseerd en wilde hier, in het kader van mijn manamathesis, graag aan meewerken.

Gesteund door mijn praktijkopleiders kwam ik zo tot het onderwerp van deze thesis: een nieuw intakeformulier ontwikkelen om het gezondheidsprobleem van mensen met overgewicht duidelijk in kaart te brengen om aldus de aanpak te verbeteren.

Onderzoeksvragen

Hoe moeten eerstelijnshulpverleners de problematiek van overgewicht met patiënten bespreken? Wat moet er in een intakeformulier aan bod komen?
Hiervoor werd er een literatuuronderzoek verricht naar bestaande richtlijnen en andere artikels over de 'intake' bij overgewicht en obesitas. Ook werd er gezocht of er reeds intakeformulieren bestaan die zouden kunnen gebruikt worden ter inspiratie.

Aan de hand van dit literatuuronderzoek werd een nieuw intakeformulier ontwikkeld. Dit werd in de praktijk toegepast, met volgende onderzoeksvragen.

Is het nuttig om de patiënt zelf een aantal vragen te laten invullen in plaats van alles door de hulpverlener te laten doen? Wat vinden patiënten hier zelf van? Krijgen ze meer ziekte-inzicht? En wat vinden huisartsen hiervan? Is het formulier vlot te gebruiken? Bevat het alle noodzakelijke gegevens? Is het onderwerp beter bespreekbaar en kan men de patiënten hierdoor beter begeleiden?

Literatuuronderzoek

Zoekstrategie

Op de site van Eetexpert (www.eetexpert.be) werd het draaiboek voor huisartsen gevonden. Verder werd er eerst gezocht naar quaternaire bronnen. Er werd gezocht naar richtlijnen over de algemene aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Exclusiecriteria waren richtlijnen over kinderen, artikels die vóór 2000 werden gepubliceerd en artikels die specifieke topics behandelden zoals chirurgische of farmacologische behandeling. Ook werden enkel Engelstalige, Franstalige en Nederlandstalige artikels gebruikt. Zo werden de richtlijnen van Domus Medica, het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en EBMPracticeNet (2 richtlijnen) gevonden.

Ook op de site van National Guideline Clearinghouse werd gezocht via de zoekterm 'obesity'. Er werd geselecteerd op richtlijnen voor volwassenen (19+) van de specialiteiten 'endocrinology', 'family practice', 'internal medicine', 'nutrition', 'preventive medicine' en 'psychology'. Er werden drie richtlijnen gevonden.

Op de site van de 'Haute Autorité de Santé' werd gezocht via de zoekterm 'obésité'. Verder werd er geselecteerd bij 'maladies et symptômes' op 'obésité' in de categorie 'maladies endocriniennes et métaboliques'. Bij 'diagnostic et traitements' werd 'nutrition diététique' geselecteerd en bij 'santé publique' werd 'dépistage, prévention' geselecteerd. Er werd één richtlijn gevonden.

Op de site van het National Institute for Health and Care Excellence werd gezocht naar richtlijnen in de groep 'Diabetes and other endocrinal, nutritional and metabolic conditions'. Bij 'obesity' werd gezocht naar 'NICE guidelines'. Hier werden twee richtlijnen gevonden.

Als laatste van de quaternaire bronnen werd gezocht via de site 'Scottish intercollegiate guidelines network' (SIGN). Bij 'guidelines by subject' werd één relevante richtlijn gevonden.

Daarna werden tertiaire bronnen doorzocht. In 'The Cochrane library' werden de zoektermen 'obesity management', 'overweight obesity' en 'weight management' ingegeven. Ook hier werden dezelfde exclusiecriteria toegepast. Er werd één Cochrane review gevonden en nog één andere review. Op Minerva werden de zoektermen 'obesitas' en 'overgewicht' ingegeven. Hier werden echter geen relevante artikels gevonden.

Nadien werd er nog via Pubmed gezocht met volgende zoektermen (Mesh-termen): 'obesity/diagnosis', 'obesity/organization and administration', 'obesity/prevention and control', 'obesity/psychology', 'obesity/therapy', 'disease management', 'primary health care/organization and administration'. Er werd geselecteerd door middel van dezelfde exclusiecriteria als hierboven beschreven. Hierdoor bleven er elf relevante artikels over.

Prof. dr. P. De Cort bood de thesis van dr. Johan van Acoleyen (2011) aan, die ook werd gelezen ter inspiratie. Ook door contact met een aantal andere experts in dit domein werden nog enkele interessante artikels gevonden.

Aanpak van overgewicht

De behandeling van mensen met overgewicht of obesitas is niet eenvoudig. Volgens verschillende binnen- en buitenlandse richtlijnen gebeurt de aanpak best multidisciplinair[3,5,7,10,14,23-25]. Dit betekent dat huisartsen moeten samenwerken met o.a. diëtisten, kinesisten en psychologen. De huisartsen hebben hierin wel een coördinerende functie en zullen de patiënt blijven opvolgen[2,7,10,11,23,26]. Omdat het zo een complex gezondheidsprobleem is, moet het eerst uitgebreid in kaart worden gebracht. Op die manier kan de aanpak afgestemd worden op de wensen en noden van elke individuele patiënt[15,24,25]. Meerdere richtlijnen en artikels beklemtonen immers het belang van een individuele aanpak, op maat van de patiënt[1,6,11,14,27,28]. Deze 'intake' kan ook multidisciplinair gebeuren, omdat er op die manier veel meer informatie wordt bekomen[6,10]. Hierdoor kan de situatie bij elke patiënt nauwkeurig in kaart worden gebracht en kan de behandeling beter geïndividualiseerd worden.

Rol van de huisarts

Domus Medica onderstreept de centrale rol van de huisarts in de identificatie van patiënten met overgewicht[2]. Omdat het zo belangrijk is dat het hele gezin van de patiënt bij de behandeling wordt betrokken, is de huisarts hier natuurlijk een geschikte persoon voor[3,17]. Doordat de huisarts het globaal medisch dossier (GMD) van de patiënt bijhoudt, kan hij ook rekening houden met eventuele comorbiditeit[26]. De huisarts is dus de ideale persoon om dit onderwerp met de patiënt te bespreken[6,29,30]. Ondanks de aanbevelingen wordt obesitas toch nog te weinig gediagnosticeerd en is de behandeling in veel huisartspraktijken nog weinig succesvol[8,9]. Veel patiënten krijgen wel te horen dat ze moeten vermageren, maar er wordt hen niet duidelijk verteld HOE ze dit moeten doen. Ook uit een artikel van Brotons et al. blijkt dat er een discrepantie bestaat tussen de verwachtingen van patiënten en hetgeen hun huisarts doet[22]. In deze studie werd nagegaan wat de ideeën van patiënten zijn omtrent hun levensstijl. Meer dan de helft van de patiënten vond dat zijn levensstijl belangrijk is voor zijn gezondheid. ('levensstijl' werd in deze studie opgesplitst in drie topics: 'voeding', 'fysieke activiteit' en 'lichaamgewicht'). De helft van de patiënten vond dat hij zijn levensstijl zou moeten verbeteren. Velen hadden vertrouwen dat ze ook zouden slagen in hun plannen, maar twee derde wenst wel steun van de huisarts. Hieruit blijkt dat patiënten veel vertrouwen hebben in hun huisarts en dat ze dus ook verwachten dat hun huisarts hen steunt en begeleidt bij hun levensstijlverandering. Opmerkelijk in deze studie was het feit dat slechts de helft van de patiënten hier reeds met hun huisarts over gesproken heeft. Ook een studie van Gudzune et al. toonde aan dat slechts 20 – 40 % van de patiënten met obesitas enig advies zou hebben gekregen van zijn huisarts[31].

Terughoudendheid bij huisartsen

Huisartsen erkennen wel het belang van een goede aanpak en ze vinden ook dat de verantwoordelijkheid hiervoor grotendeels bij hen ligt[20,21,32]. Toch vinden ze het blijkbaar moeilijk om dit gezondheidsprobleem adequaat aan te pakken. Ze vinden dat ze hiervoor te weinig kennis en vaardigheden bezitten[5,6,11,20,21]. Dit komt omdat er in de opleiding geneeskunde te weinig aandacht aan wordt besteed[12,33]. Volgens een artikel van Mauro et al. is deze beperkte kennis één van de grootste barrières om patiënten met overgewicht te behandelen[12]. Als de patiënt er zelf niet over spreekt, wordt dit onderwerp door huisartsen niet gemakkelijk aangehaald. Meestal heeft de

patiënt andere klachten die voor hem en voor de arts belangrijker zijn. Een andere reden die wordt aangehaald is tijdsgebrek (bij artsen om het onderwerp met hun patiënt uit te diepen[6,8,26,27,32,34], en bij patiënten om aan hun levensstijl te werken[12,13,25]). Artsen vinden het bespreken van een aanpak meestal weinig effectief omdat ze vaak een slechte therapietrouw bij hun patiënten ervaren[6,32,34]. Vaak hebben ze weinig vertrouwen in hun eigen mogelijkheden om deze patiënten te helpen en begeleiden[8,33,34]. Ook vinden ze dat ze de efficiëntie van hun aanpak moeilijk kunnen evalueren[22]. Het ontbreken van geschikte tools om dit onderwerp efficiënt te kunnen bespreken en angst voor een negatieve impact op de arts-patiëntrelatie zijn ook nog redenen die vaak worden aangehaald[8,32,33]. Een aantal barrières bij patiënten zijn: weinig zelfvertrouwen, negatieve ervaringen, geen behoefte aan medische hulp, onwetendheid, psychosociale redenen of een lagere sociaal-economische status (SES)[5,12,13,25].

Er is dus nood aan eenvoudige effectieve strategieën om de aanpak van overgewicht in de praktijk te verbeteren.

Aanpak van overgewicht en obesitas

Volgens nationale en internationale richtlijnen is de behandeling van overgewicht steeds een verandering in levensstijl waarbij op drie aspecten moet gefocust worden: voeding, beweging en gedragsverandering[1-3,5,10,13,14,17,23,25,26]. Men mag zich dus niet te fel concentreren op gewichtsverlies[5,7,10,14]. Veel patiënten focussen te veel op hun gewicht waardoor er frustraties ontstaan en ze het niet volhouden[27].

Het doel van de behandeling is de gezondheid verbeteren door een betere levensstijl en op lange termijn het behoud van een gezond gewicht[5,7,24]. Je levensstijl veranderen is echter niet gemakkelijk[17]. De levensstijl is immers gebaseerd op bepaalde gedragspatronen die reeds in de kindertijd gevormd worden en in het verdere leven versterkt of aangepast worden door de sociale omgeving waarin men leeft. Patronen die reeds lang bestaan (en dus gewoontes zijn geworden) zijn moeilijk te veranderen. Het vraagt dus heel wat energie en motivatie van de patiënt om hieraan te werken[2,10]. Het is heel belangrijk dat de patiënt zijn nieuwe levensstijl volhoudt. Dit is veel belangrijker dan snel gewicht verliezen[13,14]. Hij moet het dus kunnen toepassen in zijn leven en hij moet ook kunnen genieten van zijn nieuwe levensstijl[13]. De nieuwe levensstijl moet een nieuwe 'gewoonte' worden in het leven van de patiënt[23]. Een aantal patiënten zal zijn levensstijl zelf kunnen veranderen; velen zullen echter professionele begeleiding nodig hebben[23].

Het is belangrijk dat hulpverleners duidelijk uitleggen aan patiënten dat hun gezondheidsprobleem een levenslange behandeling vereist. Patiënten moeten voldoende kennis hebben over 'levensstijl' en men moet uitvoerig de positieve effecten van een levensstijlverandering/vermagering bespreken[12,15,18,23,27]. Om resultaten op lange termijn te bekomen, zal de patiënt de rest van zijn leven hier aandacht aan moeten schenken.

Om gezondheidsproblemen met patiënten te bespreken, wordt soms ook gebruik gemaakt van de vijf A's: Ask, Advise, Assess, Assist en Arrange follow-up[14,31]. Dit model kan helpen om de patiënt te begeleiden in een levensstijlverandering. Eerst moet het onderwerp aangekaart worden (Ask):

wanneer komt het ter sprake, op wiens initiatief? Als de patiënt akkoord gaat om het te bespreken, moet men hem advies geven om zijn levensstijl te veranderen (Advise). Hierbij is het heel belangrijk om zijn motivatie na te gaan en realistische doelstellingen te formuleren (Assess). Afhankelijk van de motivatie moet men de patiënt uitleg geven, obstakels nagaan … (Assist). Ten slotte is een levenslange follow-up ook zeer belangrijk om een gezonde levensstijl en het gewichtsverlies te behouden (Arrange follow-up).

Zoals vermeld moet men dus aandacht hebben voor voldoende fysieke activiteit, gezonde voeding en gedragsverandering[1,3,7,10,14,24,27]. Het initiële gewichtsverlies wordt voornamelijk bekomen door een gebalanceerd dieet[17,25]. Het uiteindelijke doel van de aanpak moet een blijvende gewichtsvermindering zijn. Hiervoor is een blijvende aanpassing van de levensstijl nodig met ook voldoende fysieke activiteit[2,3,14,15,18,23,25,28]. De intensiteit en hoeveelheid fysieke activiteit hangt af van de motivatie van de patiënt, de beschikbare faciliteiten, lichamelijke beperkingen, medische contra-indicaties …[7,14,24,25,27,35]. Patiënten die al voldoende actief zijn, moet men aanmoedigen om deze activiteiten vol te houden[28]. Men moet proberen om de activiteiten in het dagelijkse leven toe te passen[25]. Zelfs indien de patiënt niet zou vermageren, hebben een gezondere voeding en een verhoogde fysieke activiteit gezondheidsvoordelen[3,7,9,25,28]. Met gedragsveranderingen bedoelt men dat de patiënt bepaalde gewoontes moet veranderen, zonder te veel te focussen op het gewicht zelf[23]. Zo nodig kan er intensieve psychologische begeleiding gegeven worden of bepaalde therapieën om het gedrag te veranderen (zoals stimuluscontrole, assertiviteitstraining, cognitieve gedragstherapie, het leren omgaan met 'hoog risicosituaties' …)[25]. Bij aanwezigheid van bepaalde psychologische of psychiatrische problematiek vereist dit natuurlijk een gepaste aanpak[17].

Buiten deze levensstijlverandering moeten eventuele comorbiditeiten, medische complicaties, psychiatrische problemen, eetstoornissen … natuurlijk ook behandeld worden[10]. Afhankelijk van de situatie kan dit eerst, gelijktijdig met de levensstijlverandering of nadien aangepakt worden.

Wie moet behandeld worden?

Domus Medica en het NHG hebben een duidelijke richtlijn over wie er moet behandeld worden[2,3], namelijk patiënten met obesitas (BMI van ≥ 30) en patiënten met overgewicht (BMI tussen 25 en 30) met comorbiditeiten (diabetes type II, hart- en vaatziekten, chronische gewrichtsklachten, slaapapneu) of met een verhoogd cardiovasculair risico. De NHG-standaard voegt er nog een aparte categorie bij, namelijk patiënten met overgewicht en een ernstig vergrote buikomtrek (zie verder voor deze criteria). Ook EBMPracticeNet beschrijft ongeveer dezelfde behandelingsgroepen[23]. De ICSI-richtlijn maakt nog een onderscheid tussen majeure en mineure comorbiditeiten om het risico (en de intensiteit van de behandeling) te bepalen. Een bijkomend criterium bij alle patiënten is dat ze in de beslissings- of de actiefase moeten zitten[2]. Alle andere patiënten kan men wel advies geven over een gezonde levensstijl, vooral indien patiënten hier zelf naar vragen, maar bij deze mensen is geen intensieve aanpak nodig[2].

De hulpverlener zal samen met de patiënt beslissen welke aanpak voor hem de beste resultaten op lange termijn kan geven[25]. De intensiteit van de aanpak hangt af van het gezondheidsrisico[10,25]. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de EOSS-stadiëring[10]. Hierbij worden patiënten ingedeeld in

vijf stadia afhankelijk van het medisch risico (BMI, buikomtrek, comorbiditeiten …), de impact op het lichamelijk functioneren (de lichamelijke symptomen), de aan- of afwezigheid van functionele beperkingen, eventuele psychologische symptomen en de weerslag op het welzijn. Andere factoren waar men ook rekening mee moet houden zijn individuele voorkeuren van de patiënt, sociale factoren …[1,11,25,27,36]. Hoe de verdere aanpak ook zal verlopen, de huisarts blijft een belangrijke rol spelen. Om een blijvende verandering in de levensstijl te kunnen behouden zal hij de patiënt levenslang moeten blijven opvolgen[9,11,24,25,27,34].

Assessment

Eerst volgt een korte samenvatting van wat men allemaal moet nagaan in de initiële evaluatie (en waarop de aanpak dus moet gebaseerd worden)[10]. Daarna worden deze items uitvoerig toegelicht.

- 'readiness', motivatie, doelen, verwachtingen, voorkeuren van de patiënt met betrekking tot gewichtsvermindering
- prioriteiten, eventuele barrières, steun uit omgeving
- classificatie van obesitas: lengte, gewicht, BMI, middelomtrek, comorbiditeiten, de invloed van het gewicht op de gezondheid en het risico op obesitasgerelateerde aandoeningen
- voorgeschiedenis: medische voorgeschiedenis, gewichtsverloop in de tijd en eerdere pogingen om te vermageren/om de levensstijl te veranderen
- oorzakelijke factoren voor het overgewicht
- voeding, beweging, psychosociale factoren

Het ter sprake brengen van dit gezondheidsprobleem kan op verschillende manieren gebeuren[2,3,10]. Ofwel komt de patiënt zelf op raadpleging omdat hij zich 'te dik' vindt en hulp wil om hier iets aan te doen. Ofwel komt hij voor een andere klacht, al dan niet gerelateerd aan zijn gewicht, maar wil de huisarts dit onderwerp aankaarten. Soms kan het ook gebeuren dat de huisarts, door de patiënt regelmatig te meten en te wegen in het kader van een preventief onderzoek, vaststelt dat de patiënt is bijgekomen. Ook bij mensen met bepaalde comorbiditeiten waarbij gewichtsverlies belangrijk is (zoals diabetes mellitus type II, verhoogd cardiovasculair risico, chronische gewrichtsklachten, slaapapneu) kan de huisarts het probleem 'overgewicht' aankaarten. Indien de patiënt zelf niet met een hulpvraag komt, moet de arts (of andere hulpverlener) steeds eerst vragen of het thema mag besproken worden[10]. Indien de patiënt het nu niet wenst te bespreken, moet de hulpverlener dit respecteren. Men kan hem informatie geven, nagaan wat de barrières zijn en vooral de mogelijkheid geven om er later op terug te komen[24,25].

