



## **Praktijkondersteuning bij de aanpak van zwaarlijvigheid: wat diëtisten willen en hoe!**

Tools bij het draaiboek van Eetexpert vzw voor diëtisten

**Bachelor in de voedings- en dieetkunde**

**Karen Lavrijsen**

Academiejaar 2015-2016  
Campus Geel, Kleinhoefstraat 4, BE-2440 Geel

## **VOORWOORD**

Deze bachelorproef kadert in de afstudeerfase van de bacheloropleiding Voeding- en Dieetleer van de Thomas More Hogeschool. Het werk werd uitgevoerd onder externe begeleiding van Eetexpert vzw, het Vlaams kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen. Hun expertise is gericht op preventie, hulpverlening, vorming, onderzoek en beleidsaanbevelingen tot op het niveau van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Mevr. Liesbet De Bot nam de interne begeleiding voor haar rekening.

Hoewel ik de pen heb vastgehouden, zit in deze bachelorproef het hart van de opleiding, het kenniscentrum en van de talrijke diëtisten die het resultaat mee bepaald hebben. Het beoogt dan ook nuttig werk te zijn voor de praktijk. Tijdens het schrijfproces kreeg ik de kans om Professor C. Braet te vragen naar haar gouden tip voor een afstuderende diëtiste. Haar antwoord luidde als volgt: "Luister naar uw patiënten en heb compassie. Zij kiezen niet voor een eetprobleem. Het komt altijd ergens vandaan. Probeer dat te achterhalen en werk daaraan." Waarom deze uitspraak de kernboodschap illustreert, zal na het lezen van de scriptie duidelijk worden.

In dit voorwoord wil ik tenslotte de gelegenheid aangrijpen om de begeleiders te bedanken. Directeur mevr. An Vandeputte en collega's van Eetexpert worden bedankt voor de inspirerende feedback, samenwerking en ruimte voor initiatief. Dit tilde me tot op een hoger niveau. Daarnaast richt ik een woord van dank tot docente mevr. De Bot voor het gidsen naar dit eindresultaat. Bovenal verdient mijn partner complimenten voor zijn geduld, tips en nooit aflatende aanmoedelingen omdat ik zo graag een diëtiste met een troef wil worden.

Veel leesplezier!

Karen Lavrijsen

*Studente Voeding- en dieetleer, fase 3*

## SAMENVATTING

Eetexpert vzw is het Vlaams kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen. Ter ondersteuning van de multidisciplinaire aanpak van zwaarlijvigheid ontwikkelde het expertisecentrum draaiboeken voor diverse disciplines, zo ook voor Vlaamse diëtisten. De inhoud van de draaiboeken is enerzijds gebaseerd op de visie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) over kwaliteitsvolle zorg. Anderzijds worden inzichten van Sharma en Kushner (2009) gebruikt i.v.m. de uitbreiding van medische parameters (zoals BMI) naar een breder scala aan gezondheidsparameters. Deze zouden morbiditeit en mortaliteit bij obesen beter voorspellen dan medische parameters alleen. Het inventarisatiesysteem 'Edmonton Obesity Staging System' (EOSS) houdt rekening met de bredere gezondheidsparameters in de indicatiestelling voor de behandeling van zwaarlijvigheid.

In deze bachelorproef werd onderzocht welke ondersteuning Vlaamse diëtisten nodig hebben om het draaiboek actief te gebruiken. Hiertoe werden eerst inhoudelijke en praktische noden geanalyseerd, zowel kwantitatief als kwalitatief. Uit deze analyse bleek dat vooral de focusverschuiving van medisch naar gezondheidsrisico en de daarbij horende EOSS-aanpak nieuw was. Ook over motiveren en multidisciplinair werken rapporteerden diëtisten ondersteuningsnoden. Diëtisten achten zich voldoende sterk in voedingskundige materie (anamnese, diagnose, indicatie, advisering), ook als het gaat om gespecialiseerde voedingskennis (bijv. bij bariatric). Wat betreft de vorm van ondersteuning gaat de voorkeur van diëtisten uit naar praktische tools met voorbeelden en vorming.

De behoefte-inventarisatie resulteerde in de uitwerking van vier fiches voor de hulpverlener en zeven fiches voor de patiënt en begeleidende hulpverlener. Hierbij werd ook rekening gehouden met de inhoudelijke sterktes van diëtisten. Aanvullend werd een communicatie gevoerd en een vorming uitgewerkt en gegeven.

Uit de evaluatie via een kwantitatieve en kwalitatieve nameting bleek dat de initiële noden grotendeels werden ingelost. Er resten echter nog vier kritische bedenkingen. Ten eerste biedt de gerapporteerde tevredenheid van diëtisten geen garantie voor een doeltreffende professionalisering en bijgevolg ook niet voor een effectievere behandeling van zwaarlijvigheid. De uitkomstvariabele 'behandelsucces', werd immers niet rechtstreeks gemeten. Ten tweede maakten Eetexpert vzw en de Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten samen de vrije beschikbaarheid van het draaiboek met tools bekend aan al hun leden maar daarom werd het instrumentarium nog niet door alle Vlaamse diëtisten geraadpleegd, laat staan dat iedere Vlaamse diëtist het materiaal volgens de vooropgestelde visie gebruikt. Zowel de bereikbaarheid als inhoudelijke weerstand t.o.v. de visie kunnen de toeleiding van diëtisten naar het instrumentarium beletten. Dit laatste is niet ondenkbaar gezien de gedurfde focusverschuiving van gewicht naar bredere gezondheidsparameters met een relatief groot psychologische aandeel in de behandeling van zwaarlijvigheid. Bovendien kost verdere verspreiding en bekendheid tijd. Ten derde staat de toepassing van EOSS in Vlaanderen nog in de kinderschoenen. Ten vierde werden een aantal thema's zoals stigmatisering en de aanpak bij lage SES-groepen onderbelicht.

De uiteindelijke impact van dit werk is nog onbekend. Wat we wel weten, is dat minstens 500 Vlaamse diëtisten interesse toonden voor de interventies van deze bachelorproef en dat Eetexpert vzw, mezelf inclusief, open blijft staan voor verdere discussie.