Hoe het onderwerp ook ter sprake komt, men moet altijd peilen naar de motivatie van de patiënt om hier ook effectief iets aan te willen veranderen[1-6,10-13,15,17,23,25,26,34]. Is de patiënt er wel klaar voor? Wil hij wel veranderen? Een patiënt kan niet of weinig gemotiveerd zijn omwille van beperkte kennis in de aandoening of omwille van mislukte behandelingspogingen in het verleden. Dit moet dus nauwkeurig worden nagevraagd. Mensen zullen hun gedrag ook pas veranderen als ze zelf geloven dat dit een positieve invloed heeft op hun gezondheid[6]. De patiënt moet ook durven zelf verantwoordelijkheid opnemen in zijn eigen zorgtraject[10]. Als de patiënt gemotiveerd is, moet de hulpverlener hem hierin steunen. Een patiënt die echt klaar is voor verandering en goed heeft nagedacht over de voordelen en moeilijkheden van een levensstijlverandering heeft meer kans op

slagen[6]. Een aanpak uitwerken bij een patiënt die niet gemotiveerd is of er nog niet helemaal klaar voor is, zorgt echter voor frustraties. Bij deze patiënten is het belangrijk om de ambivalentie te bespreken. Men moet hen informatie geven, met hen bespreken hoe men verdere gewichtstoename kan voorkomen en hen zeker ook de kans geven om er later op terug te komen[3,26,27,36].

Er zijn verschillende modellen ontwikkeld om de motivatie van iemand na te gaan. Een heel bekend model is dat van Prochaska en DiClemente[2,5,6,14,37]. Dit model beschrijft zes stadia die men kan doorlopen bij gedragsverandering (tabel 2). De meeste patiënten zitten, op het moment dat ze hun levensstijl met hun huisarts bespreken, in de precontemplatie- of contemplatiefase[14]. Als hulpverlener moet je proberen de patiënt te helpen evolueren naar een volgend stadium totdat er definitieve gedragsverandering optreedt. Veel patiënten hervallen (meermaals) in hun vroegere gewoonten. Dit is niet erg. Men moet de patiënt er dan op wijzen dat hij naar één van de andere stadia kan terugkeren.

Domus Medica geeft een aantal voorbeeldvragen die men kan stellen om de motivatie na te gaan: "Hoe belangrijk vindt u het om te vermageren?" "Hoe belangrijk vindt u het om uw eetgewoonten te veranderen?" "Als u zou beslissen om te vermageren, hoeveel vertrouwen hebt u dan in uzelf om hierin te slagen?"[2]. Artikel 16 geeft nog een aantal andere nuttige vragen: "Hebt u hulp gezocht op eigen initiatief?" "Begrijpt u wat u zal moeten doen om de doelstellingen te halen?"[16].

Een andere manier om de motivatie na te gaan, is met behulp van een visueel analoge schaal[1,5,14]. Hierbij moet de patiënt op een meetlatje aanduiden waar hij zich bevindt ('readiness ruler'). Zo kan men evalueren of een patiënt klaar is voor verandering; in het Engels ook wel de "readiness for change" genoemd[6,12,14,25,27]. Deze 'readiness' is eigenlijk de balans tussen de motivatie om te veranderen en de weerstand tegen veranderen[6]. De meeste patiënten ervaren een zekere ambivalentie om hun levensstijl te veranderen. Ze willen wel, maar ze denken dat het moeilijk zal zijn of dat ze het niet kunnen. De 'readiness for change' moet eigenlijk onderverdeeld worden in twee basiselementen: belangrijkheid en vertrouwen[1,14]. Men stelt de patiënt de volgende twee vragen: "Hoe belangrijk is het voor u om uw levensstijl te veranderen?" en "Hoeveel vertrouwen hebt u erin dat u uw levensstijl zou kunnen veranderen?" De patiënt moet deze vragen dan beantwoorden door een kruisje te zetten op een visueel analoge schaal, waarbij een 'nul' betekent dat hij het niet belangrijk vindt/ er helemaal geen vertrouwen in heeft en een 'tien' dat hij het zeer belangrijk vindt/ er absoluut vertrouwen in heeft. Indien de patiënt op de eerste vraag laag scoort, betekent dit dat hij nog niet echt aan het nadenken is over gedragsverandering. Indien hij echter hoog scoort, heeft hij waarschijnlijk al concrete plannen hieromtrent. De bedoeling is dat de hulpverlener het antwoord met de patiënt bespreekt. Waarom is het zo belangrijk voor hem? Men moet hem vragen welke factoren deze score mee bepaald hebben en waarom hij niet bijvoorbeeld een lager getal heeft aangeduid. Hierdoor benadrukt men de aanwezige positieve gedachten. Men moet hem eveneens vragen waarom hij niet een hoger getal heeft aangeduid en wat er nodig is opdat hij wel een hoger cijfer zou kunnen aanduiden. Wat vindt hij leuk aan zijn huidige levensstijl? Wat houdt hem tegen om deze levensstijl te veranderen? Hierdoor kan men mogelijke barrières tot gedragsverandering te weten komen.

Een Canadese richtlijn maakt ook nog een belangrijk onderscheid tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie[13]. Indien de patiënt zelf wil vermageren (intrinsieke motivatie), is het belangrijk om na te vragen of er voldoende steun is vanuit de omgeving. Indien er enkel extrinsieke motivatie is ("anderen willen dat ik zou vermageren"), heeft het weinig nut om reeds een levensstijlverandering te proberen, omdat de patiënt het dan niet lang zal volhouden.

Ook de vraag over vertrouwen in eigen kunnen moet men verder met de patiënt uitdiepen[1,14-16]. Zowel de Canadese richtlijn als het draaiboek van Eetexpert vermelden dat zelfvertrouwen heel belangrijk is voor een goede kans op slagen[5,10,16]. Er zijn meerdere redenen voor een lage score op deze vraag. Misschien heeft de patiënt verkeerde ideeën over de aanpak bij vermageren. Het kan ook zijn dat hij te weinig steun krijgt uit zijn omgeving of dat hij momenteel andere prioriteiten heeft.

Via deze twee vragen weet men of de patiënt wel klaar is voor verandering. Men moet zich echter niet te strikt vastpinnen aan de getallen die de patiënt aanduidt. De visueel analoge schaal is vooral een eenvoudig instrument om een idee te hebben over de 'readiness' van de patiënt en dus om te weten hoe men hier best met de patiënt over communiceert[1,14].

De Canadese richtlijn haalt aan dat het belangrijk is te vragen WAAROM de patiënt wil veranderen en vooral waarom hij op DIT moment er iets aan wil doen. Waarom komt hij NU met een hulpvraag?[5,14,16,24]. Men moet de patiënt redenen laten opnoemen waarom hij wil veranderen en redenen waarom verandering moeilijk zou zijn. Wat zijn mogelijke barrières? Hoe zou het wel kunnen lukken? Men moet de voor- en nadelen van verandering uitvoerig met de patiënt bespreken alsook zijn verwachtingen[5,10,16,27]. Heeft hij nog andere plannen? Zijn er nog belangrijke gebeurtenissen in de nabije toekomst te verwachten? Kunnen die een eventuele levensstijlverandering belemmeren? Of misschien juist ondersteunen? Het moment om te beginnen aan een levensstijlverandering moet goed gekozen worden. Er mogen geen grote levenscrisissen bezig zijn, geen andere belangrijke veranderingen in het leven die een levensstijlverandering in de weg zouden staan[5,6,13]. Indien de patiënt zich in een stressvolle situatie bevindt, moet een levensstijlaanpassing uitgesteld worden tot een rustigere periode, anders zou de patiënt het toch niet kunnen volhouden[4,6].

Tabel 2: Fasen van gedragsverandering[2,5,37]

Fase	Kenmerk	Actiebereidheid	Mogelijke interventie
voorbeschouwende fase (precontemplatie)	De patiënt overweegt helemaal geen verandering en ziet zijn gedrag niet als een probleem (bv. omdat hij te weinig geïnformeerd is over de gevolgen of omdat hij uitgeblust is door de vele pogingen).	De patiënt is niet van plan om actie te ondernemen in de nabije toekomst (zes maanden).	verhoog het inzicht via gepersonaliseerde informatie
beschouwende fase (contemplatie)	De patiënt erkent het probleem, maar staat nog erg ambivalent tegenover verandering. Hij is zich wel meer bewust van de voordelen van verandering, maar ziet ook veel nadelen.	De patiënt denkt wel aan veranderen maar dan in de nabije toekomst (zes weken).	bespreek voor- en nadelen van verandering en verhoog het zelfvertrouwen van de patiënt om de nodige gedragsverandering te kunnen realiseren
beslissingsfase (preparatie)	De patiënt maakt een plan op. Het is mogelijk dat hij al wat aan het experimenteren is met kleine veranderingen. Er bestaat nog steeds een zekere mate van ambivalentie.	De patiënt maakt zich klaar voor verandering, meestal binnen de maand.	stel een concreet plan op met een realistisch doel en ondersteun kleine veranderingen bij de patiënt
actiefase	De patiënt verandert specifiek en openlijk zijn levensstijl. Dit gedrag is duidelijk observeerbaar.	De patiënt is geëngageerd in een actieplan.	verwijs door voor voedingsadvies en gedragsverandering en bied zelfhulpmateriaal, medicatie en dergelijke aan

onderhoudsfase	Het nieuwe gedrag krijgt een plaats in het leven van de persoon. Verandering van eetgedrag en gewichtsdaling zijn ontstaan. Het gewichtsbehoud wordt een nieuw doel.	De patiënt is geëngageerd in een actieplan.	leer de patiënt probleemoplossend gedrag aan zodat hij leert anticiperen op moeilijkheden en probeer herval te voorkomen
hervalfase	Herval is altijd mogelijk en is eerder de regel dan de uitzondering.	De patiënt gaat gemiddeld zes keer door de fasen van verandering, vooraleer een stabiele verandering tot stand is gekomen.	ondersteun het zelfvertrouwen van de patiënt en geef inzicht in de aanleidingen tot herval

Nadat men de motivatie van de patiënt kent, is het ook belangrijk om zijn ideeën, bezorgdheden en verwachtingen (de zogenaamde 'ICE') te bevragen[2,3,6,7,10,11,13,15,17,24,25,27]. Als men weet hoe de patiënt denkt over zijn gewicht, over een 'gezond gewicht', over de oorzaak van zijn overgewicht, kan men de verdere aanpak hierop afstemmen. Eventuele bezorgdheden in verband met het gewicht of met vermageren of veranderen van levensstijl moeten natuurlijk ook voldoende nagevraagd worden. Verder is het belangrijk te weten wat de patiënt zelf verwacht. Heeft hij bepaalde doelen voor ogen? Zijn deze doelen realistisch? Waarom en hoe wil hij die doelen bereiken? Het is belangrijk om haalbare doelen te formuleren, in overleg met de patiënt[1-3,5-7,10,11,13-17,23-25,27,34,36,38]. Hoe specifieker de doelstellingen geformuleerd worden, hoe groter de slaagkans om deze doelen te bereiken. Men moet ook benadrukken dat de patiënt zelf verantwoordelijk is voor het bereiken van deze doelen[14]. De doelen moeten vooral focussen op gedragsverandering en niet zozeer op 'meetbare' parameters zoals gewicht of cholesterolgehalte, omdat deze fysiologische veranderingen pas op latere termijn merkbaar zullen zijn[36]. Het is ook veel effectiever om kortetermijndoelstellingen te formuleren (bv. elke dag tien minuten wandelen) dan doelstellingen op langere termijn (binnen een jaar een halve marathon kunnen lopen) omdat men deze 'kleinere' doelstellingen moeilijker kan uitstellen en er dus ook een onmiddellijke 'beloning' volgt[14,36]. Zo kan men de doelen geleidelijk aanpassen naargelang ze gehaald worden. Het 'succes' van de aanpak moet dus ook gemeten worden door het halen van deze doelstellingen en niet door de hoeveelheid gewichtsverlies[13]. Het is ook belangrijk dat de patiënt prioriteiten stelt. Indien hij voor zijn werk belangrijke doelstellingen heeft die kunnen interfereren met een verandering in levensstijl, of als hij bv. ook zou willen stoppen met roken, moet de patiënt samen met zijn hulpverlener nagaan hoe hij dit wil realiseren en hoe hij dus haalbare doelen kan formuleren[10].

Ook is het belangrijk om na te gaan hoe de omgeving (familie, vrienden, collega's …) zal reageren als de patiënt zijn levensstijl zou veranderen[3,6,10,11,14,15,25]. Zullen zij de patiënt steunen of het hem juist moeilijk maken? Eventuele andere barrières, zoals financiële problemen, tijdsgebrek …, moeten door de hulpverlener op tijd geïdentificeerd en zo mogelijk aangepakt worden[7,11-14,24,25,27].

Bij patiënten die voldoende gemotiveerd zijn en bij wie een verandering in levensstijl op dit moment haalbaar lijkt, moet eerst verdere diagnostiek gebeuren om de situatie uitvoerig in kaart te brengen[2]. Om succesvol te zijn op lange termijn, moet de aanpak immers afgestemd worden op de individuele noden van elke patiënt[11]. De intensiteit van de behandeling moet afgestemd worden op het medisch risico[10,11].

Een eerste aspect dat moet besproken worden is het eetgedrag van de patiënt. Er moet worden nagegaan of er sprake is van emotioneel, extern of lijngericht eten[2,3,7,13]. Emotioneel eten is een reactie op negatieve emoties of gebeurtenissen, zoals teleurstelling, verveling en gespannenheid. Extern eten is een reactie op externe prikkels, zoals geur, smaakvolle presentatie en gemakkelijke beschikbaarheid van het voedsel. Mensen die lijngericht eten, proberen te letten op het aantal calorieën dat ze innemen. Zo nodig compenseren ze 'te zware' maaltijden door andere maaltijden over te slaan of veel minder te eten. Er moet ook worden nagegaan of er een echte eetstoornis aanwezig is (bv. 'binge eating disorder' of 'night eating syndroom')[2-7,10-16,27]. 'Binge eating disorder' is een eetstoornis waarbij men grote hoeveelheden voedsel eet in een korte tijdsspanne. De persoon ervaart hierbij weinig controle over de hoeveelheid die hij eet en er is geen compensatoir gedrag (zoals intensief sporten of braken). De stoornis komt vaker voor bij mensen met obesitas dan bij personen met een normaal gewicht[16]. Eetstoornissen kan de huisarts opsporen door middel van twee korte vragenlijsten: de SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat and Food) en de ESP (Eating disorder Screen for Primary care)[10]. De sensitiviteit van deze vragenlijsten ligt redelijk hoog. De specificiteit is minder. Deze vragenlijsten dienen dus om een eetstoornis uit te sluiten. Indien een eetstoornis niet kan worden uitgesloten, wordt de patiënt best doorverwezen naar een psychiater of psycholoog[2,15]. Best wordt dit eerst behandeld voor men de verdere levensstijl gaat aanpakken[10]. Ook indien er geen eetstoornis aanwezig is, moet het algemeen voedingspatroon in kaart gebracht worden. Hiervoor kan men een eetdagboek gebruiken of een vragenlijst zoals de BV-SM-vragenlijst (Beoordeling Voedingspatroon op een Snelle Manier)[1-3,10,13,14].

Er zijn een heel aantal psychosociale factoren en psychiatrische aandoeningen die voorkomen bij mensen met obesitas, zoals depressie, sociale fobie, seksueel misbruik, geweld, affectieve verwaarlozing bij kinderen, stemmingsstoornissen …[1,3-7,12-16,25,38]. Vooral stemmingsstoornissen, waaronder depressie, komen vaak voor bij mensen met obesitas[2,5,6,13,14,16]. Volgens een artikel van Hill zouden er meerdere factoren een rol spelen in de associatie tussen obesitas en welbevinden: leeftijd (bij vrouwen tussen 45 – 49 jaar is er een grotere impact op het welbevinden dan bij twintigers), ernst van de aandoening en comorbiditeiten, geslacht (in enkele studies zou obesitas bij vrouwen geassocieerd zijn met een verhoogd risico op majeure depressie en bij mannen met een verminderd risico op depressie)[16], sociaal-economische status, stigma van obesitas in de Westerse cultuur en het feit dat obese personen een grotere neiging hebben om te eten bij negatieve emoties.

Met enkele korte vragen kan men screenen naar een stemmingsstoornis[14]. Bij vermoeden van aanwezigheid moet dit uiteraard verder geobjectiveerd worden. Ook moet er nagegaan worden of de patiënt vroeger reeds behandeld werd voor een psychiatrische aandoening. Een stemmingsstoornis kan de behandeling van overgewicht bemoeilijken. Daarom moet men uitvoerig met de patiënt bespreken of dit eerst moet behandeld worden of eventueel gelijktijdig met het overgewicht. Een milde depressie die gerelateerd is aan het overgewicht kan dikwijls gelijktijdig met het overgewicht zelf aangepakt worden. Men moet wel steeds opletten met medicamenteuze behandeling die gewichtstoename kan veroorzaken.

Een volgend belangrijk item is de hoeveelheid lichaamsbeweging die de patiënt doet en dus de mate van sedentariteit[1-4,6,7,10,11,14,15,25,27,38]. Onder fysieke activiteit verstaat men zowel inspanningen tijdens de vrije tijd zoals sporten, dagelijkse verplaatsingen, beweging tijdens het werk als huishoudelijke taken. Het Engelstalige REAP-instrument dat ook in het draaiboek wordt gebruikt, bevat twee korte vragen over lichaamsbeweging[10]. Een iets uitgebreidere vragenlijst is de 'General Practice Physical Activity Questionnaire' (GPPAQ)[28,39]. Deze korte vragenlijst, ontworpen door de 'London School of Hygiene and Tropical Medicine', is een gevalideerd screeningsinstrument voor gebruik in de eerste lijn. Het is bedoeld om na te gaan of een patiënt voldoet aan de aanbevelingen met betrekking tot voldoende lichaamsbeweging. Patiënten kunnen de vragen zelf invullen; dit duurt gemiddeld zo'n dertig seconden. Na analyse van de antwoorden wordt men ingedeeld in één van de vier categorieën, genoemd de 'physical activity index' (PAI): actief, matig actief, matig inactief of inactief. Er zijn echter ook een aantal vragen over wandelen, tuinieren, klussen, huishouden … die niet geïntegreerd worden in de PAI omdat deze vragen onvoldoende betrouwbaar zijn wegens frequente overrapportering door patiënten. Bij patiënten die niet tot de 'actieve categorie' behoren, moeten deze vragen verder geëxploreerd worden naar intensiteit, frequentie … Afhankelijk van de antwoorden op deze vragen kan er toch besloten worden dat een patiënt voldoende lichaamsbeweging heeft. De vragenlijst is gevalideerd voor gebruik bij volwassenen van 16 tot 74 jaar. In een studie van Heron et al. werd het gebruik van deze tool in de eerste lijn getest[39]. Zowel huisartsen als verpleegkundigen vonden het eenvoudig te gebruiken. De GPPAQ bleek een betrouwbaar screeningsinstrument te zijn waarmee men een objectieve meting krijgt van de fysieke activiteit die de patiënt doet. De indeling in vier niveaus is eenvoudig, ook voor patiënten. Bij een patiënt die te weinig beweegt, moet men uiteraard de bereidheid om de fysieke activiteit te verhogen, navragen[14]. Best zou men ook nagaan of de patiënt vroeger aan sport deed, wat zijn motivatie toen was, waarom hij nu bv. minder beweegt, welke sport hij graag zou doen, wat voor hem haalbaar en toepasbaar is in zijn dagelijks leven, ook op lange termijn[24]. In de SIGN-richtlijn staat ook een voorbeeldvragenlijst die men kan gebruiken om na te gaan of er bij de patiënt geen contra-indicaties bestaan voor bepaalde fysieke inspanningen[1].

Veel huisartsen hebben echter weinig ervaring in het bevragen van deze topics (voeding, lichaamsbeweging …) of ze kunnen er niet de nodige tijd voor nemen. Zo nodig kan de huisarts de patiënt daarom doorverwijzen naar een diëtist, kinesist … om dit uitgebreid in kaart te brengen[5].

Verder moet er gevraagd worden of de patiënt bepaalde klachten heeft die rechtstreeks of onrechtstreeks met het gewicht kunnen te maken hebben[2,3,10]. Comorbiditeit komt vaak voor bij

obesitas en kan een invloed hebben op de behandeling[2,4,12-14,18,25]. De belangrijkste comorbiditeiten die men moet nagaan zijn endocrinologische aandoeningen (diabetes, hypothyroidie, syndroom van Cushing, PCOS), cardiovasculaire aandoeningen (obesitas verhoogt het risico op cardiovasculaire aandoeningen en door symptomen als dyspnee, angor … vermindert de inspanningstolerantie waardoor een levensstijlverandering kan bemoeilijkt worden), respiratoire aandoeningen (slaapapneu, astma), NAFLD en artrose (pijn kan fysieke activiteit bemoeilijken)[1-5,7,10,13,14]. Men moet samen met de patiënt beslissen of deze comorbiditeiten eerst moeten behandeld worden of samen met de levensstijlverandering. Ook belangrijke zaken uit de eigen en familiale voorgeschiedenis moeten bevraagd worden (familieleden met diabetes, cardiovasculaire aandoeningen …)[1,2,7,10,11,14,25].

Men moet ook weten welke medicatie de patiënt inneemt[1-7,10,12,13-15,25,27,38]. Er zijn namelijk heel wat geneesmiddelen die gewichtstoename veroorzaken of vermagering belemmeren (bv. antidiabetica, antidepressiva, corticosteroïden, atypische antipsychotica, bètablokkers, anti-epileptica …). Ook middelengebruik zoals tabak, alcohol en drugs moet bevraagd worden[2-5,7,10,12,13]. Het gebruik van deze middelen moet in rekening gebracht worden bij de aanpak van het overgewicht. Als een patiënt zou willen stoppen met roken, moet men het risico op gewichtstoename uitvoerig bespreken en samen met de patiënt prioriteiten opstellen[1].

Men moet een duidelijk beeld krijgen van het gewichtsverloop in de tijd[1,2,5-7,10,11,15,27]. Hoe oud was de patiënt toen hij voor het eerst overgewicht had? Hoe is het gewicht geëvolueerd in de tijd? Lagen er bepaalde gebeurtenissen aan de oorzaak van een plotse gewichtstoename of –afname (zoals een zwangerschap, rookstop, bepaalde stressvolle gebeurtenissen …)? Men kan de patiënt zelf zijn gewichtsverloop in de tijd laten beschrijven zodat hij meer inzicht krijgt in zijn situatie[6]. Ook moet er gevraagd worden of de patiënt reeds eerdere behandelingen heeft gehad met betrekking tot gewichtsvermindering[1-3,6,7,11,13,17,24,25,27,38]. Wat was toen zijn motivatie om te starten met die behandeling? Hoe verliepen deze behandelingen? Wat ging goed, wat ging minder goed? Waarom hebben deze pogingen gefaald? Wat vond de patiënt moeilijk? Zou hij het nu anders doen en hoe? Wat heeft hij eruit geleerd?[2,3,5,6,14,25,27]. Indien men weet wat er vlot verliep en wat niet, kan men de nieuwe aanpak hierop afstemmen[13].

In het draaiboek van Eetexpert worden verder nog het slaappatroon, de sociaal-economische status en de impact van het overgewicht op de levenskwaliteit bevraagd. Slaaptekort is namelijk een bijkomende risicofactor voor obesitas[7,12]. Patiënten die hun levensstijl willen veranderen, zouden best voldoende moeten slapen zodat ze overdag zowel fysiek als mentaal fit genoeg zijn om deze levensstijlverandering vol te houden. Daarom wordt ook aangeraden om, in geval van slaapapneu of andere respiratoire aandoeningen, deze eerst (of gelijktijdig) aan te pakken[12]. Ook het welzijn en welbevinden van de patiënt moet men beoordelen om een inschatting te kunnen maken van de ernst (impact) van de problematiek[10].

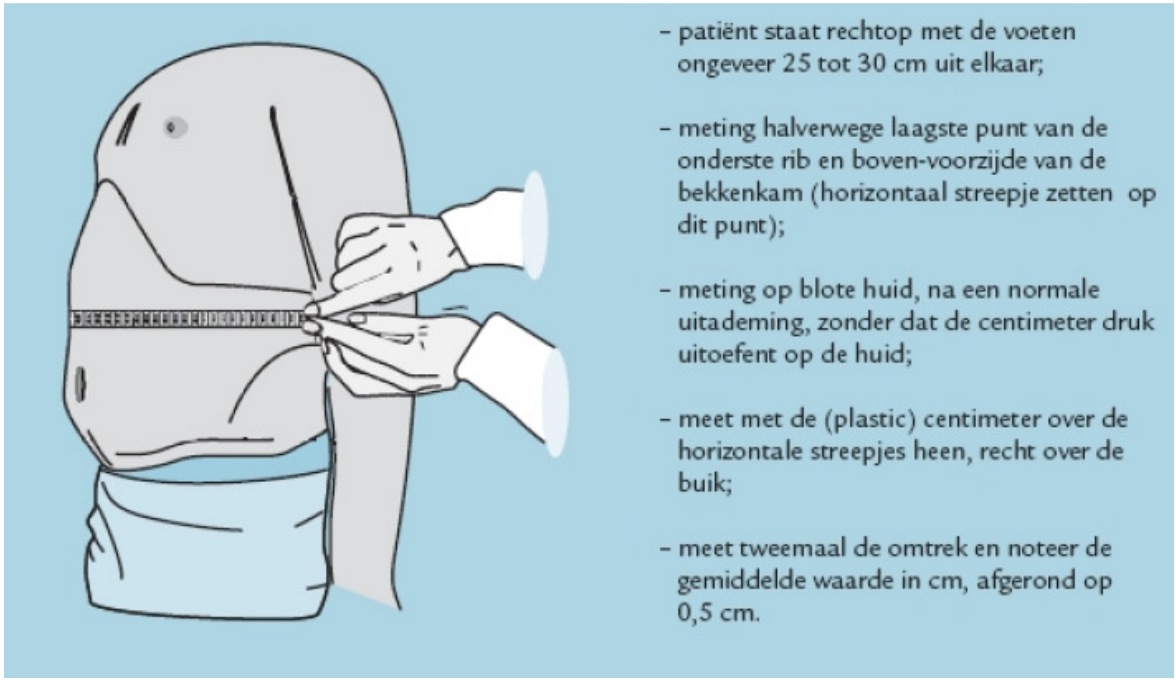
Tijdens het klinisch onderzoek moet het overgewicht geobjectiveerd worden. Men meet de lichaamslengte, het gewicht en berekent de BMI. Ook de buikomtrek moet gemeten worden om het gezondheidsrisico te kunnen bepalen[1-7,10,11,13-15,24,25,27]. Intra-abdominale en viscerale vetverdeling

heeft namelijk een groter risico op mortaliteit en morbiditeit dan vetverdeling elders in het lichaam. De NHG-standaard beschrijft duidelijk hoe men een buikomtrek correct kan meten[3]. De patiënt dient hiervoor recht te staan met de voeten lichtjes uit elkaar en met ontbloot bovenlichaam (figuur 2). Men meet de middelomtrek halverwege tussen het laagste punt van de onderste rib en de bovenvoorzijde van de crista iliaca, op het einde van een normale expiratie. Best meet men dit tweemaal na elkaar en de gemiddelde waarde wordt genoteerd. Een normale buikomtrek bij mannen bedraagt minder dan 94 cm; bij vrouwen is dit minder dan 80 cm. De waardes bij vergrote en ernstig vergrote buikomtrek staan in tabel 3.

Tabel 3: Buikomtrek[3]

	mannen	**vrouwen**
normale buikomtrek (in cm)	≤ 94	≤ 80
vergrote buikomtrek (in cm)	94 – 102	80 – 88
ernstig vergrote buikomtrek (in cm)	≥ 102	≥ 88

Het verdere klinisch onderzoek hangt af van welke oorzaken en gevolgen van het overgewicht men wil onderzoeken[2,3,7,11,15,27,38,40]: meten van de bloeddruk, schildklierpalpatie, NKO-onderzoek, pulmonaal, cardiovasculair, abdominaal, orthopedisch, gynaecologisch en/of dermatologisch onderzoek, bloedafname … Hierover zijn echter geen duidelijke richtlijnen.



Figuur 2: Bepaling van de buikomvang[3]

Methode

Ontwerp intakeformulier

Aan de hand van het literatuuronderzoek werd er eerst een schema gemaakt van wat er in het intakeformulier zou moeten staan (zie bijlage 2). In overleg met enkele ervaren huisartsen werden nog een aantal bijkomende topics geformuleerd waarmee het schema werd aangevuld. Dit schema bevatte zeven stappen. In een eerste stap wordt nagegaan of het onderwerp 'gewicht' ter sprake mag gebracht worden. Indien de patiënt zelf met een hulpvraag komt, wordt gevraagd of hij het onderwerp nu verder wenst uit te diepen. Dit betekent nog niet dat er reeds een behandeling wordt opgestart. Dit wordt duidelijk aan de patiënt uitgelegd. Ook moet er gevraagd worden hoe de omgeving hier tegenover staat. Indien de arts met de vraag komt, zou er zeker bij de patiënt moeten nagevraagd worden of hij het wel wil bespreken. Indien de patiënt akkoord gaat dat dit onderwerp verder wordt uitgediept, moet in een tweede stap de motivatie tot gedragsverandering bevraagd worden. Waarom wil de patiënt iets aan zijn gewicht/levensstijl veranderen? Ook de doelen en de 'ICE' ('ideas', 'concerns' en 'expectations') worden in deze fase bevraagd. In een derde fase kan dan het gewichtsverloop doorheen de tijd bevraagd worden, alsook eerdere pogingen om te vermageren. Daarna wordt het medisch luik verder onderzocht: mogelijke oorzaken en gevolgen van het overgewicht, comorbiditeit, impact op het lichamelijk functioneren … Daarna worden nog drie belangrijke topics behandeld die de verdere aanpak bepalen, namelijk het voedingspatroon, de beweging en de psychosociale toestand van de patiënt. Daarna kan dan besproken worden hoe de aanpak kan verlopen. Op welke van deze drie aspecten moet de meeste nadruk worden gelegd? Welke trajecten kan de patiënt volgen om zijn doelen te kunnen bereiken? Welk aanbod is er (hulp van huisarts, kinesist, groepssessies …)? Ten slotte wordt in overleg met de patiënt beslist hoe de verdere aanpak concreet zal verlopen.

Nadien werd aan de hand van dit schema een intakeformulier ontwikkeld. In overleg met een aantal collega-huisartsen werd beslist dat het nuttig zou zijn als de patiënt zoveel mogelijk vragen zelf kan invullen. Het draaiboek van Eetexpert wordt volledig door de arts ingevuld, tijdens de consultatie. Het zou kunnen dat patiënten die niet voldoende zijn voorbereid, moeite hebben om een aantal vragen te beantwoorden. Het is bijvoorbeeld belangrijk dat een patiënt goed nadenkt over zijn verwachtingen, zijn bezorgdheden … Ook kost het voor de hulpverlener veel tijd om het formulier volledig tijdens een consultatie in te vullen. Het nieuwe intakeformulier dat ontwikkeld werd, wordt aan de patiënt meegegeven zodat hij het thuis, in zijn eigen tempo, kan invullen. Doordat hij zelf de vragen moet invullen, denkt hij meer na en staat hij hopelijk ook meer stil bij zijn gezondheidsprobleem en krijgt hij meer ziekte-inzicht. Na het invullen komt de patiënt op consultatie bij zijn huisarts die de antwoorden met hem overloopt. De vragen die de patiënt niet zelf heeft kunnen invullen, worden dan ook door de arts ingevuld. Indien de huisarts een aantal vragen niet zelf met de patiënt wenst te bespreken of vindt dat er uitgebreidere evaluatie nodig is, kan hij de patiënt doorsturen naar een andere zorgverlener.

Het formulier dat ontwikkeld werd, bestaat uit twee delen. Op de eerste pagina, vóór deel I, wordt een bondige uitleg gegeven over veranderen van levensstijl. Hierin kan de patiënt aanduiden of hij

dit thema met een hulpverlener wenst te bespreken. Indien dit zo is, moet hij het eerste deel van de vragenlijst invullen. In dit deel wordt gepeild naar de motivatie, de 'ICE' van de patiënt alsook naar eventuele barrières tot gedragsverandering. Er werd gekozen om de vragen in de vorm van 'Likert-items' te gieten. Dat is voor patiënten een relatief eenvoudige methode die niet zoveel tijd in beslag neemt. Ook voor hulpverleners is deze methode weinig tijdrovend. Er werd gekozen voor een even aantal antwoordmogelijkheden zodat de patiënt geen 'neutraal' antwoord kan kiezen. Een neutraal antwoord kan betekenen dat de patiënt niet wil kiezen of dat hij het antwoord niet weet. Het kan ook betekenen dat hij de vraag niet goed heeft begrepen. Zonder neutrale antwoordmogelijkheid wordt de patiënt gedwongen om bij elke vraag een min of meer duidelijk standpunt in te nemen. Er werd gekozen voor vier antwoordmogelijkheden: 'helemaal niet waar', 'niet waar', 'waar' en 'helemaal waar'. Het doel van de vragenlijst is een duidelijk beeld te krijgen van wat de patiënt wil en hoe hij denkt over zijn levensstijl zodat er een behandeling op maat kan aangeboden worden. De vragen werden zo geformuleerd dat de patiënt een duidelijk antwoord kan geven. Bij sommige vragen werd er wel nog een open vraag toegevoegd zodat de patiënt nog verdere verduidelijkingen/aanvullingen kan noteren. Het blijft ook belangrijk om de vragen achteraf nog mondeling met de patiënt te bespreken om het verder uit te diepen.

De vraag over motivatie is gebaseerd op het schema van Prochaska en DiClemente zoals ook in de richtlijn van Domus Medica beschreven staat. Er werd bewust gekozen om deze vraag in cirkelvorm te gieten. Zo krijgt de patiënt meer inzicht in het verloop van de fasen bij gedragsverandering. Ook de hervalfase werd bewust in het schema gelaten zodat patiënten zien dat ook deze fase er dikwijls bij hoort. Het woord 'levensstijl' is echter een zeer breed en vaag begrip. Omdat patiënten niet altijd weten wat hier juist mee bedoeld wordt, werd in het centrum van dit diagram met enkele kernwoorden beschreven wat 'levensstijl' inhoudt.

In de SIGN-richtlijn wordt beschreven dat men, bij het navragen van de motivatie, eigenlijk twee belangrijke vragen moet stellen: enerzijds hoe belangrijk de patiënt het vindt om te veranderen en anderzijds hoeveel vertrouwen hij erin heeft dat het hem zal lukken (zie inleiding). De belangrijkheid wordt bevraagd in de eerste vraag van het intakeformulier. Om het vertrouwen na te vragen werd gekozen voor een visueel analoge schaal, gaande van nul tot tien. Aansluitend wordt dan ook gevraagd welke mogelijke barrières er bestaan. De bedoeling is om dit uitgebreid met de patiënt mondeling te bespreken.

De derde vraag in het intakeformulier peilt naar de ideeën van de patiënt over de oorzaken van zijn overgewicht. Zoals eerder vermeld is het belangrijk dit te weten om de verdere uitleg en aanpak hierop af te stemmen. Andere ideeën, bezorgdheden en verwachtingen komen in de volgende vraag aan bod. Er werd gekozen om bij elk item een open vraag toe te voegen om dit aspect uitgebreid met de patiënt te kunnen bespreken.

De vraag over prioriteiten werd opgesplitst in drie delen: over de patiënt zelf, over zijn gezin en over zijn werk. Dit zijn namelijk drie belangrijke thema's die een mogelijke verandering in levensstijl kunnen dwarsbomen. Door deze vraag te stellen kan de patiënt zelf nadenken of het nu wel een goed moment is om zijn levensstijl te veranderen.

Na het invullen van dit gedeelte moet de patiënt aanduiden of hij de komende maand iets aan zijn levensstijl zou willen veranderen of niet. Hij moet daarbij ook aangeven of hij dit zelf gaat proberen of graag hulp wenst. Met dit ingevulde deel moet de patiënt dan opnieuw op consultatie komen om de antwoorden te bespreken. Indien hij verder hulp wil, wordt het tweede deel meegegeven. Hierin wordt het gewichtsprobleem verder uitgediept. De vragen over het gewichtsverloop in de tijd zijn gebaseerd op het draaiboek van Eetexpert en een Canadees model van de Wharton Medical Clinic[41]. De vragen over eerdere pogingen om te vermageren, over oorzaken en gevolgen van het overgewicht en over mogelijke eetstoornissen zijn gebaseerd op het draaiboek van Eetexpert en de richtlijnen over overgewicht. Tot slot moet de patiënt nog drie vragenlijsten invullen over zijn psychosociale toestand, zijn voedingspatroon en zijn fysieke activiteit. De BV-SM-vragenlijst komt uit het draaiboek van Eetexpert. De vragenlijst over beweging is een vertaling van de GPPAQ-vragenlijst (General Practice Physical Activity Questionnaire). Dit is gebeurd via backward-forward translation. Nadien is de vertaling vergeleken met de vertaling in de thesissen van dr. Johan Van Acoleyen en dr. Emilie Deroy[42,43]. Omdat de vertalingen bijna identiek waren, zijn er geen verdere aanpassingen gedaan. Wel werden er nog enkele vragen toegevoegd over eventuele vroegere sporten die de patiënt heeft beoefend en een vraag over lichamelijke beperkingen die de patiënt verhinderen om bepaalde sporten uit te voeren. Dit zijn namelijk belangrijke aspecten die mee in rekening moeten gebracht worden bij het behandelplan.