## INHOUDSTAFEL

<b>VOORWOORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>3</b>
<b>INHOUDSTAFEL</b> .....	<b>4</b>
<b>SITUERING ONDERWERP EN DOELSTELLING</b> .....	<b>6</b>
<b>LITERATUURSTUDIE</b> .....	<b>7</b>
<b>Wetenschappelijke basisprincipes van het draaiboek</b> .....	<b>7</b>
Principes van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).....	7
Focusverschuiving van medisch naar gezondheidsrisico vanuit Canada.....	7
Edmonton Obesity Staging System (EOSS) .....	8
De visie van het draaiboek samengevat .....	10
<b>Theoretische vergelijking van de klassieke en nieuwe behandeling van zwaarlijvigheid bij volwassenen</b> .....	<b>10</b>
Wat is de "klassieke" of gangbare benadering? .....	10
Vergelijking gangbare en nieuwe benadering per stap in het behandeltraject .....	11
STAP 1: verkenning hulpvraag en motivatie.....	11
STAP 2: inschatting medisch en gezondheidsrisico's via de diëtistische anamnese .....	12
STAP 3: diëtistische diagnose, inschatting ernst en indicatie behandeling .....	15
STAP 4: behandeling, zorgtraject .....	16
Informereren van de verwijzer .....	22
Follow up .....	22
Multidisciplinair samenwerken.....	23
Algemeen besluit vergelijking gangbare en nieuwe benadering .....	24
<b>Verdiepende literatuurstudie</b> .....	<b>25</b>
Motivatie .....	25
Zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2002) .....	25
Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2014).....	26
Stadia van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente, 1983) .....	27
<i>Tussentijds besluit</i> .....	27
Psychologische effecten van lijnen versus een gezonde leefstijl .....	28
Stigmatisering bij zwaarlijvigheid .....	29
Invloed van de omgeving op gedragsverandering .....	29
Effect van kracht- en cardiotraining op lichaamssamenstelling en basaal metabolisme .....	30
Opstap naar multidisciplinair werken voor de diëtist .....	30
<b>Literatuur over de gewenste methode</b> .....	<b>31</b>
<b>METHODIEK</b> .....	<b>32</b>
<b>Kwantitatieve nulmeting a.d.h.v. een enquête</b> .....	<b>32</b>
Doelstelling .....	32
Instrument .....	32
Afname .....	32
<b>Kwalitatieve nulmeting a.d.h.v. een focusgroep</b> .....	<b>33</b>
Doelstelling .....	33
Instrument .....	33
Respondenten .....	33
<b>Kwantitatieve nameting</b> .....	<b>34</b>
Doel .....	34
Instrumenten .....	34
Afname .....	34
<b>Kwalitatieve nameting a.d.h.v. semigestructureerd interview</b> .....	<b>34</b>
Doel .....	34
Instrument en afname .....	34

<b>RESULTATEN VAN DE NULMETING</b> .....	<b>35</b>
Deelnemers onderzoek: responsgraad en deelnemers focusgroepen .....	35
Opvallende besluiten uit de nulmeting .....	35
<b>INTERVENTIES</b> .....	<b>38</b>
<b>Fiches voor de hulpverlener</b> .....	<b>38</b>
Ondersteuningsfiche aanpak overgewicht .....	38
Keuzekaart aanpak overgewicht .....	38
Ondersteuningsfiche multidisciplinair werken .....	38
Motivatiekaders .....	39
<b>Fiches voor gebruik met de patiënt</b> .....	<b>39</b>
Theoretische raamkaders in diverse fiches .....	39
De mythe van het lijnen .....	39
Gezonder worden, een optie voor jou? .....	39
Keuzekaart aanpak overgewicht .....	39
Voordeelkaart voor je lichaam .....	39
Voordeelkaart beweging .....	40
Voordeelkaart voor je hoofd .....	40
Voordeelkaart voor je omgeving .....	40
De metafoor van de auto .....	41
<b>Bronnendossier</b> .....	<b>41</b>
<b>Vorming</b> .....	<b>41</b>
<b>Communicatie</b> .....	<b>41</b>
<b>RESULTATEN VAN DE NAMETING</b> .....	<b>43</b>
<b>ALGEMEEN BESLUIT</b> .....	<b>44</b>
<b>KRITISCHE NOTEN EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK</b> .....	<b>45</b>
<b>LIJST VAN TABELLEN</b> .....	<b>46</b>
<b>LIJST VAN BIJLAGEN</b> .....	<b>47</b>
<b>LITERATUURLIJST</b> .....	<b>49</b>
<b>Schriftelijke bronnen</b> .....	<b>49</b>
<b>Internetbronnen</b> .....	<b>52</b>

## SITUERING ONDERWERP EN DOELSTELLING

Het kenniscentrum Eetexpert vzw ontwikkelde draaiboeken ter ondersteuning van de multidisciplinaire behandeling van zwaarlijvigheid bij volwassenen. Dit naar de meest recente en wetenschappelijk onderbouwde inzichten. Voor de huisarts, CLB- en CGG-medewerker/psycholoog is er een draaiboek beschikbaar, recent ook voor de diëtist. Deze bachelorproef beoogt de praktische implementatie van het draaiboek voor diëtisten te ondersteunen met als indirect doel de diëtist te professionaliseren en zo bij te dragen aan de kwaliteit van de behandeling van zwaarlijvige volwassenen.

De **PICO**-methode ter formulering van de onderzoeksvraag wordt als volgt toegepast:

**Persons:** Vlaamse diëtisten die zwaarlijvigheid bij volwassenen behandelen

**Intervention:** ondersteuning van diëtisten bij de praktische implementatie van het diëtistendraaiboek op basis van hun gesignaleerde noden.

**Comparison:** vóór en na het gebruik van de praktijkondersteuning bij het draaiboek

**Output:** toegenomen tevredenheid en professionalisering in de behandeling van zwaarlijvige volwassenen

Dit leidt tot onderstaande onderzoeksvraag:

**Welke praktijkondersteuning hebben Vlaamse diëtisten nodig bij de verdere implementatie van het nieuwe diëtistendraaiboek over de aanpak van zwaarlijvigheid en leidt tot toegenomen tevredenheid en professionalisering?**

Deze onderzoeksvraag wordt opgesplitst in de volgende deelvragen:

1. Welke inhoudelijke ondersteuning is nodig?
  - a. Met welke inzichten uit het draaiboek zijn de diëtisten minder vertrouwd?
  - b. Welke vaardigheden vergen prioritair verdere ontwikkeling?
2. Welke praktische ondersteuning is nodig?
3. Welke methode(s) voor de ondersteuning genieten de voorkeur van diëtisten?
4. Welke goede praktijken van diëtisten kunnen ingezet worden?

Na een korte verantwoording van de principes waarop de inhoud van het draaiboek is gebaseerd, volgt een onderzoek naar de implementatienoden. Deze noden worden zowel theoretisch in een literatuurstudie geanalyseerd als praktisch via kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Vervolgens worden de interventies beschreven als antwoord op de ondersteuningsvragen van de Vlaamse diëtisten. De effecten hiervan worden in termen van tevredenheid en toegenomen professionalisering van Vlaamse diëtisten beschreven. Deze bachelorproef eindigt met kritische noten en een conclusie.

## LITERATUURSTUDIE

### Wetenschappelijke basisprincipes van het draaiboek

Het draaiboek voor diëtisten bij de aanpak van overgewicht en obesitas (2015) werd bottom-up ontwikkeld door Eetexpert vzw i.s.m. een multidisciplinair team aan deskundigen in de behandeling van zwaarlijvigheid. De projectgroep bestond uit diëtisten uit de praktijk, de beroepsorganisatie (Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten, verder afgekort als VBVD) en andere deskundigen. Alle inzichten in het draaiboek werden uitgebreid en transparant wetenschappelijk gedocumenteerd. Hiervoor wordt verwezen naar de beschrijving van de wetenschappelijke onderbouw in het draaiboek (p.11) en naar haar bronnenlijst. Enkel de theoretische kaders die relevant zijn voor deze bachelorproef worden hieronder kort toegelicht.

Als uitgangspunten van het draaiboek werden enerzijds de principes van de WHO vooropgesteld i.v.m. de zorgorganisatie bij eet- en gewichtsproblemen. Anderzijds staat de focusverschuiving van het medisch perspectief naar het gezondheidsperspectief bij de herkenning en begeleiding van overgewicht centraal. Dit werd gedocumenteerd via recente Canadese inzichten van o.a. Sharma en Kushner (2009) en de position paper van Northern Health (2012).