Gebruik in de praktijk

Het intakeformulier werd eerst op kleine schaal in twee huisartsenpraktijken gebruikt (in totaal bij zeven patiënten). Aan patiënten die op raadpleging kwamen met klachten (rechtstreeks of onrechtstreeks) gerelateerd aan hun overgewicht, werd de toepassing van dit formulier uitgelegd. Bij akkoord tot deelname werd eerst het eerste deel en eventueel nadien ook het tweede deel meegegeven. Aan alle patiënten werd gevraagd om opmerkingen/bedenkingen bij de vragen te noteren. Tijdens de consultaties werd gevraagd om deze opmerkingen toe te lichten en werd ook expliciet gevraagd of ze alle vragen begrepen. Rekening houdend met deze opmerkingen, en in overleg met een aantal collega-artsen, werden enkele vragen aangepast. Het definitieve intakeformulier werd nadien op grotere schaal gebruikt.

Aanpassingen intakeformulier

De grootste moeilijkheden zaten in de vragen over de motivatie en de laatste vraag van het eerste deel. Eén patiënt vond meerdere vragen te moeilijk om zelf in te vullen. Na wat mondelinge toelichting door de huisarts begreep hij wel alle vragen.

De vraag over motivatie (vraag 1.2) werd verduidelijkt door te benadrukken dat de patiënt slechts één vakje mag aanduiden, namelijk de beschrijving van het stadium waarin hij zich nu herkent.

Na de vraag over drempels en hindernissen werd er nog een vraag toegevoegd over kansen en mogelijkheden om de levensstijl te veranderen.

Na het eerste deel wordt aan de patiënten gevraagd om tot een besluit te komen over twee aspecten van zijn levensstijlverandering, namelijk de tijdsspanne waarin hij wil veranderen en de

eventuele hulp die hij hiervoor nodig heeft. Omdat deze vraag voor meerdere patiënten onduidelijk was opgesteld, werd deze vraag ook grondig herzien.

Het tweede deel bevat een aantal gevalideerde vragenlijsten. Deze werden uiteraard behouden. Verder waren er geen grote aanpassingen nodig.

Ten slotte werd ook overal het woordgebruik zoveel mogelijk vereenvoudigd.

Gebruik definitieve formulier

Gedurende vier maanden werd in vijf verschillende huisartsenpraktijken het definitieve intakeformulier gebruikt. In één van deze praktijken wilde men initieel wel meewerken aan dit project. Toen het intakeformulier werd voorgesteld, vonden de artsen dit veel te uitgebreid. Zelf zagen ze het niet haalbaar om het te gebruiken. Ze wilden wel patiënten aanbieden. Er werd daarom gevraagd het formulier wel mee te geven aan de patiënten, maar het niet te bespreken. De patiënten aan wie het werd meegegeven, werden door mezelf gezien voor de bespreking. Voor de eigenlijke aanpak verwees ik de patiënten dan terug naar hun eigen huisarts.

Inclusiecriteria voor de patiënten waren een leeftijd tussen 18 en 74 jaar en een BMI > 30 of een BMI > 25 met comorbiditeiten.

Er waren drie mogelijke situaties waarin de arts kon vragen of de patiënt interesse had voor het intakeformulier:

- de patiënt komt op raadpleging met een expliciete vraag rond vermageren, levensstijlverandering …
- de patiënt komt op raadpleging met klachten rechtstreeks of onrechtstreeks gerelateerd aan het overgewicht
- de patiënt komt op raadpleging voor een andere klacht of voor een opvolging en de arts ziet een aanleiding om het probleem te bespreken (bv. in kader van opvolging diabetes, cardiovasculair risico, GMD+ …)

Aan patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria kon de arts vragen of ze het thema ‘overgewicht/levensstijl’ wensten te bespreken. Als de patiënt er nog over wilde nadenken, kon het eerste blad van het formulier worden meegegeven. Hierop kon de patiënt dan aanduiden of hij het thema al dan niet wilde bespreken.

Aan de huisartsen werd gevraagd om bij de patiënten die het thema (nog) niet wilden bespreken een aantal parameters te noteren, namelijk de leeftijd, het geslacht, de BMI, eventuele comorbiditeiten, de aanleiding tot de vraag om het te mogen bespreken en de reden waarom de patiënt nu geen bespreking wenst.

Aan patiënten die het thema wel wilden bespreken werd het eerste deel van de vragenlijst meegegeven met de instructie om de vragen thuis in te vullen en deze uiterlijk na twee weken

terug binnen te brengen. Indien de patiënt na twee weken nog niet was teruggekomen, werd hij opgebeld. Tijdens de tweede consultatie werden de antwoorden uitvoerig besproken.

Aan de patiënten die na het invullen van dit eerste deel tot de conclusie kwamen dat ze hun probleem niet verder met hun huisarts wensten uit te diepen, werd een evaluatieformulier meegegeven. (samen met dit formulier kon eventueel een blanco intakeformulier meegegeven worden als geheugensteun voor de patiënt) Via deze korte vragenlijst werd gepeild naar de mening van de patiënt over het intakeformulier. Ook hier werd gevraagd om dit uiterlijk na twee weken binnen te brengen (zo nodig werd de patiënt hiervoor opgebeld). Ook van deze patiënten werden dezelfde parameters genoteerd als hierboven beschreven.

Aan de patiënten die tot de conclusie kwamen dat ze hun probleem wel verder met hun huisarts wensten uit te diepen, werd het tweede deel van het intakeformulier meegegeven. Ook hier werd aan de patiënten gevraagd uiterlijk na twee weken opnieuw op consultatie te komen voor de verdere bespreking. Na deze consultatie werd ook aan deze patiënten een evaluatieformulier meegegeven.

Ook aan de huisartsen werd gevraagd een evaluatieformulier in te vullen.

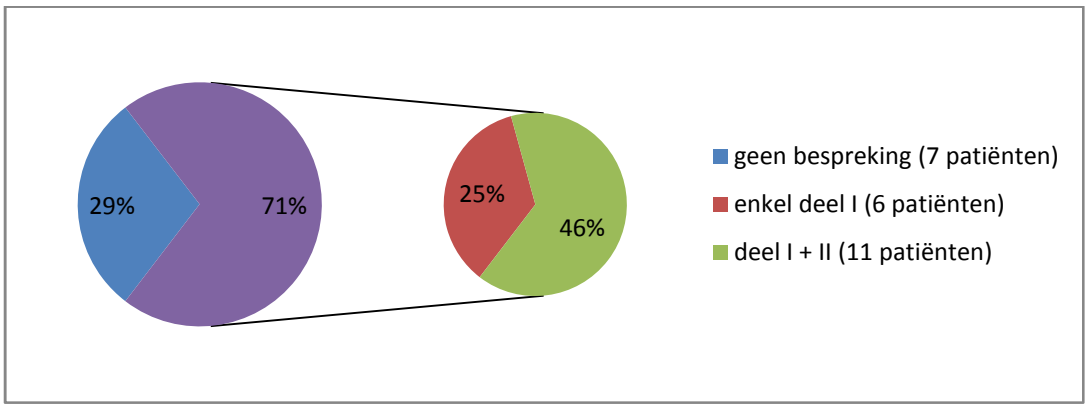
Resultaten

Twee praktijken hebben het formulier bij geen enkele patiënt gebruikt. In een andere praktijk werd de vragenlijst wel aan enkele patiënten meegegeven, maar deze artsen hebben het zelf niet besproken. In totaal werd het intakeformulier door twee verschillende artsen gebruikt in drie verschillende praktijken.

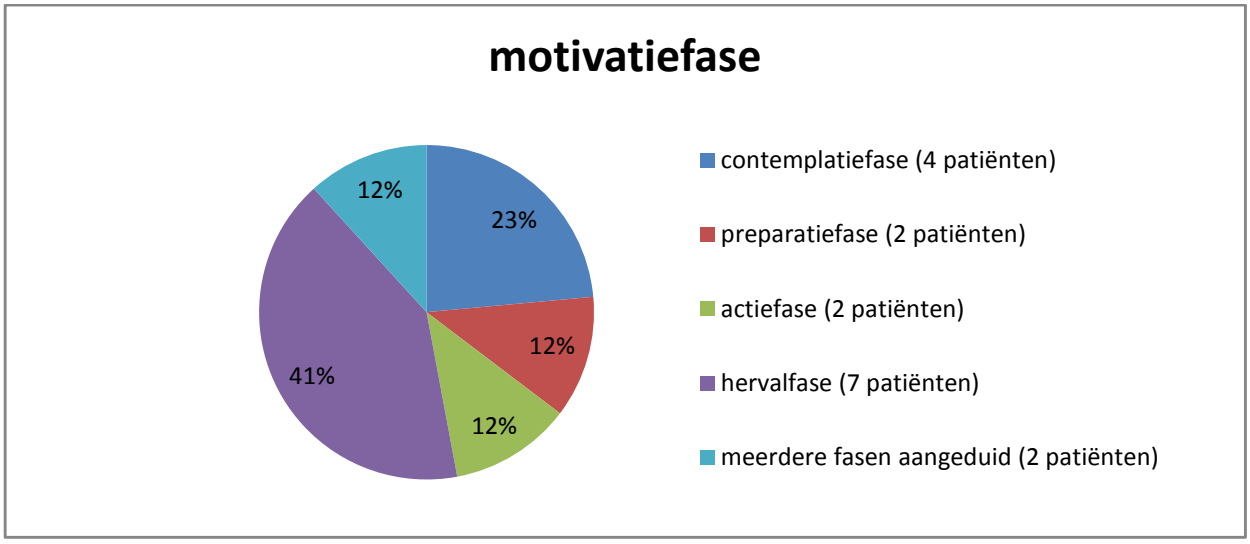
Het onderwerp overgewicht/levensstijl werd in totaal bij 24 patiënten aangekaart, eigenlijk steeds op initiatief van de arts. Twee patiënten haalden het onderwerp zelf aan. Niet met een expliciete hulpvraag maar eerder voor wat informatie. Van de 24 patiënten wilden zeven het niet verder met hun huisarts bespreken, 17 wel. De zeven patiënten die het niet wilden bespreken (vier vrouwen en drie mannen) hadden een gemiddelde leeftijd van 49 jaar (23 tot 79 jaar) en een gemiddelde BMI van 37 (gaande van 35.5 tot 42). Ze hadden allen één of meerdere comorbiditeiten zoals hypertensie, artrose, COPD, reflux, slaapapneu, hypercholesterolemie … De aanleiding voor de arts tot het bespreken van dit thema was meestal omwille van deze comorbiditeit. De redenen waarom de patiënten het niet wensten te bespreken waren divers: twee patiënten waren niet bereid hun levensstijl aan te passen, een andere patiënt zat op dat moment in een moeilijke periode, nog een andere patiënt had reeds een afspraak gemaakt in een obesitascentrum voor eventuele bariatrische heelkunde en drie patiënten wilden het liever op hun eigen manier doen, zonder hulp van de huisarts.

17 patiënten wilden hun levensstijl wel met hun huisarts bespreken. In deze groep zaten zeven mannen en tien vrouwen. Ze hadden een gemiddelde leeftijd van 57 jaar (35 tot 73 jaar). Op één patiënt na hadden ze allen een BMI ≥ 30. Ook deze patiënten hadden meestal één of meerdere comorbiditeiten zoals diabetes type II, COPD, hypertensie, slaapapneu, artrose, hyperlipidemie … Zes patiënten vulden enkel deel I van het intakeformulier in; elf patiënten vulden ook het tweede deel in (figuur 3).

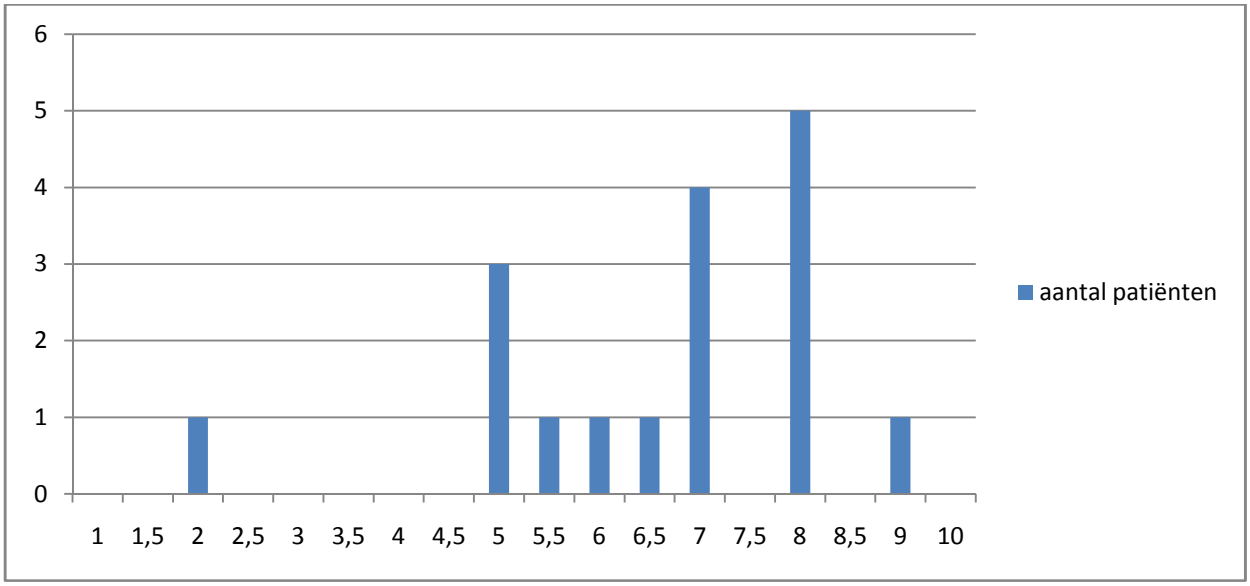
De meeste patiënten duidden aan dat ze op dat moment in de hervalfase zaten, doch ook de contemplatie-, de preparatie- en de actiefase werden aangeduid (figuur 4). Twee patiënten hadden meerdere fasen aangeduid. De meeste patiënten hebben er wel vertrouwen in dat ze hun levensstijl kunnen veranderen (figuur 5).



Figuur 3: Aantal patiënten dat het formulier wel/niet invulde



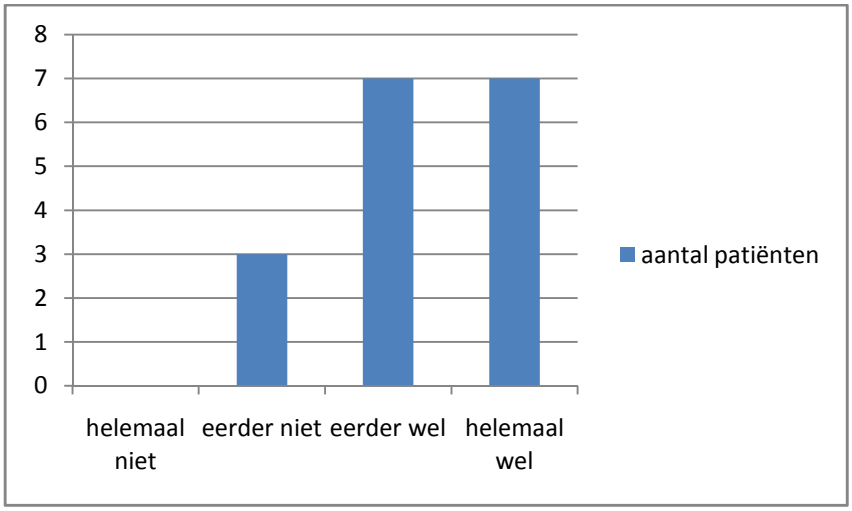
Figuur 4: Verschillende fasen van de motivatie die door de patiënten werden aangeduid



Figuur 5: Hoeveel vertrouwen hebben patiënten dat ze hun levensstijl kunnen veranderen (op een schaal van 0 tot 10)?

Alle patiënten op één na gaven aan dat ze zich zorgen maakten over hun gewicht. De meesten gaven aan professionele begeleiding nodig te hebben om hun levensstijl te kunnen veranderen (figuur 6).

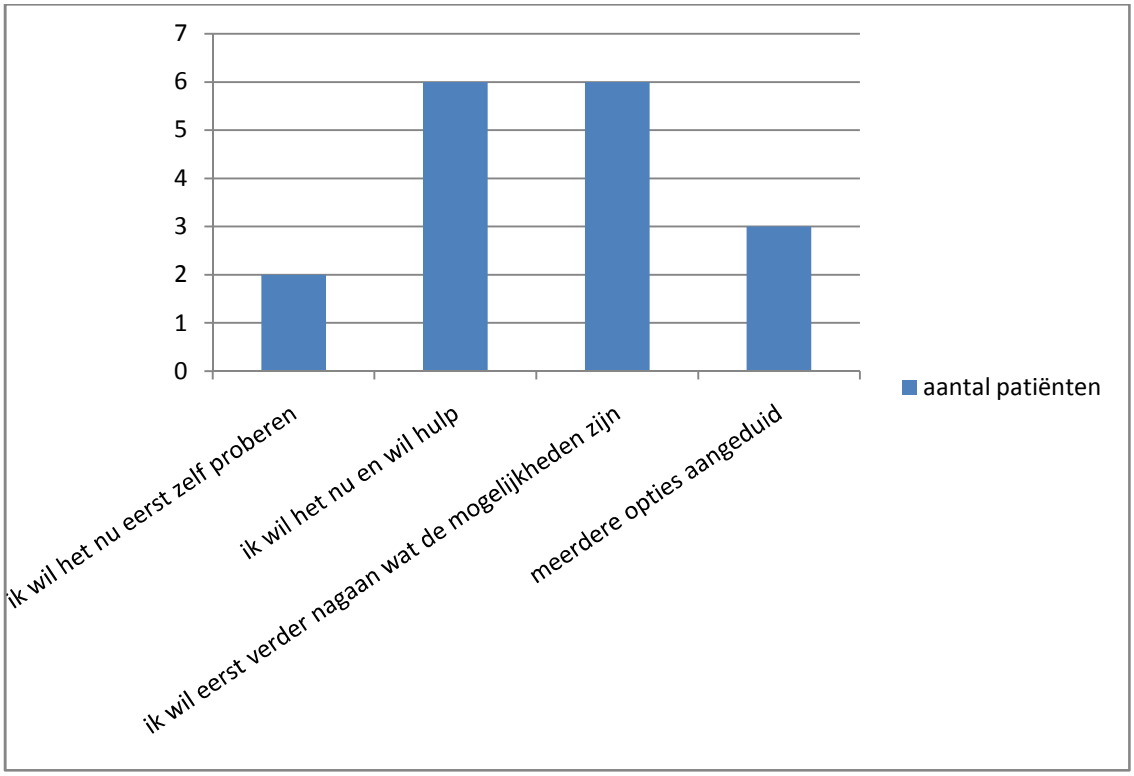
De meeste patiënten konden na het invullen van het eerste deel een optie aanduiden over het verdere verloop van hun levensstijlverandering. Drie patiënten hadden meerdere opties aangeduid (figuur 7).



Figuur 6: In welke mate hebben patiënten professionele begeleiding nodig?

In het tweede deel werd o.a. gevraagd of de patiënt al eerdere pogingen had ondernomen om te vermageren. Vijf patiënten hadden dit al gedaan, vier nog niet, twee patiënten hadden deze vraag (nog) niet ingevuld. Degenen die al eerdere pogingen hadden ondernomen, deden dit met een dieet; drie van hen hebben ook geprobeerd te vermageren met meer beweging/sport en drie patiënten hadden hiervoor ook medicatie genomen.

Vier patiënten scoorden een 2 of meer op minstens één van de screeningsvragenlijsten voor eetstoornissen (tien patiënten hadden deze vraag ingevuld). Deze patiënten werden niet doorverwezen voor verdere exploratie. Eén patiënt was naar een andere huisarts overgestapt, bij



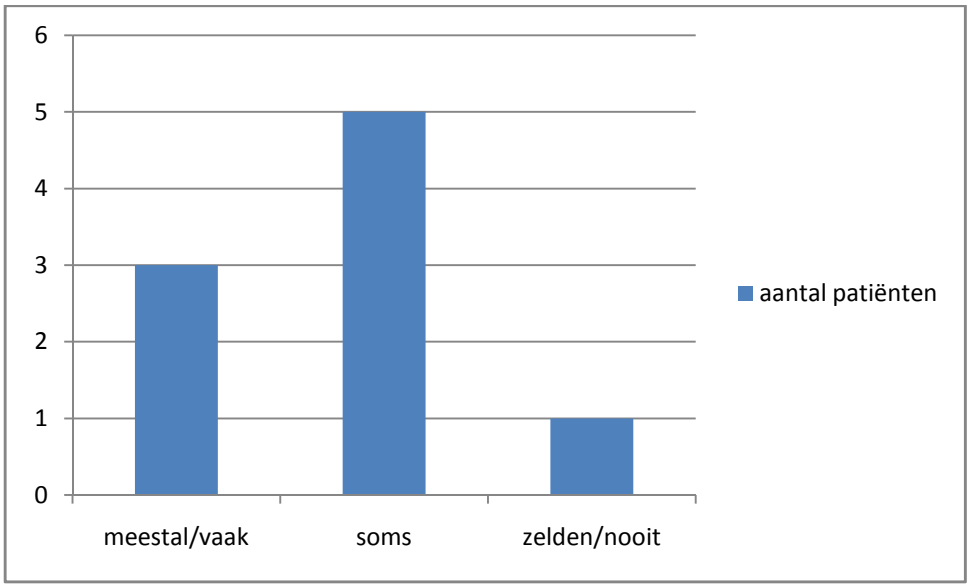
Figuur 7: Conclusie na deel I

twee patiënten was er na verdere anamnese geen eetstoornis aanwezig en met de laatste patiënt was afgesproken om hiervoor voorlopig geen verder onderzoek te laten doen, maar op termijn zou dit eventueel wel kunnen. Het psychosociale luik werd niet steeds ingevuld door de arts. Bij sommige patiënten waren er duidelijk geen psychosociale problemen. Bij drie patiënten was er wel aangeduid welke impact het overgewicht had op de levenskwaliteit. Bij één van deze patiënten vond de arts dat er verdere exploratie nodig was.

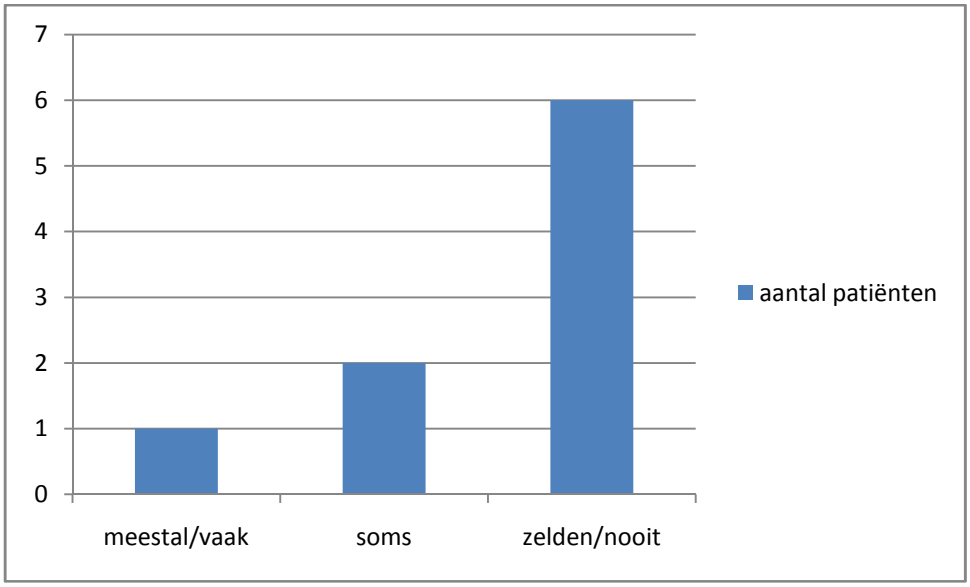
Uit de voedingsvragenlijst, die door negen patiënten werd ingevuld, bleek dat er meestal op meerdere items voedingsfouten gemaakt werden. Sommigen aten te weinig groenten en/of fruit, veel snoep of veel vette vleeswaren (figuur 8). Acht patiënten eten zelden meer dan één keer per week gefrituurde producten. Zes patiënten eten meestal minstens twee porties volkoren graanproducten per dag (figuur 9). De meeste patiënten waren wel bereid hun voedingspatroon aan te passen (figuur 10).

De mate van fysieke activiteit verschilt tussen de patiënten. Drie patiënten waren inactief, 2 waren matig inactief, 2 matig actief en 2 patiënten behoorden tot de categorie 'actief'.

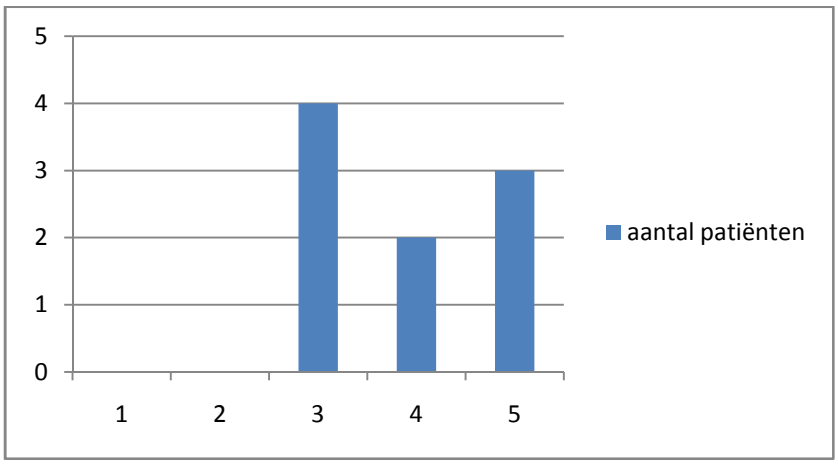
Drie patiënten werden doorverwezen naar andere hulpverleners om een deel van de vragenlijst te overlopen. Twee patiënten werden naar een diëtist verwezen voor uitgebreidere evaluatie van het voedingspatroon en één patiënt werd naar een coach van het LMN West-Limburg verwezen voor een analyse van de fysieke activiteit. Bij alle andere patiënten gebeurde de bespreking volledig door de huisarts.



Figuur 8: Hoe vaak eten patiënten 'vette' vleeswaren in plaats van 'magere' vleeswaren?



Figuur 9: Hoe vaak eten patiënten minder dan twee porties volkoren graanproducten per dag?



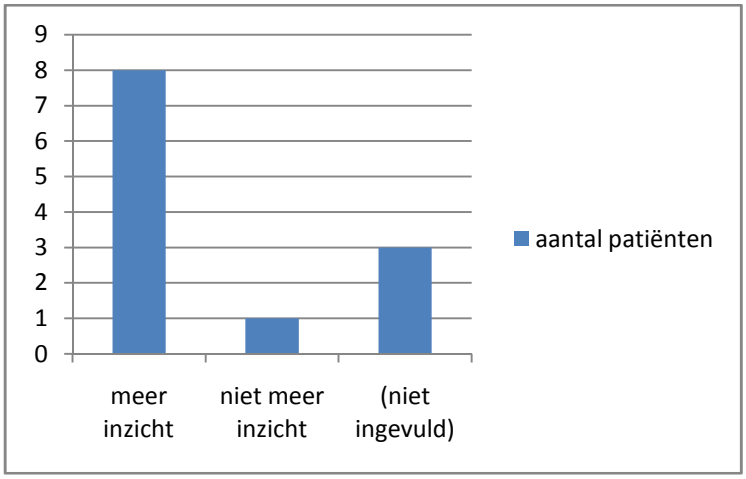
Figuur 10: Hoe bereid zijn patiënten om hun voedingspatroon aan te passen? (schaal van 1 tot 5)

Wat vinden de patiënten van het intakeformulier?

Twaalf patiënten hebben het evaluatieformulier ook ingevuld. De meesten vinden het aantal vragen voldoende en vinden ook alle vragen relevant. Eén patiënt vindt het aantal vragen te groot en één patiënt vindt dat er te weinig vragen gesteld werden. Niemand heeft echter vermeld welke vragen overbodig waren of welke vragen ontbraken. Ook de moeilijkheidsgraad van de vragen is voor veel patiënten geen probleem. Twee patiënten vinden enkele vragen te moeilijk, namelijk de vraag over de oorzaken van het overgewicht en de vraag of overgewicht een levenslang probleem is. Tijdens het gesprek met de huisarts konden deze vragen wel beantwoord worden.

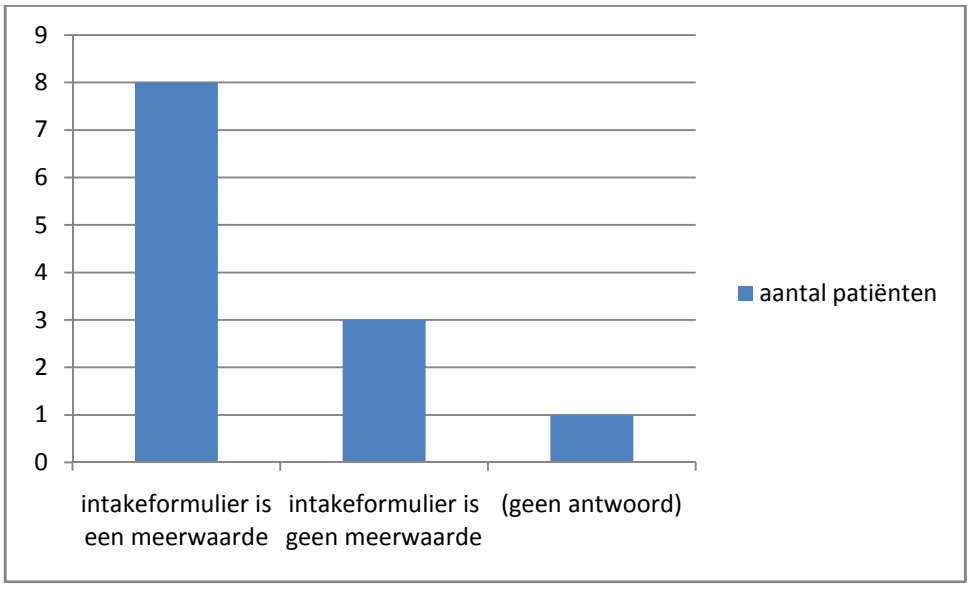
Negen patiënten vinden het goed dat ze de vragen zelf konden invullen. Drie patiënten hebben liever dat de vragen door de arts tijdens de consultatie wordt ingevuld. Acht patiënten vinden dat ze door het invullen van de vragenlijst meer inzicht kregen in hun eigen levensstijl (figuur 11). Eén

patiënt gaf aan geen extra inzicht te krijgen door het intakeformulier en drie patiënten hadden deze vraag niet ingevuld. Negen patiënten vonden dat de bespreking met hun huisarts vlot verliep, bij twee patiënten verliep dit niet goed en één patiënt had de vragenlijst nog niet besproken.



Figuur 11: Krijgen patiënten meer inzicht door het invullen van het intakeformulier?

Acht patiënten vinden het intakeformulier een meerwaarde bij de bespreking van hun gewicht/levensstijl. Drie patiënten zien er geen meerwaarde in en één patiënt had deze vraag niet beantwoord (figuur 12).



Figuur 12: Vinden patiënten het intakeformulier een meerwaarde?

Discussie

Ondanks de hoge prevalentie van overgewicht en obesitas in de huisartsenpraktijk werd het intakeformulier bij slechts weinig patiënten gebruikt. Geen enkele patiënt kwam zelf met een hulpvraag. Twee patiënten haalden het onderwerp wel aan om wat informatie te krijgen. Uit een studie van Yoong et al. bleek ook dat slechts weinig mensen die proberen te vermageren eerst hun huisarts raadplegen, terwijl de helft van de mensen dit eigenlijk wel zou willen[30]. Een mogelijke oorzaak van deze discrepantie is het feit dat veel patiënten vinden dat ze dit onderwerp moeilijk met hun huisarts kunnen bespreken. Ze denken misschien dat hun huisarts hiervoor geen tijd wil of kan maken of hen gewoonweg niet kan helpen. Volgens één van de artsen die meewerkte aan deze studie denken veel patiënten dat wij, als huisarts, hen niet veel kunnen bieden. Bij het voorstellen van het intakeformulier reageerden de meeste patiënten wel enthousiast. Als huisarts moeten we de patiënten dus duidelijk maken dat we hen wel iets kunnen bieden.

In één van de praktijken had men verschillende patiënten moeten opbellen om het formulier ingevuld terug te bezorgen. Het is mogelijk dat de arts in deze praktijk te snel denkt dat de patiënt gemotiveerd is om zijn gewicht/levensstijl te bespreken, terwijl een aantal patiënten hiervoor misschien nog helemaal niet klaar zijn. Toch hadden alle patiënten aangeduid dat ze het wel wensten te bespreken. Een aantal van deze patiënten verklaarden dat ze de vragenlijst heel uitgebreid vonden. Misschien dat twee weken toch wat te weinig is voor sommigen. De patiënten aan wie ik het formulier had meegegeven brachten het echter wel allemaal binnen de twee weken terug binnen.

Het is dus belangrijk om een goede patiëntenselectie te maken alvorens het formulier mee te geven. Door de uitgebreidheid moeten patiënten er veel tijd in steken. Men moet dus eerst goed navragen of de patiënt bereid is om deze vragenlijst in te vullen. Anderzijds kan men ook besluiten dat patiënten die de vragenlijst niet (volledig) hebben ingevuld misschien onvoldoende gemotiveerd zijn om hun levensstijl aan te passen. Een levensstijlverandering vraagt immers ook heel wat inzet van de patiënt. Indien hij al moeite heeft met het invullen van het formulier, kan men zich afvragen of hij een levensstijlverandering wel zal kunnen volhouden.

De meeste patiënten in deze studie duidden aan dat ze in de hervalfase zaten. Deze patiënten hadden inderdaad al één of meerdere pogingen ondernomen. Tijdens het gesprek merkte ik dat een aantal van deze mensen eigenlijk in de contemplatie- of preparatiefase zaten. De meesten begrijpen het concept van dit schema waarschijnlijk wel en vermoedelijk herkennen ze de verschillende fasen die ze zelf doorlopen hebben. Toch is het voor sommigen blijkbaar moeilijk om aan te duiden in welke fase ze zich op dat moment bevinden. Voor de hulpverleners is het echter wel belangrijk om de motivatie na te gaan. Het is dus goed dat dit in het intakeformulier uitgebreid aan bod komt en dat men op het einde van het eerste deel samen met de patiënt kan overlopen wat hij nu eigenlijk wil.

De meeste patiënten hebben er wel vertrouwen in dat ze hun levensstijl kunnen veranderen, maar ze hebben daarbij wel nood aan professionele hulp. Doordat velen al eerdere pogingen hebben

ondernomen, weten ze hoe moeilijk het is. Maar indien ze voldoende hulp en steun krijgen, denken ze wel dat het hen zal lukken. Dit betekent dat hulpverleners daarvoor aandacht moeten hebben en voldoende tijd moeten investeren in de begeleiding van deze mensen. Ook uit eerdere studies blijkt dat slechts weinig patiënten advies krijgen van hun huisarts over hun gewichtsprobleem, terwijl velen dit juist wel willen[22,31,44].

In deze studie had iets meer dan de helft van de patiënten al eerdere pogingen ondernomen. Uit een studie van Yoong et al. blijkt dat veel meer mensen met overgewicht al eerdere pogingen hebben ondernomen[30]. 55% van de mensen met overgewicht en 73% van de mensen met obesitas zou het afgelopen jaar geprobeerd hebben om te vermageren. Vermits het totaal aantal patiënten in onze studie heel klein is, kan dit toeval zijn en kan hier dus geen conclusie uit getrokken worden.

In deze studie kon bij vier van de tien patiënten een eetstoornis niet worden uitgesloten op basis van de screeningsvragenlijsten en na verdere anamnese bleek nog maar één van deze patiënten een eventuele eetstoornis te hebben. Dit is heel weinig in vergelijking met de cijfers uit de richtlijnen van Domus Medica en het NHG. De prevalentie van een eetbuistoornis zou naar schatting 2% zijn in de totale populatie[2]. En 35% van de obese mensen die voor zijn gewicht door een arts gezien wordt, zou een eetbuistoornis hebben. Ook hier moet vermeld worden dat de studiepopulatie te klein is om conclusies te kunnen trekken.

Het bespreken van de psychosociale oorzaken en gevolgen van het overgewicht is blijkbaar heel moeilijk. In de literatuur werd hier weinig over gevonden zodat er in het intakeformulier ook geen uitgebreide vragenlijst is opgenomen. De huisarts zou dit onderwerp vooral mondeling met de patiënt moeten uitdiepen. Bij een aantal patiënten was er aangeduid welke impact het overgewicht had op de levenskwaliteit, maar bij velen was deze vraag blanco gebleven. Nochtans is dit, net zoals de analyse van de voeding en de beweging, een belangrijke parameter.

Zoals verwacht maken de meeste patiënten meerdere 'voedingsfouten'. Vermits de meesten aanduidden dat ze hun voedingspatroon wel willen aanpassen, beseffen ze wel dat ze 'fouten' maken. Patiënten weten ook dat, als ze willen vermageren, ze hun voeding moeten aanpassen. Dit blijkt ook uit het feit dat iedereen in deze studie die al eerdere pogingen had ondernomen, één of ander dieet had geprobeerd. Ook voor de artsen is dit, anders dan het psychosociale luik, een gemakkelijker te bespreken onderwerp.