### Principes van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)

De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization of WHO) is een gespecialiseerde organisatie van de Verenigde Naties en de leidende en coördinerende autoriteit voor volksgezondheid binnen het VN-systeem. Ze telt 193 lidstaten, waaronder België. De WHO streeft ernaar het hoogst mogelijke niveau van gezondheid voor allen te bereiken. Gezondheid wordt daarbij gedefinieerd als een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet slechts als de afwezigheid van ziekte (website WHO, 2015).

In hun beschrijving van een goede zorgorganisatie komen steeds drie pijlers terug:

1. Stapsgewijze zorg: algemene basiszorg waar mogelijk en gespecialiseerde intensievere zorg waar nodig. Dit slaat op de zorgniveaus (lijnen in de zorg);
2. Multidisciplinaire zorg: samenwerking tussen verschillende disciplines en zorgniveaus;
3. Continuïteit van zorg: aansluiting van de verschillende disciplines en zorgniveaus in de verschillende levensfasen met levenslange follow up bij chronische aandoeningen (zoals obesitas).

Volgens de WHO-definitie is zwaarlijvigheid een abnormale of een overmatige vetopstapeling die nadelig kan zijn voor de gezondheid. Vermeldingswaardig is de noot bij hun definitie waarin staat dat de BMI-waarden voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden bij individuen als maat voor vetreserve (factsheet WHO, 2015).

### Focusverschuiving van medisch naar gezondheidsrisico vanuit Canada

Op populatieniveau werd een J-vorming verband gevonden tussen antropometrische parameters zoals de BMI of middelomtrek enerzijds en morbiditeit en mortaliteit anderzijds. Sharma en Kushner (2009) vonden dat dit verband op individueel niveau minder overtuigend is, vooral wanneer gecontroleerd werd voor de ernst van de met obesitas geassocieerde risicofactoren en comorbiditeiten. Belangrijke risicofactoren zijn de vetverdeling (abdominaal vet, visceraal vet), het genetisch materiaal van een persoon, voedingsgewoonten en fysieke activiteit (Unger, 2002; Haslam, 2005).

In de klinische praktijk is net de relatie tussen het volledige individuele gezondheidsrisico en morbiditeit/mortaliteit cruciaal voor de toeleiding naar zorg op maat en de uitwerking ervan. Het breder opgevatte gezondheidsrisico houdt rekening met zowel de antropometrische gegevens als met de bio-psychosociale comorbiditeiten van obesitas.

Dit heeft als belangrijke consequentie dat puur gewichtsverlies niet helpt om de morbiditeit en mortaliteit te verlagen bij zwaarlijvigen zonder risicofactoren. Het is in de Canadese benadering van Sharma & Kushner (2009) immers mogelijk dat mensen met een zelfde BMI van 30 verschillen in behandeldoel, afhankelijk van hun gezondheidsprofiel. Bij een BMI van 30 zonder risicofactoren is stabilisering van gewicht door leefstijladvies met opvolging door de huisarts geïndiceerd. Wanneer deze BMI gepaard gaat met risicofactoren is de aard en intensiteit hiervan bepalend voor de aard en intensiteit van de behandeling en is gewichtsreductie mogelijk wel geïndiceerd. In de klassieke behandeling zouden beide personen met een BMI van 30 gewichtsreductie en farmacotherapie geïndiceerd krijgen. Ook het omgekeerde is mogelijk: een patiënt met een BMI van bijvoorbeeld 34 met twee ernstige risicofactoren zoals diabetes mellitus type 2 en slaapapneu zou volgens de benadering van Sharma & Kushner wel bariatricie geïndiceerd krijgen maar volgens de klassieke benadering niet. Een patiënt zonder comorbiditeiten maar met een BMI van 41 daarentegen zou volgens de Canadese benadering geen bariatricie geïndiceerd krijgen maar volgens de klassieke benadering wel.

In de nieuwe benadering van Sharma & Kushner wordt dus de combinatie van de BMI en gezondheidsrisico's in rekening gebracht om de behandelindicatie te bepalen.

#### Edmonton Obesity Staging System (EOSS)

Sharma en Kushner (2009) ontwierpen een systeem om het bredere gezondheidsrisico systematisch in te schatten en op basis daarvan de meest geschikte behandeling voor te stellen. Dit systeem heet het Edmonton Obesity Staging System (EOSS), een naam die verwijst naar de plaats waar het instrument is ontstaan.

Afhankelijk van de aard en de ernst van het risicoprofiel wordt een behandeling geïndiceerd. De aard van het risicoprofiel wordt beoordeeld op drie vlakken: medische toestand, mentale toestand en functionaliteit. Deze drie factoren krijgen een evenwaardig gewicht in de beoordeling van het risicoprofiel. De ernst wordt aangegeven d.m.v. stadia, gaande van stadium 0 t.e.m. 4. De aanwezigheid van één risicofactor (comorbiditeit) op één vlak is voldoende om het bijhorende stadium van de patiënt te bepalen. De EOSS-stagering wordt hierna weergegeven in tabel 1.



Tabel 1: vertaling EOSS (Sharma en Kushner, 2009, University of Alberta)

STADIUM 0	STADIUM 1	STADIUM 2	STADIUM 3	STADIUM 4
<b>PRESENTATIE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Geen gewichts-gerelateerde risicofactoren; EN</li> <li>➤ Geen lichamelijke symptomen; EN</li> <li>➤ Geen psychologische symptomen; EN</li> <li>➤ Geen weerslag op welzijn; EN</li> <li>➤ Geen functionele beperkingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Subklinische medische risicofactoren (bijv. borderline hypertensie); OF</li> <li>➤ Milde lichamelijke symptomen die geen medische behandeling vereisen (bijv. occasioneel pijn, moeheid,...); OF</li> <li>➤ Milde gewicht gerelateerde psychologische symptomen; OF</li> <li>➤ Milde weerslag op welzijn; OF</li> <li>➤ Milde functionele beperkingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Medische risicofactoren (bijv. hypertensie); OF</li> <li>➤ Gewicht gerelateerde comorbiditeit die een medische behandeling vereist (bijv. osteoartritis, reflux, polycysteusovariumsyndroom,...); OF</li> <li>➤ Matige gewicht gerelateerde psychologische symptomen (bijv. angststoornis, eetstoornis); OF</li> <li>➤ Matige weerslag op welzijn; OF</li> <li>➤ Matige functionele beperkingen in ADL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ernstige gewicht gerelateerde comorbiditeit met orgaanschade (bijv. myocardinfarct, hartfalen, diabetische complicaties,...); OF</li> <li>➤ Ernstige psychologische symptomen; OF</li> <li>➤ Ernstige functionele beperkingen; OF</li> <li>➤ Ernstige weerslag op welzijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zeer ernstige gewicht gerelateerde comorbiditeit in eindstadium; OF</li> <li>➤ Zeer ernstige invaliderende gewicht gerelateerde psychologische symptomen; OF</li> <li>➤ Zeer ernstige functionele beperkingen</li> </ul>
<b>INDICATIE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdere gewichtstoename voorkomen door leefstijladvis.</li> <li>• Halfjaarlijkse opvolging door huisarts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer intense leefstijlinterventies via een individueel behandelplan, waaronder herstel van eet- en beweeggedrag en psychosociaal welbevinden.</li> <li>• Gewichtstoename voorkomen.</li> <li>• Geregelde opvolging van risicofactoren en gezondheidsstatus door arts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bespreek multidisciplinaire obesitasbehandeling met intense leefstijlinterventies.</li> <li>• Inschakeling van gespecialiseerde psycholoog, diëtist en bewegingsdeskundige met regelmatig bilan.</li> <li>• Bespreek opties rond farmacotherapie voor comorbiditeiten en overweeg bariatrische heelkunde. Nauwe opvolging en behandeling van comorbiditeiten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer intensieve multidisciplinaire obesitasbehandeling met intense leefstijlinterventies.</li> <li>• Inschakeling van een gespecialiseerd obesitasteam en samenwerking met medisch specialisten. Bespreek opties rond farmaco</li> <li>• therapie voor comorbiditeiten en overweeg bariatrische heelkunde.</li> <li>• Nauwe opvolging en behandeling van comorbiditeiten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agressieve obesitasbehandeling die haalbaar is.</li> <li>• Indien geen motivatie tot gedragsverandering palliatieve aanpak waaronder pijnbehandeling, arbeidsbegeleiding en psychosociale ondersteuning.</li> </ul>