Bijna alle patiënten die het evaluatieformulier invulden, zijn heel positief over het intakeformulier. Ofwel vinden ze het inderdaad heel goed, ofwel hebben ze het evaluatieformulier niet helemaal 'eerlijk' ingevuld. De secretaresse van één praktijk vertelde dat sommige patiënten het wel uitgebreid vonden. En ze vonden het dan eigenlijk te veel om ook nog het evaluatieformulier in te vullen. Misschien dat de evaluatie door deze mensen daarom niet echt betrouwbaar is. Ook heeft niemand de open vragen van het evaluatieformulier ingevuld. De patiënten die ik zelf heb gezien, vermeldden allemaal dat ze het formulier zeker wel nuttig vonden. Een aantal patiënten zeiden expliciet dat ze het heel goed vonden dat ze de vragen mee naar huis kregen om ze zelf in te

vullen. Patiënten hebben blijkbaar voldoende tijd nodig om over deze vragen na te denken. Thuis kunnen ze de vragenlijst in hun eigen tempo invullen. Patiënten vinden het ook goed dat ze kunnen en moeten nadenken. Zo krijgen ze zelf meer inzicht in hun situatie: wat wil ik? hoe gemotiveerd ben ik eigenlijk? Verschillende patiënten vertelden dat ze de vragenlijst op deze manier ook 'eerlijker' invulden. Indien de arts de vragen stelt tijdens een consultatie, hebben ze sneller de neiging om een antwoord te geven waarvan ze denken dat de arts dit wil horen. Door er thuis rustig over na te denken, hebben ze de vragen beter kunnen invullen, wat natuurlijk heel belangrijk is voor een goede aanpak.

Wat vinden de artsen van het intakeformulier?

Zelf vind ik de twee delen van het intakeformulier wel goed. Zowel ik als de andere arts die het formulier gebruikt heeft, merkten dat de vragen meestal goed werden begrepen door de patiënten. Het is wel een heel uitgebreide vragenlijst en ondanks het feit dat de patiënt de vragen thuis invult, neemt het toch veel tijd in beslag om de antwoorden te bespreken. De consultaties duren dikwijls heel lang. Anderzijds vind ik alle vragen wel relevant. Ik krijg meer inzicht in de situatie van de patiënt. De andere arts vindt dat een aantal vragen wel weergeven hoe de patiënt denkt, maar volgens hem is dit niet steeds de werkelijkheid. Bijvoorbeeld de vraag rond prioriteiten vindt hij niet echt relevant. We vinden het wel goed dat de patiënt de vragen zelf kan invullen.

Ik merkte dat de open vragen door de meeste patiënten niet goed werden ingevuld. Ik probeerde dan tijdens de consultatie hier dieper op in te gaan. Veel patiënten konden wel heel uitgebreid op deze vragen antwoorden. Men zou dus op voorhand aan de patiënten duidelijk moeten meedelen dat ze de open vragen thuis al zo goed mogelijk moeten invullen. Dan kan de arts de antwoorden eerst overlopen en de consultatie beter structureren.

De opsplitsing in twee delen vinden de artsen zeker goed en zelfs noodzakelijk. Enerzijds omwille van de uitgebreidheid, maar ook omwille van de inhoud. Op het einde van deel I moet de patiënt kiezen of hij op dat moment iets wil doen en of hij daarvoor hulp wenst. Indien dit niet zo is, heeft het op dat moment geen zin om de rest van de vragenlijst te bespreken. Dit spaart dus heel wat tijd voor arts en patiënt en voorkomt eventuele frustraties.

Omdat de consultaties soms heel lang duren, kan het misschien nuttig zijn om de bespreking nog meer te spreiden over enkele consultaties. Ofwel moet men de patiënt doorverwijzen naar andere hulpverleners om delen van het formulier te bespreken. Mits een goede samenwerking tussen huisarts, diëtist, kinesist/bewegingsdeskundige en psycholoog kan een multidisciplinaire intake heel nuttig zijn.

In het eerste deel van het intakeformulier wordt veel aandacht besteed aan de motivatie van de patiënt. Ik vind het een heel belangrijk item dat zeker uitvoerig met de patiënt moet besproken worden. Theoretisch wordt heel duidelijk beschreven hoe je moet communiceren met een patiënt in een bepaald stadium. In de praktijk vind ik dit echter niet altijd even gemakkelijk. Bij veel patiënten ervaar ik ook een zekere ambivalentie. Ze willen heel graag hun levensstijl veranderen, maar als er dan concrete afspraken en doelstellingen worden gemaakt, blijkt het toch niet zo

eenvoudig te zijn. Het is dus belangrijk om op het einde van deel I goed met de patiënt na te gaan of hij er echt wel klaar voor is.

Zelf vind ik de bespreking van het psychosociale luik een moeilijk deel. Ik kan wel nagaan in hoeverre het overgewicht gevolgen heeft voor de levenskwaliteit, maar ik vind het moeilijk in te schatten of er psychosociale factoren aanwezig zijn die een aanpak kunnen belemmeren. De behandeling moet uiteindelijk op drie peilers gebaseerd worden: voeding, beweging en psychosociale factoren. De patiënten die ik gezien heb, leken me geen echte psychologische problemen te hebben en daarom vond ik het moeilijk om voor deze laatste peiler behandeldoelen te formuleren. Het zou daarom goed zijn als er een zorgtraject zou uitgewerkt worden waar patiënten ook psychologisch begeleid worden om op die manier deze peiler ook bij de behandeling te betrekken. De bespreking van het voedingspatroon en de fysieke activiteit verloopt wel vlotter. De meesten willen niet naar een diëtist gaan, dus probeer ik dit zelf aan te pakken. Het bespreken van veranderingen in het voedingspatroon lukt meestal goed. De vragenlijst over beweging vind ik gemakkelijk te gebruiken en ook hier kan ik zonder veel problemen met de patiënten bespreken hoe ze meer zouden kunnen bewegen.

Besluit

Het intakeformulier is zeker een meerwaarde in de bespreking van een levensstijlverandering bij patiënten met overgewicht of obesitas. De patiënt krijgt meer inzicht in zijn situatie en ook de arts krijgt er een beter beeld van. Maar het mag niet louter een instrument zijn voor eenmalig gebruik dat daarna verdwijnt in het dossier van de patiënt. Men zou het moeten kunnen implementeren in een soort zorgtraject, waarbij de patiënt langdurig en voldoende frequent wordt opgevolgd en waarbij deze vragenlijst een hulpmiddel is dat regelmatig opnieuw kan bekeken worden. Er zou best een elektronische versie ontwikkeld worden, die eventueel ook kan geïntegreerd worden in het elektronisch medisch dossier van de patiënt. Het zou ook zichtbaar en bruikbaar moeten zijn voor andere hulpverleners zodat de samenwerking vlotter verloopt. Indien er in de toekomst een zorgtraject komt voor mensen met overgewicht, zou dit formulier bruikbaar moeten zijn voor alle betrokken hulpverleners. Een andere optie dan een elektronische versie is een heen-en-weerboekje, zoals de diabetespas. Zo kan de patiënt dit steeds meenemen naar elke hulpverlener. Een bijkomend voordeel is dan dat de patiënt zijn boekje zelf ook steeds kan inkijken.

Met dit formulier kan men de situatie bij elke patiënt uitgebreid in kaart brengen. De eigenlijke behandeling blijft echter moeilijk. Als een arts het initiatief neemt om het overgewicht te bespreken, moet hij ook een behandeling kunnen aanbieden aan de patiënt. Hiervoor zou een zorgtraject wel nuttig kunnen zijn.

Door dit onderzoek heb ik geleerd dat de aanpak van overgewicht en obesitas, zowel voor de patiënten als voor huisartsen niet gemakkelijk is. Het is belangrijk om eerst een heel grondige 'intake' te doen voordat men de behandeling gaat bespreken. In de toekomst ga ik dit intakeformulier zeker blijven gebruiken en ik hoop dat het geïntegreerd kan worden in een zorgtraject.

Referenties

1 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Obesity: a national clinical guideline. SIGN Edinburgh 2010.

2 Van Royen P, Bastiaens H, D'Hondt A, Provoost C, Van Der Borght W. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu 2006; 35 (3): 118-140.

3 Van Binsbergen JJ, Langens FN, Dapper AL, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA et al. NHG-standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010; 53 (11): 609-625.

4 Duodecim Medical Publications. EBM richtlijn: Beoordeling van een zwaarlijvige patiënt. EBMPracticeNet 2010. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00499.

5 Canadian Medical Association Journal. Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. CMAJ 2007; 176 (8): 1-117.

6 Kushner RF, Sarwer DB. Medical and Behavioral Evaluation of Patients with Obesity. Psychiatr Clin N Am 2011; 34: 797-812.

7 Faculty Group Practice: University of Michigan Health System. Obesity Prevention and Management. UMHS Michigan 2013.

8 Kushner RF. Tackling Obesity: Is Primary Care Up to the Challenge? Arch Intern Med 2010; 170 (2): 121-123.

9 Plourde G, Prud'homme D. Managing obesity in adults in primary care. CMAJ 2012; 184 (9): 1039-1044.

10 Eetexpert. Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Draaiboek voor huisartsen. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2013.

11 Yanovski SZ. A Practical Approach to Treatment of the Obese Patient. Arch Fam Med 1993; 2: 309-316.

12 Mauro M, Taylor V, Wharton S, Sharma AM. Barriers to obesity treatment. European Journal of Internal Medicine 2008; 19: 173-180.

13 Freedhoff Y, Sharma AM. Best Weight: a practical guide to office-based obesity management. Canada: Canadian Obesity Network; 2010.

14 Fitch A, Everling L, Fox C, Goldberg J, Heim C, Johnson K et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and Management of Obesity for Adults. ICSI Bloomington 2013.

15 Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. HAS Saint-Denis-La Plaine 2011.

16 Hill AJ. Psychological aspects of obesity. Psychiatry 2005; 4 (4): 26-30.

17 The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal 2012; 1-77.

18 Bosomworth NJ. The downside of weight loss. Realistic intervention in body-weight trajectory. Can Fam Physician 2012; 58: 517-523.

19 Harvey EL, Glenny AM, Kirk SF, Summerbell CD. An updated systematic review of interventions to improve health professionals' management of obesity. obesity reviews 2002; 3: 45-55.

20 Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. International Journal of Obesity 2005; 29: 1100-1106.

21 Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity Management: Australian General Practitioners' Attitudes and Practices. Obesity Research 2000; 8 (6): 459-466.

22 Brotons C, Drenthen AJ, Durrer D, Moral I. Beliefs and attitudes to lifestyle, nutrition and physical activity: the views of patients in Europe. Family Practice 2012; 29: 49-55.

23 Duodecim Medical Publications. EBM richtlijn: De behandeling van obesitas. EBMPracticeNet 2010. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00500.

24 National Institute for Health and Care Excellence. Managing overweight and obesity in adults – lifestyle weight management services: NICE public health guidance 53. NICE 2014.

25 National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children: NICE clinical guideline 43. NICE London 2006.

26 Wadden TA, Volger S, Tsai AG, Sarwer DB, Berkowitz RI, Diewald L et al. Managing Obesity in Primary Care Practice: An Overview and Perspective from the POWER-UP Study. Int J Obes 2013; 37: 1-21.

27 Hensrud DD. Overweight and Obesity: A Clinician's Perspective. NC Med J 2006; 67 (4): 273-277.

28 Physical Activity Policy, Health Improvement Directorate. General Practice Physical Activity Questionnaire. NHS London 2009.

29 Haire-Joshu D, Klein S. Is Primary Care Practice Equipped to Deal With Obesity? Arch Intern Med 2011; 171 (4): 313-315.

30 Yoong SL, Carey ML, Sanson-Fisher RW, D'Este C. A cross-sectional study assessing the self-reported weight loss strategies used by adult Australian general practice patients. BMC Family Practice 2012; 13 (48): 1-7.

31 Gudzune KA, Clark JM, Appel LJ, Bennett WL. Primary care providers' communication with patients during weight counseling: a focus group study. Patient Educ Couns 2012; 89 (1): 152-157.

32 Kushner RF. Barriers to Providing Nutrition Counseling by Physicians: A Survey of Primary Care Practitioners. Preventive Medicine 1995; 24: 546-552.

33 Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. BMC Family Practice 2006; 7 (35): 1-11.

34 Noël PH, Pugh JA. Management of overweight and obese adults. BMJ 2002; 325: 757-761.

35 National Institute for Health and Care Excellence. Four commonly used methods to increase physical activity: NICE public health guidance 2. NICE 2013.

36 Cavill N, Hillsdon M, Anstiss T. Brief interventions for weight management. Oxford: National Obesity Observatory; 2011.

37 Mastellos N, Gunn LH, Felix LM, Car J, Majeed A. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; 2: 1-87.

38 Michigan Quality Improvement Consortium Guideline. Management of Overweight and Obesity in the Adult. MQIC 2013.

39 Heron N, Tully MA, McKinley MC, Cupples ME. Physical activity assessment in practice: a mixed methods study of GPPAQ use in primary care. BMC Family Practice 2014; 15 (11): 1-9.

40 Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E et al. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. Obesity Facts 2008; 1: 106-116.

41 Wharton Medical Clinic. Weight and diabetes management. Beschikbaar via: www.whartonmedicalclinic.com.

42 Van Acoleyen J. Multidisciplinaire aanpak van obesitas in een interdisciplinaire eerstelijnspraktijk. Leuven 2011.

43 Deroy E. Ontwikkeling en eerste evaluatie van een vragenlijst rond levensstijl voor het preventieconsult. Leuven 2012.

44 Ely AC, Befort C, Banitt A, Gibson C, Sullivan D. A Qualitative Assessment of Weight Control Among Rural Kansas Women. J Nutr Educ Behav 2009; 41 (3): 207-211.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol

Obesitas is een groeiend probleem in onze Westerse samenleving. Volgens verschillende richtlijnen over de aanpak bij obesitas is een multidisciplinaire benadering aangewezen. Domus medica onderstreept de centrale rol van de huisarts, maar beveelt aan om samen te werken met andere eerstelijnshulpverleners. Ook EBMPracticeNet beschrijft een basisbehandeling voor obesitaspatiënten met bepaalde comorbiditeit, waarbij er best een team wordt samengesteld, bestaande uit verschillende zorgverleners en waarbij een (huis)arts een centrale rol speelt. Uit een LOK-vergadering in West-Limburg. waar ik nu werk, kwam naar voor dat er nood was aan meer samenwerking tussen de verschillende disciplines. Momenteel loopt deze samenwerking niet optimaal.

LMN West-Limburg wil, samen met enkele huisartsen en andere eerstelijnswerkers (diëtisten, psychologen en kinesisten), een multidisciplinair zorgtraject opstarten voor mensen met overgewicht of obesitas. Eetexpert heeft recent een draaiboek uitgegeven waarin beschreven wordt hoe verschillende hulpverleners hun rol kunnen vervullen om patiënten met obesitas te begeleiden naar een gezonder gewicht. Echter, het draaiboek voor huisartsen is heel uitgebreid en de toepassing ervan neemt veel tijd in beslag. Dit is vaak niet haalbaar in een huisartsenpraktijk. Daarom wil ik proberen om een beknopt intakeformulier te ontwikkelen dat gebruikt kan worden door verschillende hulpverleners. Hiermee wordt het probleem bij elke patiënt in kaart gebracht. Met dit ingevuld formulier (te beschouwen als een soort verwijsbrief) kan de patiënt dan naar de zorgcoördinator gaan en kan er een gepast zorgtraject uitgestippeld worden, op maat van elk individu. In een soort testtraject worden enkel EOSS-2 patiënten geïncludeerd, omdat voor hen de nood het hoogst is. (EOSS is een stadiëring voor het gezondheidsrisico bij obesitaspatiënten). Indien dit vlot verloopt, kan het traject uitgebreid worden voor alle patiënten met overgewicht of obesitas.

Het intakeformulier zal zo ontwikkeld worden dat het door huisartsen, diëtisten en psychologen kan gebruikt worden. Patiënten komen immers niet altijd meteen naar de huisarts met een vraag rond gewichtsreductie, maar zijn soms wel al in behandeling bij een diëtist. Met het formulier kan elke eerstelijnshulpverlener heel beknopt het profiel van de patiënt in kaart brengen. De patiënt zal zelf een aantalvragen moeten beantwoorden en de rest wordt ingevuld door de zorgverlener. Indien er nood is voor uitgebreidere evaluatie, zal de patiënt worden doorgestuurd naar een andere zorgverlener. Het formulier zal in de vorm van een elekronische tool ontworpen worden. Ik ga mij baseren op de huidige richtlijnen, het draaiboek van Eetexpert en een Canadees model (zie bijlage).

Er wordt getracht om in eerste tijd een vijftigtal patiënten te laten deelnemen aan het zorgtraject. Aan de hand van een enquête wordt nadien geëvalueerd of het intakeformulier bruikbaar is voor alle zorgverleners en of het alle nodige gegevens bevat die nodig zijn.

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

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

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

ONS KENMERK ML10562
LEUVEN, 20 mei 2014

MANAMA HUISARTSGENEESKUNDE INTAKEFORMULIER VOOR MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK BIJ PATIËNTEN MET OVERGEWICHT OF OBESITAS

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 16 mei 2014.

De Commissie is van oordeel dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. In het kader van de gesprekken met Prof. Schotsmans (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) aangaande dergelijke studies geeft de Commissie dan ook een gunstig advies over dit onderzoeksproject.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

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

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

ONS KENMERK
UW KENMERK ML10562
LEUVEN, 20 mei 2014

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

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

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

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

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

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

Met collegiale groeten,

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

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

Cc CTC Clinical Trial Center

Cc Promotor
Prof. dr. P. De Cort

Student
Dr. Mirjam Slenders

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

Bijlage 2: Intake overgewicht en obesitas

1) – patiënt komt met hulpvraag
   - ➔ mogen we het bespreekbaar maken?
     = verder uitdiepen/ in kaart brengen
     ≠ behandelen!
   - ➔ mag dit ook van de omgeving (partner, kinderen…)? (sociaal netwerk) (partner, kinderen… ook overgewicht? hebben zij ook een hulpvraag?)

   – huisarts komt met vraag
   - ➔ mogen we het bespreekbaar maken? (idem als hierboven)
   - ➔ heb je er al ooit met iemand over gesproken? (familie, andere hulpverleners…)

indien NEE → voorlopig STOP

indien JA:

2) motivatie nagaan (Prochaska/Diclemente)
   waarom, welke redenen, welke drijfveren
   doelen, waar wil ik naartoe? (cf ook puntje 4)
   prioriteitenlijst: hoe dringend, op welke termijn ziet patiënt dit? andere prioriteiten (al dan niet gerelateerd aan overgewicht/levensstijl, bv. rookstop…)?
   wat denk je dat huisarts hierover denkt?
   ICE patiënt:
   I: wat zijn mijn ideeën over mijn (huidige) levensstijl? wat zijn mijn ideeën van een gezonde levensstijl?
   vind ik dat ik er iets aan moet veranderen? wil ik daar iets aan veranderen?
   C: waar maak ik me bezorgd over? (diagnose, behandeling…)
   E: wat zijn mijn verwachtingen? wat wil ik veranderen? waarom?