Kuk e.a. (2012) hebben aangetoond dat de EOSS-stadia beter de mortaliteit bij obesen identificeren dan BMI alleen. De relatie tussen BMI en mortaliteit werd in hun studie namelijk voor een belangrijk deel gemodereerd door het risicoprofiel of de intensiteit van de met obesitas geassocieerde comorbiditeiten. Enkel obesen met een matig tot ernstig risicoprofiel hadden een hoger sterfterisico. De obesen zonder risicofactoren of met lichte comorbiditeiten hadden geen hoger sterfterisico dan mensen met een gezonde BMI (18,5 – 25). Opmerkelijk was ook dat er een aantal factoren bepaald werden die samengaan met een ernstig risicoprofiel: een (onrealistisch) laag streefgewicht, een relatief laag gewicht op 21-jarige leeftijd, een mindere cardiorespiratoire fitheid, een dieetverleden met veel gewichtsschommelingen en een lagere fruit- en groenteconsumptie. Deze factoren lijken dus de voorloper te zijn van een hoog risicoprofiel en bijgevolg de mortaliteit te verhogen.

Ook door de Canadese, Brits Columbiaanse zorgorganisatie Northern Health wordt de focusverschuiving van de medische naar bio-psychosociale visie op overgewicht als aandoening naar voor geschoven. Zij publiceerden in 2012 een Position Statement. Deze vindt in recent onderzoek steeds meer draagvlak en is geïntegreerd in het draaiboek.

### **De visie van het draaiboek samengevat**

In de actuele aanpak van de behandeling van zwaarlijvigheid bij volwassenen, zoals in het draaiboek opgevat, staan zes boodschappen centraal:

1. Zwaarlijvigheid vergt een integrale aanpak vanuit een **bio-psychosociaal** model.
2. De aanpak richt zich prioritair op **leefstijlverandering** ter bevordering van de gezondheid en niet van het schoonheidsideaal.
3. Hulpverlening richt zich op de **preventie en behandeling** van eet- en gewichtsproblemen tegelijk omdat deze nauw met elkaar verbonden zijn.
4. De aanpak is gericht op **duurzame** resultaten en vergt opvolging op lange termijn.
5. De aanpak verloopt **stepped care**: preventieve zorg waar mogelijk en gespecialiseerde zorg waar nodig. Dit vergt multidisciplinariteit en een aangepast competentieniveau van de diëtist in functie van de zorgnood.
6. De patiënt wordt **empathisch** benaderd met aandacht voor zijn totaalbeleving van de aandoening.

### **Theoretische vergelijking van de klassieke en nieuwe behandeling van zwaarlijvigheid bij volwassenen**

Hier wordt onderzocht welke inhoud en uit het draaiboek theoretisch gezien nieuw zijn voor de Vlaamse diëtisten. Hiertoe worden de klassieke en nieuwe benadering met elkaar vergeleken. Nieuwe inhoud en zijn logischerwijze voorspellend voor de ondersteuningsnaden en bijgevolg voor de interventie. De nieuwe zaken worden daarna in een verdiepende literatuurstudie beschreven om de interventie wetenschappelijk voldoende te onderbouwen. Om de interventie tevens correct af te stemmen op de bekende zaken (en uiteraard op de visie van het draaiboek) wordt de vergelijking ook inhoudelijk grondig uitgewerkt.

#### **Wat is de "klassieke" of gangbare benadering?**

De bacheloropleiding Voeding- en Dieetleer is de eerste leerschool waar het begeleidingsproces van dieetvoorschrift tot en met de opvolging van zwaarlijvigheid wordt aangeleerd. Opleidingsprofielen zijn gebaseerd op het beroepsprofiel van de diëtist. De afgestudeerde diëtist beschikt theoretisch gezien dus minstens over de competenties van het beroepsprofiel op het niveau van de beginnende professional. In

het beroepsprofiel staan de inhouden en competenties i.v.m. de behandeling van zwaarlijvigheid op een minder concreet niveau beschreven dan in het opleidingsprofiel. Daarom wordt in deze literatuurstudie de bacheloropleiding Voeding- en Dieetleer van de Thomas More Hogeschool gebruikt als referentie voor de huidige, gangbare ofwel klassieke benadering van de behandeling van zwaarlijvigheid. Voor het leesgemak wordt de theoretische basis uit de opleiding verder de "gangbare" benadering genoemd. De benadering uit het draaiboek wordt de "nieuwe" benadering genoemd. Hiermee wordt geenszins bedoeld dat de opleiding niet actueel zou zijn, integendeel!

De theoretische basis i.v.m. zwaarlijvigheid uit de opleiding bestaat grofweg uit drie onderdelen. Ten eerste wordt het handboek 'Het diëtistisch consult' (2012) als leidraad gebruikt. Ten tweede wordt de behandeling van obesitas bij volwassenen uitgespit in de cursus Dieetleer 1 (Huysmans, 2014). In andere opleidingsonderdelen krijgen de communicatieve en psychologische aspecten bij deze behandeling nog meer aandacht.

#### *Opmerking*

In het draaiboek zijn de taken en rollen van de diëtist meer gespecialiseerd al naargelang de ernst van de aandoening, conform de stepped care visie. In de opleiding wordt de basis aangeleerd en gaat men uit van verdere specialisatie via levenslang leren. De gangbare benadering definiëren in termen van wat de bacheloropleiding aanbiedt, kan dan ook te weinig concreet en dus onvolledig verwoord zijn vanaf het diëtistisch specialistenwerk begint. Dit geldt in het bijzonder voor de thema's bariatric en eetstoornissen. Literatuur en theorie uit de opleiding over deze twee thema's zijn soms minder gespecialiseerd uitgewerkt maar stroken wel minstens met de informatie en adviezen in het draaiboek.

### **Vergelijking gangbare en nieuwe benadering per stap in het behandeltraject**

Hieronder worden de stappen van het behandeltraject van zwaarlijvigheid bij volwassenen systematisch vergeleken tussen de gangbare en nieuwe benadering.