3) voorgeschiedenis van gewicht:
   max sinds 18j (niet tijdens zwangerschap)? hoe oud toen? min sinds 18j? hoe oud toen?
   leeftijd toen je voor het eerst overgewicht had? was hier een reden voor (bepaalde levensgebeurtenis, medicatie, ongeval…)
   gewichtsverloop in de tijd
   wat heb ik tot nu toe al gedaan? (dieet (zelf of met diëtist), sport, specifiek programma (weight watchers…), medicatie, chirurgie…)
   wat waren de resultaten? wat ging goed, wat minder goed, hoe kwam dit?

4) medisch (oorzaken en gevolgen van overgewicht):
   - inschatting van de ernst (EOSS-stadium): gewicht, lengte, BMI, buikomtrek, CV risico (laag-matig-hoog) (ABCDEF), cholesterol
   - comorbiditeiten: diabetes, hart-vaatziekten, slaapapneu, artrose
   - cf detectie-instrument Eetexpert (geslacht, leeftijd, beroep, hobby's…)
   - roken, alcohol, medicatie, drugs, supplementen
   - screening eetstoornissen (ESP, SCOFF)
   - psychosociaal/cultureel
   - impact op lichamelijk functioneren, functionele beperkingen, psychologische symptomen, weerslag op welzijn, impact op levenskwaliteit
   - …

   welke van deze zijn voor patiënt belangrijk (bv. wil geen medicatie nemen voor hypertensie, wil terug kunnen gaan sporten, esthetisch…) → doelen

   ➔ doelen heel concreet stellen en realistisch (korte termijndoelen effectiever dan lange termijndoelen)

5) aanloop naar aanpak
   - voeding (BV-SM)
   - beweging (GPPAQ)
   - psychosociaal

   alle drie kort in kaart brengen, wat denkt patiënt zelf te kunnen, waar heeft hij hulp/coaching bij nodig? mogelijke valkuilen?

6) aanpak bespreken: verschillende mogelijke trajecten (eigen huisarts, kinesist, groepssessies…)
   hoe wil ik mijn doel bereiken?

folder met informatie: wat lijkt hiervan haalbaar? (financieel, tijdsinvestering…)

Bijlage 3: Intakeformulier

naam patiënt:
geboortedatum:
naam hulpverlener:

Waarom mijn levensstijl veranderen?

Uw gewicht vormt mogelijk een probleem voor uw gezondheid. Er bestaan veel methoden om een gezond gewicht te bekomen, maar voor een **blijvend resultaat** is bijna altijd een **verandering van de levensstijl** nodig. Dit is vaak niet eenvoudig. Om de slaagkans hiervan te verhogen moet er vooraf een grondige analyse gebeuren van een aantal aspecten.

Via deze vragenlijst worden eerst uw motivatie, ideeën en verwachtingen alsook eventuele kansen en barrières met betrekking tot verandering in levensstijl in kaart gebracht. Vervolgens volgt een uitgebreide verkenning van het probleem. De bedoeling is bij de bespreking hiervan te komen tot een besluit over de situatie, een plan van aanpak en, indien nodig, een plan van ondersteuning.

Indien u hiervoor geen hulp nodig heeft of dit thema liever niet (nu) met uw huisarts, diëtist, kinesist en/of psycholoog wenst te bespreken, moet u de vragenlijst niet invullen.
Maak hieronder uw keuze.

- ○ ja, ik wil dit thema bespreken
- ○ neen, ik wil dit thema niet bespreken

1 In het eerste deel worden enkele vragen gesteld over uw ideeën, verwachtingen, motivatie en steun uit uw omgeving

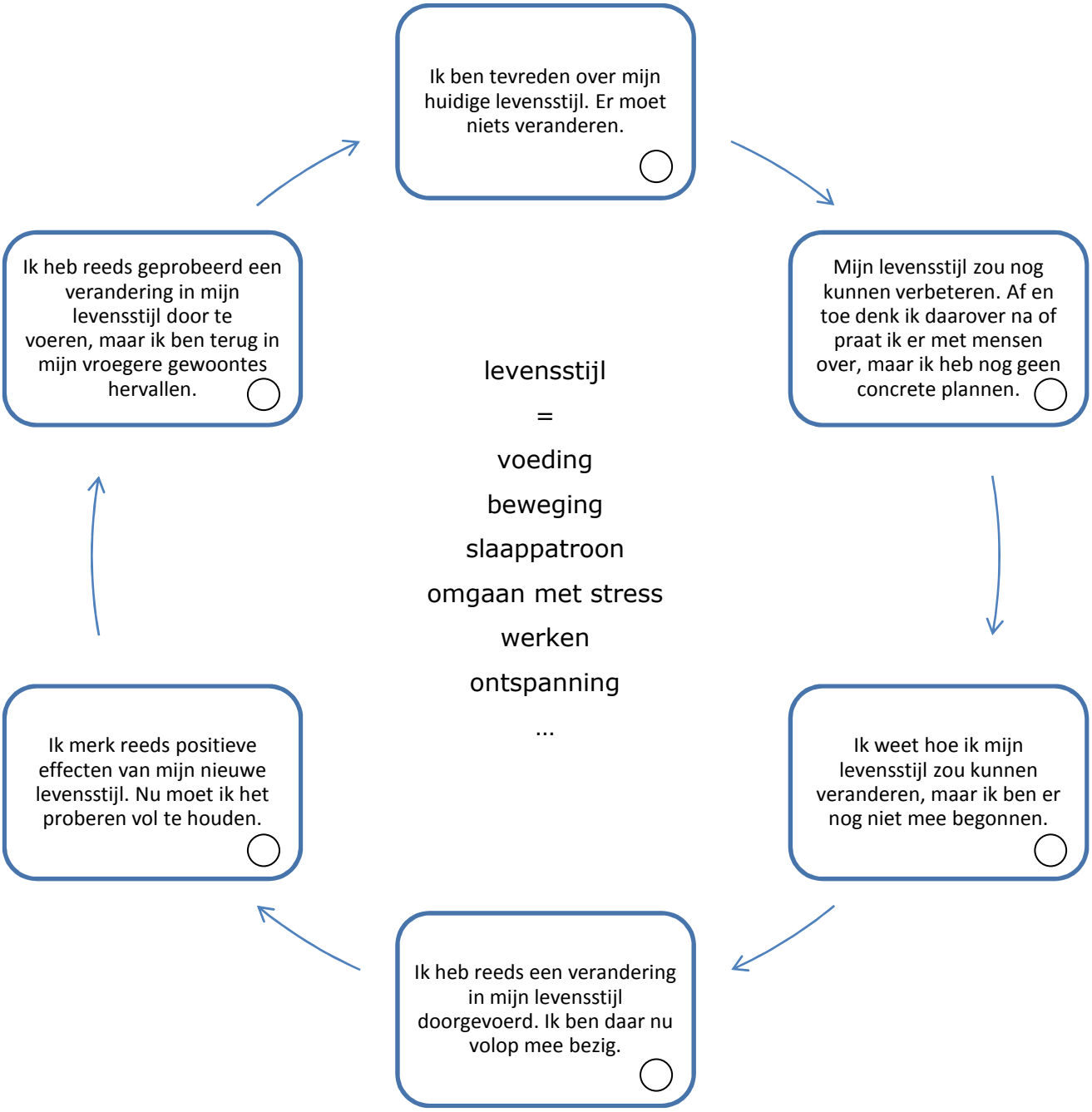
1.1 Beantwoord volgende vragen door telkens een bolletje te kleuren.

	helemaal niet waar	**niet waar**	**waar**	**helemaal waar**
Ik wil vermageren.	○	○	○	○
Mijn dokter zegt dat ik zou moeten vermageren.	○	○	○	○
Andere mensen willen dat ik zou vermageren.	○	○	○	○

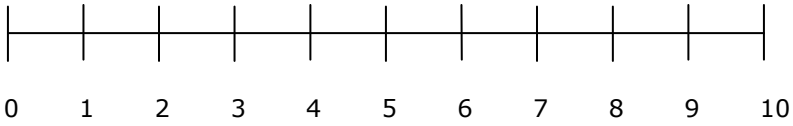
Stel dat u inderdaad zou willen vermageren.
Schrijf hieronder beknopt uw eigen redenen op **waarom** u dit zou willen.

1.2 Motivatie

In onderstaand diagram worden de verschillende fasen getoond die men doorloopt bij gedragsverandering. Duid aan in welke fase u zich **op dit moment** herkent door het betreffende bolletje aan te duiden (duid slechts 1 bolletje aan).



Hoeveel vertrouwen hebt u er zelf in dat u uw levensstijl zou kunnen veranderen?
Zet een kruisje in de meetlat.
(0 betekent helemaal geen vertrouwen; 10 betekent absoluut vertrouwen)



Wat houdt u momenteel tegen om uw levensstijl te veranderen? Welke drempels of hindernissen zijn er voor u?

Welke kansen of mogelijkheden ziet u om uw levensstijl te kunnen veranderen?

Bespreking en besluit motivatie:

(in te vullen door de hulpverlener)

1.3 Wat is volgens u een belangrijke oorzaak van uw overgewicht? Beantwoord volgende vragen.

	helemaal niet	**eerder niet**	**eerder wel**	**helemaal wel**
dat is aangeboren	○	○	○	○
ergens iets fout met mijn klieren	○	○	○	○
de manier waarop ik eet en drink	○	○	○	○
de manier waarop ik beweeg of werk	○	○	○	○
hoe ik mij voel	○	○	○	○
de medicatie die ik neem	○	○	○	○

Ziet u nog andere belangrijke oorzaken van uw overgewicht? Welke?

Bespreking en besluit inzicht oorzaken:

(in te vullen door de hulpverlener)

1.4 Duid aan wat uw ideeën, bezorgdheden en verwachtingen zijn in verband met uw gewicht en met de eventuele veranderingen in uw levensstijl.

Ideeën:

	helemaal niet	**eerder niet**	**eerder wel**	**helemaal wel**
1) Dik zijn hoort bij mij; zo ben ik nu eenmaal.	○	○	○	○
2) Overgewicht is een levenslang probleem. Je geneest er nooit echt van.	○	○	○	○
3) Ik vind het belangrijk dat ik een gezond gewicht heb.	○	○	○	○
4) Het is vooral moeilijk om de verandering in levensstijl te **onderhouden**.	○	○	○	○

Hebt u nog andere ideeën in verband met uw gewicht? Zo ja, welke?

Bezorgdheden:

	helemaal niet	**eerder niet**	**eerder wel**	**helemaal wel**
5) Ik maak mij zorgen over mijn gewicht.	○	○	○	○

Wat zijn uw bezorgdheden in verband met uw gewicht?

Verwachtingen:

	helemaal niet	**eerder niet**	**eerder wel**	**helemaal wel**
6) Ik voel aan dat ik professionele begeleiding nodig heb om mijn levensstijl te kunnen veranderen.	○	○	○	○
7) Een levensstijl veranderen vraagt tijd. Maar als ik ervoor ga, wil ik zo snel mogelijk resultaat.	○	○	○	○

Hebt u bepaalde verwachtingen in verband met uw gewicht? Hebt u specifieke doelen die u zou willen bereiken? Wanneer zou u die willen halen?

Bespreking en besluit ICE:

(in te vullen door de hulpverlener)

1.5 Steun uit omgeving. Beantwoord volgende vraag.

Mijn omgeving (= familie, vrienden, collega's…) zou mij steunen indien ik zou willen vermageren.

- ○ neen, integendeel
- ○ niet echt
- ○ ik weet het niet
- ○ ja, een beetje
- ○ ja, ik zou volledige steun krijgen

Bespreking en besluit steun uit omgeving:

(in te vullen door de hulpverlener)

1.6 Wat zijn uw prioriteiten? U hebt vast nog andere dingen aan uw hoofd.

	helemaal niet waar	niet waar	waar	helemaal waar
Ik voel me momenteel redelijk stabiel. Er zijn geen (grote) veranderingen of problemen.	○	○	○	○
Mijn gezin is momenteel redelijk stabiel. Er zijn geen (grote) veranderingen of problemen.	○	○	○	○
Mijn werk is momenteel redelijk stabiel. Er zijn geen (grote) veranderingen of problemen.	○	○	○	○

Indien u nog andere (specifieke) prioriteiten heeft (bv. rookstop..), gelieve deze hieronder te noteren. Vermeld ook op welke termijn u deze zou willen bereiken.

Bespreking en besluit prioriteiten:

(in te vullen door de hulpverlener)

Overloop nu uw antwoorden en probeer tot een besluit te komen door één van de zes mogelijkheden aan te duiden.

- ○ **Ik wil nu iets doen (nu = deze maand). Ik doe dit nu eerst zelf.**
  U hoeft de vragenlijst niet verder in te vullen.
  Houd de huisarts op de hoogte als er toch hulp nodig zou zijn.
- ○ **Ik wil nu iets doen (nu = deze maand) en ik wil hiervoor hulp.**
  Gelieve de vragenlijst verder in te vullen.

- ○ **Ik wil misschien nu iets doen, maar ik wil eerst verder nagaan wat de mogelijkheden zijn.**
  Gelieve de vragenlijst verder in te vullen.
- ○ **Ik wil misschien nu iets doen. Ik wil er eerst over nadenken.**
  U hoeft voorlopig de vragenlijst niet verder in te vullen.
  Vraag de vragenlijst later terug om verder te doen.

- ○ **Ik wil nu niet verder. Ik wil dit nu niet en eigenlijk nooit.**
  Vul de vragenlijst niet verder in en geef deze beslissing duidelijk aan de huisarts.
- ○ **Ik wil nu niet verder, maar later misschien wel.**
  Vul de vragenlijst niet verder in, maar bespreek met de huisarts wanneer hier opnieuw over gepraat kan worden.

2 Gewichtsverloop in de tijd

2.1 Beantwoord volgende vragen in verband met de voorgeschiedenis van uw gewicht.

Wat was uw maximale gewicht dat u ooit had (sinds uw 18de)?
Hoe oud was u toen?

Wat was uw minimale gewicht dat u ooit had (sinds uw 18de)?
Hoe oud was u toen?

Hoe oud was u toen u voor het eerst overgewicht had?
Was hier een specifieke reden voor (bv. ingrijpende levensgebeurtenis, medicatie, ongeval, ziekte…)?

Hoe evolueerde uw gewichtsverloop in de tijd?

- ○ stabiel gebleven
- ○ sterk wisselend geweest, periodes van bijkomen en afvallen
- ○ gestaag toegenomen: … kg op … jaar/maanden/weken *(schrappen wat niet past)*
- ○ plots toegenomen: … kg op … jaar/maanden/weken *(schrappen wat niet past)*
- ○ gestaag afgenomen: … kg op … jaar/maanden/weken *(schrappen wat niet past)*
- ○ plots afgenomen: … kg op … jaar/maanden/weken *(schrappen wat niet past)*

2.2 U heeft misschien al eerdere pogingen ondernomen om te vermageren. Beantwoord volgende vragen en vul de tabel in.

Heeft u ooit eerder geprobeerd om te vermageren?

- ○ ja, eenmalig
- ○ ja, meerdere keren
- ○ neen

Indien "ja", geef in volgende tabel aan op welke manier u reeds hebt proberen te vermageren.
Zet kruisjes in alle kolommen die voor u van toepassing zijn.

	neen	alleen, zonder hulp van anderen	met hulp van een diëtist, kinesist, psycholoog, huisarts, coach…	samen met familie, vrienden en/of collega's	andere: specifieer (bv. weight watchers…)
dieet					
beweging/sport					
medicatie					
operatie					
andere, namelijk:					

Vermeld hieronder voor elke poging welk dieet, welke sport, welke medicatie en/of welke operatie:

Hoe verliep dit (wat ging goed, wat ging minder goed)? Hebt u hier een verklaring voor?

Bespreking en besluit ervaring:

(in te vullen door de hulpverlener)

3 Oorzaken en gevolgen van overgewicht

3.1 Gezondheidsrisico

(gelieve dit samen met uw huisarts in te vullen)

BMI:

- ○ normaal (18.5-25)
- ○ overgewicht (25-30)
- ○ obesitas (≥ 30)

Buikomtrek:

- ○ normaal (m: ≤94cm; v: ≤80cm)
- ○ vergroot (m: 94-102cm; v: 80-88cm)
- ○ sterk vergroot (m: ≥102cm; v: ≥88cm)

Cardiovasculair risico:

- ○ laag (10jaars risico op sterfte 0-4%)
- ○ matig (10jaars risico op sterfte 5-9%)
- ○ hoog (10jaars risico op sterfte ≥10%)

Comorbiditeiten:

Invloed van medicatie:

Middelengebruik:

Roken, alcohol- en druggebruik hebben een rechtstreekse invloed op het gewicht.

Deze gewoontes veranderen vraagt een speciale aanpak.

Duid aan welke middelen u wel eens gebruikt:

- ○ roken: … sigaretten/dag
- ○ alcohol: … glazen/dag
- ○ drugs: welke:
  hoeveelheid:

Is één van deze gewoonten voor u een probleem?

Bespreking en besluit middelengebruik:

(in te vullen door de hulpverlener)

3.2 Screening eetstoornissen

Beantwoord volgende twee korte vragenlijsten.

SCOFF:

	ja	neen
Geeft u wel eens over, vanwege een te vol gevoel bij het eten?		
Is er controleverlies over hoeveel u eet?		
Bent u meer dan 6 kg afgevallen in 3 maanden?		
Vindt u zichzelf dik terwijl anderen u juist dun vinden?		
Overheersen voedsel en eten uw leven?		

ESP:

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

Bespreking en besluit eetstoornissen:

(in te vullen door de hulpverlener)

De score op de SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat and Food) en de ESP (Eating disorder Screen for Primary care) wordt bepaald door een punt te tellen per 'ja'-antwoord (uitgezonderd de eerste vraag van de ESP, waar een punt wordt geteld indien het antwoord 'neen' is). Bij een score van 2 of hoger op één van beide instrumenten is er aanwijzing voor een eetstoornis.

score SCOFF: /5
score ESP: /5

Bij vermoeden van een eetstoornis dient dit verder onderzocht te worden. Eventueel moet de patiënt hiervoor worden doorverwezen naar een psycholoog.

verdere exploratie nodig:

- ○ **neen**
- ○ **ja:**

Bespreking en besluit medisch aspect:

(in te vullen door de hulpverlener)

Is er een medisch behandelbare oorzaak van het overgewicht (endocrinologisch, eetstoornis, medicamenteus…)?
Is er verder onderzoek nodig?
Is er een doorverwijzing nodig?