#### **STAP 1: verkenning hulpvraag en motivatie**

In de nieuwe benadering staat de cliënt centraal. De huisarts verkent de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de cliënt ofwel zijn Intentions, Concerns & Expectations (ICE). De hulpvraag start dus vanuit de cliënt. Via multidisciplinair overleg of verwijsbrief krijgt de diëtist de besluiten i.v.m. de ICE alsook een indicatie over de motivatie en klachten. Merk op in tabel 2 dat de klachten zowel rechtstreeks als onrechtstreeks te maken kunnen hebben met zwaarlijvigheid. Vervolgens verkent de diëtist de hulpvraag (opnieuw) en start hij met een exploratie in de breedte, ongeacht de aard van de aanmelding. De verkenning door de huisarts gebeurt in de praktijk soms minder volledig. Na toestemming van de cliënt brengt de diëtist de huisarts op de hoogte, zeker als de cliënt bariatric overweegt.

In de gangbare benadering vertrekt de diëtist zeer vergelijkbaar vanuit het dieetvoorschrift van de arts via de verwijsbrief. Hierin staan idealiter de diagnose, het dieet i.t.v. voedingsstoffen, relevante medische gegevens, doelstellingen en verwachtingen (Huysmans, 2014). Bij gebrek aan een voorschrift of bij een onvolledige verkenning van de hulpvraag voert de diëtist eerst een screening uit. Door middel van gerichte vragen wordt binnen een beperkte tijd vastgesteld of er al dan niet sprake is van klachten en/of symptomen die binnen het competentiegebied van de diëtist vallen. Daarnaast worden de redenen van aanmelding bevraagd. Zo wordt onderzocht of een dieetbehandeling geïndiceerd en veilig is. Zo ja, kan een behandeldoel geformuleerd worden. Het geheel wordt besproken met de cliënt (*Diëtistisch consult*).

Tabel 2: Verkennende fase door de diëtist

GANGBARE BENADERING	NIEUWE BENADERING
DIEETVOORSCHRIFT OF SCREENING	VERKENNING HULPVRAAG & MOTIVATIE
DIEETVOORSCHRIFT <i>via verwijfsbrief/ patiëntenregistratiesysteem :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ diagnose</li> <li>○ dieet i.t.v. voedingsstoffen</li> <li>○ relevante medische gegevens</li> <li>○ doelstellingen</li> <li>○ verwachtingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vraag naar medische info aan verwijzer</li> <li>○ Expliciete vraag naar ICE</li> <li>○ Behandeldoel nog niet geformuleerd</li> </ul>
GEEN DIEETVOORSCHRIFT, DAN SCREENING: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ verkenning aanmelding</li> <li>○ klachten en symptomen</li> <li>○ beoordeling of de hulpvraag binnen het eigen competentiedomein ligt</li> </ul> <p>- Andere gegevens van het dieetvoorschrift worden door de diëtist zelf nagegaan.</p> <p>- De diëtist verwijst door naar huisarts bij vraag naar bariatricie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verkenning aanmelding, klachten i.v.m.:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ gewicht en/of groei</li> <li>○ voeding en eetgedrag (hoeveelheid, frequentie, tempo, selectiviteit)</li> <li>○ beweging en sedentair gedrag</li> <li>○ lichamelijke klachten, o.a. maagdarmklachten, cardiovasculaire problemen, gynaecologische problemen, moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, kortademigheid, verminderde mobiliteit</li> </ul> </li> <li>○ gedragsmatige of psychologische problemen (verstoord welbevinden): problemen op school/werk, bij sportprestaties, depressieve stemming, concentratieproblemen, angst, stress, frustratie, negatief zelfbeeld, psychiatrische aandoening</li> <li>- Beoordeling of de hulpvraag binnen het eigen competentiedomein ligt en</li> <li>- Rapportering aan arts bij bariatricie.</li> </ul>

### *Tussentijds besluit*

M.b.t. de verkenning van de hulpvraag en motivatie overlappen de gangbare en nieuwe benadering grotendeels. Er zijn twee verschilpunten. Ten eerste wordt in de nieuwe benadering het behandeldoel nog niet geformuleerd. Ten tweede komt de verkenning van psychologische factoren wat explicieter aan bod in de nieuwe benadering.

### **STAP 2: inschatting medisch en gezondheidsrisico's via de diëtistische anamnese**

In de nieuwe benadering wordt de multidisciplinaire inschatting van gezondheidsrisico's beklemtoond. Fysiologisch onderzoek (bijv. BMI, middelomtrek, comorbiditeiten) krijgt een evenwaardige plaats naast screenings naar eetstoornissen, levenskwaliteit en andere variabelen gerelateerd aan zwaarlijvigheid. De diëtist krijgt een actieve rol in de multidisciplinaire samenwerking door bijv. zelf naar eetstoornissen en eetstijl te screenen. In de praktijk worden stap 1 en 2 samengenomen in een eerste en soms zelfs tweede consult. Motivatie wordt ingeschat waar het past. Bij patiënten die bariatricie overwegen onderzoekt een gespecialiseerde diëtist de motivatie nog eens extra met het oog op post operatieve complicaties en verslavingsproblematiek.

In de gangbare benadering worden de medische en gezondheidsrisico's d.m.v. de diëtistische anamnese ingeschat. Gegevens die relevant zijn voor de dieetbehandeling

worden verzameld, geïnterpreteerd en besproken met de cliënt. De diëtistische anamnese omvat de bevraging van de persoonsgegevens, motivatie en verwachtingen en een uitgebreide inventarisatie van medische gegevens (zie tabel 3). In de gangbare benadering worden de voor- en nadelen van verschillende antropometrische methoden, waaronder BMI, kritisch belicht om de best beschikbare methoden te selecteren en combineren. Ook de voedingsanamnese met inbegrip van de eet- en leefgewoonten en psychologische factoren maken deel uit van de diëtistische anamnese (Huysmans, 2014). Hierbij worden gevalideerde screeningsinstrumenten gebruikt indien relevant:

- Lichaamsattitudevragenlijst of LAV (Probst e.a., 1998);
- Eating Disorder Evaluation Scale of EDES die ernst en omvang van een eetstoornis inschat (Vandereycken, 1993);
- Anorectic Behavior Observation Scale of ABOS als vragenlijst voor ouders of partner (Vandereycken, 1992);
- Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag of NVE om het type eter in te schatten (Van Strien, 2014).

De diëtistische anamnese wordt op een motiverende, respectvolle en positieve manier uitgevoerd met aandacht voor het zelfbewustzijn van de cliënt. Dit is conform de principes van de motiverende gespreksvoering (Spikmans e.a., 2008; Miller & Rollnick, 2014). De anamneseresultaten worden beoordeeld en vergeleken met het voorschrift.

Tabel 3: Inschatting van medische en gezondheidsrisico's

GANGBARE BENADERING	NIEUWE BENADERING
<b>DIEETBEHANDELING: diëtistische anamnese</b>	<b>INSCHATTING MEDISCHE EN GEZONDHEIDSRISICO'S</b>
Persoonsgegevens: - Administratieve gegevens - Sociale gegevens: <ul style="list-style-type: none"> <li>o gezinssituatie: kinderen, partner</li> <li>o activiteitenpatroon: regelmaat, sedentair gedrag, beweging</li> <li>o steun, tijd, geld</li> </ul>	Persoonsgegevens: - Administratieve gegevens in fase 1 - Sociaal: idem+ expliciete bevraging naar: <ul style="list-style-type: none"> <li>o mogelijkheden &amp; weerstand (+ oorzaken) om te bewegen, open voor kinesist?</li> <li>o sociaal economische status (i.f.v. tijd, geld, faciliteiten en vaardigheden)</li> </ul>
- Verwachtingen: realistisch?, inzicht in behandeling en effect op gezondheid? - Motivatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>o intrinsiek of extrinsiek</li> <li>o inschatting bereidheid tot veranderen en zelfvertrouwen via inschatting stadium<sup>1</sup></li> <li>o bereidheid en mogelijkheden tot levenslange gedragsverandering qua eten en bewegen</li> </ul> - Andere psychologische factoren: <ul style="list-style-type: none"> <li>o type eter (lijngerichte, externe, emotionele eter)<sup>2</sup></li> <li>o bij vermoeden huidige eetstoornis i.s.m. een psycholoog</li> </ul>	

<sup>1</sup> Prochaska & Diclemente (1983)

<sup>2</sup> Uit draaiboek Eetexpert vzw: de diëtist bepaalt welk **type eter** de patiënt is, aangezien dit de behandelaanpak mee zal bepalen. Er worden drie verschillende types onderscheiden, hoewel ze in de praktijk vaak samen blijken voor te komen:

- Emotionele eter: patiënten die meer gaan eten in reactie op stress en negatieve emoties;
- Externe eter: patiënten die eten in reactie op externe voedingsprikkelers zoals de geur en visuele aantrekkelijkheid van voedsel en zich hierdoor makkelijk laten verleiden, ook al hebben ze geen honger;
- Lijngerichte eter: deze patiënten negeren hun hongergevoelens waardoor ze uiteindelijk het contact verliezen met de eigen gevoelens van honger en verzadiging en zich gaan overeten; dit zijn de frequente diëters waarbij de oorzaak van het overeten en het overgewicht in het lijnen zelf ligt.

o levensstijl, emotionele problemen, psychosociale stress (BASO, 2010)	
<b>GANGBARE BENADERING: vervolg</b>	<b>NIEUWE BENADERING: vervolg</b>
Functionele beperkingen & welbevinden (Spikmans e.a., 2008) <sup>3</sup>	
Medisch verleden met o.a.: o andere aandoeningen o verleden van een eetstoornis (herval)	Idem + expliciete inschatting van chronische psychiatrische aandoening, intellectuele of fysieke beperking i.f.v. inschakelen netwerk
Dieetverleden, familiale aanleg (ook van risicofactoren): gewichtsevolutie, aanpak, begeleiding en resultaat eerdere veranderingen + redenen	
<i>Idem voor beide benaderingen maar in gangbare benadering het medische sterker benadrukt.</i>	
- Antropometrische gegevens: bepaling hoeveelheid lichaamsvet & -samenstelling (via gewicht, BMI, middelomtrek, huidplooiemeting, bio-impedantie)	
- Bijkomende risicofactoren voor vroegtijdig overlijden, verhoogd door obesitas: cardiovasculaire ziekten, Diabetes Mellitus type 2, hypertensie, verstoorde bloedwaarden (bloedlipiden, nuchtere glycemie, vitaminen, bloedeiwitten, ...), leeftijd, roken	
- Met obesitas geassocieerde aandoeningen: gynaecologische aandoeningen, artrose, rug- en gewrichtspijnen, slaapapneu, gal- en leveraandoeningen, hormoongevoelige kankers	
Medicatiegebruik: o als oorzaak van gewichtstoename of -afname o om rekening te houden met de interactie medicatie – voedingsstof o om symptomen comorbiditeiten te bestrijden	
o Voedingsanamnese met inzicht in eet- en leefgewoonten: - wat, wanneer, waar, frequentie, hoeveel eten/ drinken - eetcultuur (o.a. Belgisch eetpatroon) - kookvaardigheden, boodschappen doen - eetlust, eetstijl (bewust, tempo, kauwen) - regelmaat in eetpatroon, buitenshuis - supplementgebruik	Idem + expliciete bevraging van: o attitudes en overtuigingen i.v.m. eten: emotionele beleving, functie van eetgedrag, stress- en timemanagement & steeds oog voor eetstoornissen o lichaamsbeeld o slaaphygiëne o afhankelijkheidsproblematiek: roken, alcohol- en druggebruik
o Kwalitatieve beoordeling (of berekening) o Vergelijking voedingsanamnese met energieverbruik en dieetvoorschrift o Op positieve wijze verhoging inzicht van de cliënt in het eigen voedingsgedrag en de link met de klachten en het herstel (steeds op het niveau van de cliënt)	Multidisciplinaire inschatting van zwaarlijvigheid wordt steeds aanbevolen met sterke voorkeur voor betrokkenheid van de psycholoog, zeker bij eetstoornissen.

### *Tussentijds besluit*

Beide benaderingen overlappen grotendeels ook voor deze tweede stap i.v.m. het inschatten van medische en gezondheidsrisico's. Er is wel een nuanceverschil. In de gangbare benadering worden de medische parameters gedetailleerder geanalyseerd. In de nieuwe benadering worden de psychologische factoren standaard geïnventariseerd en wordt hier meer tijd voor voorzien. In de gangbare benadering wordt doorgevraagd op minder psychologische parameters en enkel indien het relevant lijkt voor de diëtist. Beide benaderingen erkennen de meerwaarde van een multidisciplinaire inschatting.

<sup>3</sup> Hiernaar wordt verwezen in het Diëtistisch consult. Bijlage 3 van het werk van Spikmans e.a. is een vragenlijst, ontworpen voor diëtisten, die polst naar functionele beperkingen (bijv. bij ADL zoals zich wassen en aankleden) en het socio-emotioneel welbevinden (bijv. angst en sociale belemmeringen).

### STAP 3: diëtistische diagnose, inschatting ernst en indicatie behandeling

In de nieuwe benadering wordt de ernst ingeschat aan de hand van de EOSS-stadiëring die ook de behandeling indiceert. Dit werd gekaderd in de visie op p.8-10. Herinner dat risicofactoren, lichamelijke en psychologische symptomen, weerslag op welzijn en functionele beperkingen op gelijke hoogte staan in de behandelindicatie, ongeacht de BMI of middelomtrek. Gewichtsverlies van 5 à 10 % wordt pas mogelijk geïndiceerd vanaf stadium 2, dus secundair aan het doel tot leefstijlverandering.

Bariatric wordt enkel geïndiceerd na een gedocumenteerde afvalpoging van minstens een jaar zinnig dieet en voldoende lichaamsbeweging. De definitie van een niet succesvolle gedocumenteerde dieetbehandeling ontbreekt. De beslissing voor heelkunde kan enkel genomen worden na uitgebreid multidisciplinair advies met informed consent. Deelname van een diëtist aan het multidisciplinair bariatrisch overleg is wettelijk niet vereist in België. Toch heeft de diëtist een belangrijke functie in de preoperatieve setting (indicatiestelling, input voor multidisciplinair advies) en postoperatieve begeleiding.