- ○ cardioloog
- ○ endocrinoloog
- ○ orthopedist
- ○ bariatrisch chirurg
- ○ psycholoog/psychiater

4 Aanloop naar aanpak

4.1 Psychosociaal

Beantwoord volgende vragen:

	ja	neen
Tijdens stressvolle periodes of emotionele situaties eet ik meer of anders.	◯	◯
Als ik iets lekkers zie of andere mensen zie eten, krijg ik ook zin om te eten.	◯	◯

impact van het overgewicht op de levenskwaliteit:

(door de huisarts in te vullen)

- ◯ verstoorde lichaamsbeleving (mate van preoccupatie, angst om dik te worden, wens slank te zijn)
- ◯ verstoord welbevinden (negatief zelfbeeld, gebrek aan zelfvertrouwen, faalangst, stress, negatieve gevoelens, depressieve klachten, suïcidaliteit, tekenen of vermoeden van zelfverwonding, fysiek of seksueel misbruik, angst
- ◯ persoonlijkheid: emotioneel geremdheid, moeilijkheden in het uiten van gevoelens, bezorgdheid over anderen, prestatiegerichtheid, perfectionisme, impulsiviteit, obsessieve persoonlijkheidstrekken, ontwikkelingsstoornis, aanleg voor verslaving

Bespreking en besluit psychosociaal:

(in te vullen door de hulpverlener)

verdere exploratie nodig:

- ◯ **neen**
- ◯ **ja:**

4.2 Voeding

BV-SM vragenlijst:

Via deze vragenlijst wordt uw eetpatroon in kaart gebracht. Het is niet de bedoeling dat u meteen grote veranderingen gaat doorvoeren. Uw huisarts of diëtist zal nadien samen met u overlopen waar eventueel kan bijgestuurd worden en welke goede gewoontes u zeker kan behouden.
U kunt deze vragenlijst ofwel zelf ofwel met de hulp van een diëtist invullen.

THEMA	**In een gemiddelde week, hoe vaak:**	**meestal/ vaak**	**soms**	**zelden/ nooit**	**NVT**
Maaltijden	1 Slaat u het ontbijt over?	◯	◯	◯	
	2 Eet u **4 of meer** kant-en-klare maaltijden of buitenshuis?	◯	◯	◯	
Aardappelen en graanproducten	3 Eet u **minder dan 2 porties** volkoren graanproducten per dag? (1 portie = 1 snede brood of 3 eetlepels muesli of 20 g ongekookte rijst of pasta of 2 beschuiten)	◯	◯	◯	
Groenten	4 Eet u **minder dan een half bord** groenten per dag? (een half bord groenten = 3 – 4 porties of 300 g groenten of 2 volle handen)	◯	◯	◯	
Fruit	5 Eet u **minder dan 2 porties** fruit per dag? (1 portie = 1 stuk fruit of 1 schaaltje bessen) noot: kan ook diepvries zonder toegevoegde suiker	◯	◯	◯	
Melkproducten en calcium verrijkte sojaproducten	6 Eet of drinkt u **minder dan 2 porties** melk, yoghurt of kaas per dag? (1 portie = 1 klein glas melk (=150 ml) of 125 g yoghurt (kleine potjes uit de handel) of 20 g kaas (1 sneetje) noot: melk/yoghurt kan ook calcium verrijkte sojaproducten of andere calcium verrijkte plantaardige producten zijn	◯	◯	◯	

THEMA		In een gemiddelde week, hoe vaak:	meestal/ vaak	soms	zelden/ nooit	NVT
Vlees, vis, eieren en vervangproducten		7 Eet u **meer dan 170 g** vlees of gevogelte per dag? noot: 100 g vlees heeft de grootte van een pak kaarten of één gemiddelde hamburger. (gemiddelde biefstuk is 150 g)	◯	◯	◯	
		8 Eet u **regelmatig 'vette'** vleeswaren in plaats van **'magere'** vleeswaren? ('vette' vleeswaren: salami, varkensgehakt (bereidingen), hespenworst; 'magere' vleeswaren: kalkoenham, gekookte ham)	◯	◯	◯	
Smeer- en bereidingsvet		9 Voegt u aan tafel **meer dan 1 eetlepel** boter, margarine of olie toe aan uw brood, aardappelen, rijst of groenten? (1 eetlepel = 18 g boter of margarine of 10 g olie)	◯	◯	◯	
Rest-groep	gefri-tuurde pro-ducten	10 Eet u **meer dan 1 keer per week** gefrituurde producten zoals frieten, kroketten, kipnuggets?	◯	◯	◯	
	snacks en snoep-goed	11 Eet u **meer dan 2 keer per week** chips, nacho's, crackers, popcorn, nootjes?	◯	◯	◯	◯ eet zelden deze snacks
		12 Eet u **meer dan 2 keer per dag** snoepgoed zoals cake, koekjes, gebak, chocolade, ijs, pannenkoeken en wafels	◯	◯	◯	◯ eet zelden dit snoepgoed
	fris-drank	13 Drinkt u **meer dan een halve liter (500 ml)** frisdrank of fruitsap per dag? noot: 1 blikje frisdrank = 33 cl	◯	◯	◯	

Vragen omtrent voedingsgerelateerde zelfzorg	**ja**	**neen**
14 Kookt u meestal zelf uw eten (of familielid) in plaats van uit eten te gaan?	○	○
15 Heeft u soms moeite om zelf te winkelen of te koken?	○	○
16 Volgt u een speciaal dieet, eet u bepaald voedsel al dan niet omwille van gezondheidsredenen of andere redenen?	○	○
17 Hoe bereid bent u om uw voedingspatroon aan te passen ten einde gezonder te leven? Omcirkel het nummer van toepassing. zeer bereid helemaal niet bereid 5 4 3 2 1		

Indien de patiënt meer dan 4 keer 'meestal/vaak' antwoordt, wordt aangeraden om de persoon door te sturen naar een erkende diëtist. Zie de huisartsensleutel van deze vragenlijst voor meer informatie.

Bespreking en besluit voeding:

(in te vullen door de hulpverlener)

verdere exploratie nodig:

○ **neen**

○ **ja:**

4.3 Fysieke activiteit

GPPAQ-vragenlijst (General Practice Physical Activity Questionnaire):

Deze vragenlijst peilt naar uw lichaamsbeweging tijdens het werk en in uw vrije tijd.
Zet telkens een kruisje bij het antwoord dat het beste bij u past.

1 Welk soort werk doet u en met hoeveel fysieke activiteit gaat uw werk gepaard?

- ○ Ik werk momenteel niet buitenshuis (gepensioneerd, werkloos, huisman/-vrouw…)
- ○ Op mijn werk breng ik de meeste tijd zittend door (zoals op kantoor)
- ○ Op mijn werk breng ik de meeste tijd staand/wandelend door, maar ik moet geen zware fysieke arbeid doen
  (bv. winkelbediende, kapper, veiligheidsagent, kinderoppasser…)
- ○ Mijn werk bestaat uit beperkte fysieke arbeid, zoals het hanteren van zware voorwerpen en gebruiken van gereedschap
  (bv. loodgieter, elektricien, timmerman, poetsvrouw, verpleegkundige, tuinman, postbode…)
- ○ Mijn werk bestaat uit zware fysieke arbeid, zoals het hanteren van zeer zware voorwerpen
  (bv. bouwvakker, vuilnisman…)

2 Hoeveel uur hebt u de **voorbije week** besteed aan elk van de volgende activiteiten?
Beantwoord elke vraag, ook indien u niet buitenshuis werkt.

	niet	**minder dan 1 uur**	**1 – 3 uur**	**3 uur of meer**
fysieke inspanning zoals zwemmen, joggen, aerobics, voetbal, tennis, gymnastiek…				
fietsen, inclusief naar het werk en tijdens vrije tijd				
wandelen, inclusief naar het werk, om te winkelen, tijdens vrije tijd…				
huishouden, kinderen verzorgen				
tuinieren, klussen				

3 Hoe zou u uw gebruikelijk wandeltempo omschrijven? Duid slechts één antwoord aan.

- ○ traag wandeltempo (langzamer dan 5 km/u)
- ○ gemiddeld wandeltempo
- ○ stevig wandeltempo
- ○ snel wandeltempo (sneller dan 6.5 km/u)

Indien u op dit moment geen sport beoefent, gelieve dan ook bijkomende vragen in te vullen.

Deed u vroeger aan sport?

- ○ neen, ik heb nooit gesport
- ○ ja
    - ○ welke sport?
    - ○ hoelang hebt u dit gedaan?
    - ○ waarom bent u gestopt?

Heeft u lichamelijke beperkingen die u verhinderen bepaalde sporten uit te voeren? Zo ja, welke?

Bespreking en besluit fysieke activiteit:

(in te vullen door de hulpverlener)

analyse van de GPPAQ: de 'fysieke activiteit index': 4 categorieën

Duid aan hoe actief de patiënt is.

- ○ inactief:

  sedentair werk en geen fysieke inspanning of fietsen

- ○ matig inactief:

  sedentair werk en minder dan 1 uur per week fysieke inspanning en/of fietsen

  OF

  staand werk en geen fysieke inspanning of fietsen

- ○ matig actief:

  sedentair werk en 1 – 3 uur per week fysieke inspanning en/of fietsen

  OF

  staand werk en minder dan 1 uur per week fysieke inspanning en/of fietsen

  OF

  fysiek werk en geen fysieke inspanning of fietsen

- ○ actief:

  sedentair werk en minstens 3 uur per week fysieke inspanning en/of fietsen

  OF

  staand werk en 1 – 3 uur per week fysieke inspanning en/of fietsen

  OF

  fysiek werk en minder dan 1 uur per week fysieke inspanning en/of fietsen

  OF

  zwaar fysiek werk

Bij patiënten die niet voldoende actief zijn, moeten de vragen over wandelen, huishouden en tuinieren/klussen verder geanalyseerd worden.

verdere exploratie nodig:

- ○ **neen**
- ○ **ja:**

ALGEMEEN BESLUIT:

(in te vullen door de hulpverlener)

Probeer nu concrete doelen te formuleren en bespreek telkens de timing waarop je deze doelen wil bereiken.

item	algemene doelen	specifieke doelen	timing
psychosociaal			
voeding			
fysieke activiteit			

Bijlage 4: Informatiefiche voor de artsen

Inclusiecriteria:

leeftijd 18-74 jaar

BMI > 30 of BMI > 25 + comorbiditeiten

en één van volgende situaties:

- patiënt komt op raadpleging met expliciete vraag rond vermageren, levensstijlverandering…
- patiënt komt op raadpleging met klachten rechtstreeks of onrechtstreeks gerelateerd aan overgewicht
- patiënt komt op raadpleging voor een andere klacht of opvolging en arts ziet aanleiding om het te bespreken (bv. in kader van opvolging diabetes, cardiovasculair risico, GMD+…)

Aan deze patiënten vraagt de arts of ze het thema 'overgewicht/ levensstijl' wensen te bespreken = **<u>eerste blad 'Waarom mijn levensstijl veranderen?'</u>**

1) Indien de patiënt het thema **nu niet** wenst te bespreken

➔ accepteer dit + geef ruimte om er later op terug te komen

arts noteert dan:

- leeftijd
- geslacht
- BMI
- eventuele comorbiditeiten
- aanleiding tot vraag naar bespreken thema
- eventuele reden waarom patiënt nu geen verdere bespreking wenst

2) Indien de patiënt het thema **wel** wenst te bespreken

➔ geef **<u>deel I</u>** mee (p. 1-10)

➔ patiënt moet uiterlijk na 2 weken terug op consultatie komen met ingevulde vragenlijst
indien na 2 weken niet terug → patiënt opbellen
tijdens 2de consultatie wordt deel I besproken

A) Indien de patiënt het **niet** verder wenst uit te diepen

➔ **<u>evaluatieformulier + blanco vragenlijst</u>** meegeven

➔ patiënt moet deze uiterlijk na 2 weken terug binnenbrengen (beide)
(zo nodig patiënt opbellen)

arts noteert dan:

- leeftijd
- geslacht
- BMI
- eventuele comorbiditeiten
- aanleiding tot vraag naar bespreken thema
- eventuele reden waarom patiënt het nu niet wenst uit te diepen

B) Indien de patiënt het **wel** verder wenst uit te diepen

➔ geef **<u>deel II</u>** mee (p.11-26)

➔ patiënt moet uiterlijk na 2 weken terug op consultatie komen met ingevulde vragenlijst
(zo nodig patiënt opbellen)
tijdens deze 3de consultatie wordt deel II besproken en een verdere planning opgesteld
na deze consultatie:

➔ **<u>evaluatieformulier + blanco vragenlijst</u>** meegeven

➔ patiënt moet deze uiterlijk na 2 weken terug binnenbrengen (beide)
(zo nodig patiënt opbellen)

Bijlage 5: Evaluatieformulier patiënt

naam patiënt:
geboortedatum:
naam arts:

Evaluatie intakeformulier door patiënt

Hartelijk dank voor het invullen van het intakeformulier.
Zoals u eerder werd meegedeeld, kadert dit in het onderzoeksproject van dokter Mirjam Slenders. Graag zou ze uw mening hierover horen. Gelieve daarom volgende vragen in te vullen.

Welke delen van de vragenlijst hebt u ingevuld?

- ○ enkel deel I (p. 1-10)
- ○ deel I en II (p. 1-26)

Wat vond u van het aantal vragen?

- ○ genoeg vragen
- ○ te veel vragen
- ○ te weinig vragen

Wat vond u van de moeilijkheidsgraad van de vragen?

- ○ Ik kon alle vragen goed begrijpen.
- ○ Er waren enkele vragen die te moeilijk waren.
  Vermeld hieronder welke vragen u niet goed begreep. (u kunt eventueel de nummering van de vragenlijst gebruiken)

Heeft uw hulpverlener u deze vragen duidelijk kunnen uitleggen?

- ○ ja
- ○ neen

Wat vond u van de inhoud van de vragen?

- ○ Relevant, alles wat ik met mijn hulpverlener wilde bespreken, kwam aan bod in de vragenlijst.
- ○ Ik vond een aantal vragen minder van toepassing, namelijk:

- ○ Ik vond dat er een aantal belangrijke vragen ontbraken, namelijk:

Heeft u na het invullen van de vragenlijst meer inzicht gekregen in uw eigen levensstijl en in het effect van uw gewicht op uw welbevinden?

- ○ ja
- ○ neen

Hoe hebt u de vragenlijst ingevuld?

- ○ Ik heb de hele vragenlijst in één keer ingevuld.
- ○ Ik heb de vragenlijst in verschillende delen meegekregen.
    - ○ Ik vond deze opsplitsing goed.
    - ○ Ik vond deze opsplitsing niet goed.
      Hoe zou u het liever doen?

Wat vond u van het feit dat u de vragen zelf kon invullen?

- ○ Ik vond het goed dat ik de vragen zelf kon invullen.
- ○ Ik heb liever dat de hulpverlener tijdens de consultatie de vragen invult.

Werd u voor één of meerdere vragen doorverwezen naar (een) andere hulpverlener(s)?

- ○ ja
- ○ neen

Indien ja, voor welke vraag/vragen en naar wie werd u verwezen?

Vond u deze doorverwijzing een meerwaarde? Verklaar.

Wat vond u van de bespreking van de vragenlijst met uw hulpverlener?

- ○ De bespreking verliep goed.
- ○ De bespreking verliep moeizaam.
  Wat verliep er niet goed? Hoe kwam dit, denkt u?

Had u al eerder uw levensstijl/gewicht met een hulpverlener (huisarts, diëtist, kinesist, psycholoog…) besproken?

- ○ ja
- ○ neen

Indien ja, vond u het gebruik van deze vragenlijst (die u nu heeft gebruikt) een meerwaarde bij de bespreking?

- ○ ja
- ○ neen

Hebt u nog andere opmerkingen of suggesties voor verbeteringen?

Bijlage 6: Evaluatieformulier arts

naam arts:

Evaluatie intakeformulier door arts

Hartelijk dank voor het gebruiken van het intakeformulier.
Zoals u eerder werd meegedeeld, kadert dit in het onderzoeksproject van dokter Mirjam Slenders. Graag zou ze uw mening hierover horen. Gelieve daarom volgende vragen in te vullen.

Wat vond u van het aantal vragen?

- ○ genoeg vragen
- ○ te veel vragen
- ○ te weinig vragen

Wat vond u van de moeilijkheidsgraad van de vragen?

- ○ De vragen werden goed begrepen door de meeste patiënten.
- ○ Een aantal vragen waren te moeilijk voor veel patiënten.
  Vermeld hieronder welke vragen niet werden begrepen. (u kan eventueel de nummering van de vragenlijst gebruiken)

  Kon u deze vragen vlot uitleggen aan patiënten?

  - ○ ja
  - ○ neen

Wat vond u van de inhoud van de vragen?

- ○ Relevant, alles wat ik met mijn patiënt wilde bespreken, kwam aan bod in de vragenlijst.
- ○ Ik vond een aantal vragen minder relevant, namelijk:

- ○ Ik vond dat er een aantal belangrijke vragen ontbraken, namelijk:

Vindt u het evalueren van de motivatiegraad van de patiënt een noodzakelijk onderdeel bij de benadering van obesitas?

- ○ ja
- ○ neen

Zou u deze stap implementeren bij het op punt stellen van de patiënt met obesitas?

- ○ ja
- ○ neen

Hoe hebt u de vragenlijst laten invullen?

- ○ Ik heb de hele vragenlijst in één keer laten invullen.
- ○ Ik heb de vragenlijst in verschillende delen laten invullen en elk deel apart besproken.
    - ○ Ik vond deze opsplitsing goed.
    - ○ Ik vond deze opsplitsing niet goed.
      Hoe zou u het liever doen?

Wat vond u van het feit dat de patiënt de vragen zelf kon invullen?

- ○ Ik vond het goed dat de patiënt de vragen zelf kon invullen.
- ○ Ik vul liever de vragenlijst zelf in tijdens de consultatie.

Heeft u patiënten voor één of meerdere vragen doorverwezen naar (een) andere hulpverlener(s)?

- ○ ja
- ○ neen

Indien ja, voor welke vraag/vragen en naar wie heeft u doorverwezen?

Vond u deze doorverwijzing een meerwaarde? Verklaar.

Wat vond u van de bespreking van de vragenlijst met uw patiënten?

- ○ De bespreking verliep goed.
- ○ De bespreking verliep moeizaam.
  Wat verliep er niet goed? Hoe kwam dit, denkt u?

Hebt u ooit eerder een gelijkaardig instrument gebruikt voor de bespreking van overgewicht/obesitas bij patiënten?

- ○ ja
- ○ neen

Vond u deze vragenlijst (die u nu heeft gebruikt) een meerwaarde bij de bespreking?

- ○ ja
- ○ neen

Hebt u nog andere opmerkingen of suggesties voor verbeteringen?