In de gangbare benadering worden uit de verschillende anamneses conclusies getrokken en problemen gedefinieerd in de vorm van een diëtistische diagnose (Huysmans, 2014). Dit leidt samen met het therapeutisch algoritme van de BASO-consensus (2010) tot een behandelindicatie. In dit algoritme is het medisch risico (BMI, middelomtrek, comorbiditeiten) bepalend voor gewichtsverlies als expliciet behandelgoal, tenzij er een tegenindicatie voor vermagering is. M.u.v. zwangerschap en lactatie wordt een algemeen cijfermatig gewichtsverlies van 5 à 10 % in 6 maanden geïndiceerd bij risicovol overgewicht of bij obesitas (zie tabel 4) en een afname van de buikomtrek met 10%. De ernst van andere parameters dan BMI en middelomtrek wordt niet uitgedrukt. De BASO-consensus voorziet dus ook geen behandelindicatie in functie van de ernst van het geheel aan medische en psychologische parameters en functionele beperkingen. Dit wordt overgelaten aan de arts en/of het multidisciplinair team.

Tabel 4: Indicatie behandeling van overgewicht en obesitas i.f.v. het gezondheidsrisico

<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>					
<b>Behandeling</b>	25,0 – 26,9	27,0 - 29,9	30,0 – 34,9	35,0 – 39,9	≥ 40
<b>Dieet, fysieke activiteit en gedragstherapie</b>	Indien minstens 2 risicofactoren		x	x	x
<b>Farmacotherapie</b>	0	Indien minstens 2 risicofactoren	x	x	x
<b>Heelkunde</b>	0	0	0	Indien minstens 2 risicofactoren	x

Tabel 5: Vergelijking diëtistische diagnose en inschatting ernst met indicatiestelling

GANGBARE BENADERING	NIEUWE BENADERING
DIETISTISCHE DIAGNOSE	INSCHATTING ERNST
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inschatting ernst van medische factoren gebeurt door arts. Ernst van psychologische factoren wordt eventueel door arts, psycholoog en/of psychiater bepaald.</li> <li>○ Gegevens anamneses zijn niet allen even belangrijk voor de indicatiestelling.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inschatting ernst uitgedrukt in stadia.</li> <li>○ Lichamelijke en psychologische parameters staan qua belang op hetzelfde niveau.</li> <li>○ Elk lid van het multidisciplinair team kan een aandeel in de indicatiebepaling hebben, afhankelijk van het type symptomen.</li> <li>○ Stadium indiceert behandeling.</li> </ul>
<p>Indicatie voor stabilisatie gewicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BMI: 25 – 29,9 met maximum 1 risicofactor</li> <li>○ middelomtrek <math>\geq</math> 88 cm (bij vrouwen) of <math>\geq</math> 102 cm (bij mannen) met maximum 1 risicofactor</li> </ul>	<p>Indicatie voor stabilisatie gewicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ geen cijfermatige presentatie of doelen gerelateerd aan een stadium, wel leefstijlinterventies</li> <li>○ stadium 0 en 1</li> </ul>
<p>Indicatie voor vermagering (en aanpak risicofactoren):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BMI <math>\geq</math> 30</li> <li>○ BMI: 25 – 29,9 èn min. 2 risicofactoren</li> <li>○ middelomtrek: <math>\geq</math> 88 cm (vrouwen) of <math>\geq</math> 102 cm (mannen) èn min. 2 risicofactoren</li> </ul>	<p>Indicatie voor vermagering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ multidisciplinaire obesitasbehandeling vanaf stadium 2</li> </ul>
<p>Tegenindicatie voor vermagering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ psychische stoornissen</li> <li>○ ernstige ziekte waarbij vermagering nefast is</li> <li>○ zwangerschap en lactatie</li> </ul>	<p>Tegenindicatie voor vermagering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ stadium 0 en 1 (stabilisatie is voldoende)</li> <li>○ psychische stoornis in samenspraak met psycholoog/ psychiater</li> <li>○ zwangerschap en lactatie</li> </ul>
<p>Aanpak risicofactoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ afhankelijk van oordeel arts en van motivatie en mogelijkheden patiënt via stapsgewijze aanpak</li> </ul>	<p>Aanpak risicofactoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ drastischer naargelang het stadium vordert, haalbaar voor de patiënt en met toenemende multidisciplinaire ondersteuning en middelen.</li> </ul>

### *Tussentijds besluit*

In de nieuwe benadering verloopt de inschatting van de ernst met bijhorende indicatiestelling volgens de EOSS-stadiëring waarbij psychologische en lichamelijke symptomen gelijkwaardig een stadium bepalen, onafhankelijk van cijfermatige gegevens zoals de BMI en middelomtrek. Met het stadium neemt de intensiteit en specialiteit van de geïndiceerde behandeling toe. In de gangbare benadering wordt via de diëtistische diagnose eveneens rekening gehouden met zowel lichamelijke als psychologische factoren in de bepaling van de ernst en behandeling. Verschillend van de nieuwe benadering bepaalt de cijfermatige BMI mede de ernst en de behandeling waarin een cijfermatig streefdoel voor gewichtsverlies voorkomt.

### **STAP 4: behandeling, zorgtraject**

De indicatie wordt vertaald in een concrete behandeling. Logischerwijze leidt de verschillende methode om de ernst en behandelindicatie te bepalen tot een verschillende behandeling. De twee benaderingen komen echter grotendeels op hetzelfde neer. Hierna wordt eerst de behandeling toegelicht volgens de gangbare benadering. Vervolgens worden enkel de verschillen met de nieuwe benadering besproken om onnodige herhaling te vermijden. De essentie van de vergelijking staat genoteerd in het tussentijds besluit van deze paragraaf.



In de *gangbare benadering* (Huysmans, 2014) is de behandeling van zwaarlijvigheid gericht op gezondheidswinst in brede zin. Dit houdt zowel preventie in als curatie van problemen die gepaard (kunnen) gaan met obesitas en dit zowel op lichamelijk als psychologisch vlak. Een middel daartoe is gewichtsverlies. Dit gewichtsverlies wordt bekomen als resultaat van een proces waarin de patiënt gezonde en duurzame eet- en leefgewoonten leert aannemen en behoudt, al dan niet via een energiebeperkt dieet. Onafhankelijk van gewichtsverlies is het immers mogelijk dat de gezondere leefstijl resulteert in gezondheidswinst. Omgekeerd werd ook vastgesteld dat 5 à 10% gewichtsverlies resulteert in gezondheidswinst (verlaging LDL-cholesterol en triglyceriden en stijging HDL-cholesterol), onafhankelijk van het aannemen een gezondere leefstijl om dit te bereiken. Naast een aangepast voedingsluik maken fysieke activiteit en gedragsondersteuning integraal deel uit van de behandeling.

Wanneer gewichtsverlies via een energiebeperkt dieet geïndiceerd wordt, worden de volgende doelstellingen nagestreefd:

- afname van het lichaamsgewicht met 5 à 15% en 10% van de middelomtrek bij abdominale vetopstapeling in ongeveer 6 maanden. Hierna kan beslist worden over de noodzaak tot verdere vermagering;
- verbetering of voorkomen van met obesitas geassocieerde verwickelingen zoals dyslipidemie, diabetes type II, hypertensie, slaap- en gewrichtsproblemen, vermindering van het psychosociaal functioneren, ....
- duurzaam gewichtsverlies door gezondere eet- en leefgewoonten in plaats van vluchtig gewichtsverlies en een dalend welzijn via hypocalorische diëten en falende leefstijlveranderingen.

De behandeling van overgewicht en obesitas via energiebeperking is altijd gebaseerd op het verkrijgen van een negatieve energiebalans zodat het lichaam vetweefsel verbrandt om in de energiebehoefte te voorzien. Een matige energiebeperking van 600 kcal t.o.v. de huidige calorie-inname blijkt gemiddeld genomen het meest effectief te zijn om gewichtsverlies te bereiken. De graad van energiebeperking wordt echter afgestemd op de individuele energiebehoefte (leeftijd, geslacht, fysieke activiteiten), de graad van zwaarlijvigheid, de huidige calorie-inname en de mogelijkheden van de patiënt. Realistisch maatwerk primeert op onrealistische theoretische aanbevelingen.

Gezondheidsvoordelen via een gezondere leefstijl worden best duurzaam bereikt. Dit vergt een traag proces omdat het een levenslang haalbaar eet- en beweegpatroon betreft op maat van de patiënt dat geïnternaliseerd moet worden. De methode van motiverende gespreksvoering leent zich hiertoe. Zowel de streefdoelstellingen als de aanpassingen i.v.m. voedselinname en beweging worden in overleg met de cliënt bepaald, stapsgewijs bereikt en later in overleg met de patiënt bijgesteld indien nodig. De aanpassingen sluiten ook zo goed mogelijk aan bij het individuele eet- en leefpatroon.

Daarnaast werkt de diëtist inzicht verhogend wat de zelfredzaamheid, het zelfvertrouwen en dus ook de motivatie van de patiënt bevordert. Temposchommelingen in het gewichtsverlies met de weerslag op motivatie worden bijv. verklaard. De diëtist kan de patiënt ondersteunen in zijn gedragsverandering door het aanbieden van praktische tips, hulpmiddelen en informatie. Dieetlijsten (individueel aangepast), ruilwaardenlijsten, lijsten voor tussendoortjes en beleg, bereidingstips en recepten, en visuele voorstellingen van geschikte portiegroottes zijn daar voorbeelden van. Ook het leren interpreteren van voedingsinformatie op verpakkingen, het weerleggen van foute aannames, het leren omgaan met prikkels die aanzetten tot eten en het delen van andermans tips, kan de diëtist in deze aanbieden, steeds op maat van de behoeften van de patiënt. Hetzelfde geldt voor het integreren van meer beweging in de individuele leefstijl en voor de gedragsondersteuning (zie verder).

Wat betreft het voedingsluik kan in de praktijk dikwijls een bijsturing van de grote voedingsfouten en verkeerde inzichten i.v.m. het eetpatroon, de voedselkeuze en de bereidingswijze volstaan. De diëtist waakt over een evenwichtige en gevarieerde voeding volgens de principes van de actieve voedingsdriehoek met een beperking van vetten, mono- en disachariden en alcohol en een aanbod aan voldoende essentiële nutriënten en vocht. De verhoudingen en/of hoeveelheden en/of frequenties worden cijfermatig geconcretiseerd in praktisch uitvoerbare termen voor de patiënt zoals bijv. aantal boterhammen. Enkel de diëtist berekent soms de nutriënten en calorieën om te controleren of de vertaalslag van dieetvoorschrift naar voedingsadvies correct is.

In uitzonderlijke gevallen kan een zeer laag energetisch dieet zinvol zijn indien van korte duur en begeleid door een diëtist. Dit levert gemiddeld 1,5 kg gewichtsverlies op per week met behoud van de magere massa. Dit voor een periode van 6 weken à 3 maanden waarna overgeschakeld wordt op een energiebeperkt dieet zoals hierboven beschreven. Drie indicaties worden aangehaald: een BMI groter dan 30 met faling van een klassiek energiebeperkt dieet, aanwezigheid van ernstige metabole en/of cardiovasculaire problemen of de noodzaak tot snelle vermagering (bijv. voor een operatie). Ook voor patiënten die totaal willen breken met hun uiterst fout eetpatroon kunnen onderdelen van het extreem dieet tijdelijk zinvol zijn. Tegenindicaties zijn de afwezigheid van strikt medisch toezicht, aanwezigheid van lever-, hart- of nierfalen, type 1 diabetes, psychiatrische stoornissen, zwangerschap en te jonge leeftijd (-18 jaar).

Voor en na een bariatrische ingreep wordt het voedingsadvies afgestemd op het type ingreep (restrictief, malabsorptief of gecombineerd) en op verdere individuele fysiologische behandelnoten. Om de patiënt tegen medische complicaties en voedingstekorten te beschermen, worden hoeveelheden minder vrijblijvend geadviseerd dan in een "normaal dieet".

Fysieke activiteit is het tweede facet van de behandeling van zwaarlijvigheid vanwege de positieve invloed op de cardiovasculaire risicofactoren, een betere levenskwaliteit (zelfvertrouwen en psychologisch welzijn) en het behoud van het gewichtsverlies en de vetvrije massa. Deze doelstellingen worden gecommuniceerd aan de patiënt. De diëtist vangt een eventuele teleurstelling vanwege een beperkt gewichtsverlies door beweging op. De diëtist erkent ook dat sport en beweging van de zwaarlijvige een grotere inspanning vraagt o.w.v. de lagere inspanningscapaciteit en mogelijke schaamtegevoelens over het eigen lichaam.

De *gangbare benadering* beklemtoont de nood aan een realistisch en veilig beweegprogramma dat rekening houdt met de graad van zwaarlijvigheid, de fysieke conditie en de aanwezigheid van risicofactoren. Hiervoor is soms samenwerking met een arts en/of kinesist nodig. Lichaamsbeweging wordt ten eerste ingebouwd in het dagelijkse leven. Bijkomend zijn sportactiviteiten aangewezen om het vetverlies te behouden. Minimaal drie keer per week aerobe inspanningen leveren aan een matige intensiteit geniet de voorkeur.

De *nieuwe benadering* zegt hetzelfde i.v.m. lichaamsbeweging. De verschillende invloed van kracht- en duurtraining op lichaamssamenstelling en op het basaal metabolisme worden zowel in het cursusmateriaal als in het draaiboek niet geëxpliciteerd. In de artikels uit de bronnenlijst van het draaiboek wordt het effect wel verklaard. Dit thema wordt dus in de verdiepende literatuurstudie behandeld.

Het derde facet in de behandeling van zwaarlijvigheid is volgens de *gangbare benadering* de gedragsondersteuning als belangrijke factor voor duurzame resultaten. Hierbij ligt de klemtoon op tweerichtingsverkeer. De diëtist toont empathie en respect en luistert actief. De patiënt voelt zich gesteund, krijgt meer zelfvertrouwen, kan zelfverantwoordelijkheid tonen en de motivatie stijgt.

Een aanpak met enkel eenrichtingsverkeer van de diëtist naar de patiënt wordt afgeraden. Als de patiënt nog niet klaar is om zijn voedingsgedrag aan te passen, ook niet na verhoging van het inzicht bij de patiënt, heeft verder aandringen geen zin en wordt de behandeling door de diëtist voorlopig stopgezet. Goedbedoelde adviezen over een verandering van eet- en leefstijl kunnen immers weerstand oproepen bij de patiënt en leiden tot een sneller herval.

Concreet wordt in de *gangbare benadering* vooral het motiveren tot gezond eetgedrag benadrukt. Dit motivatieproces bestaat uit drie fasen waarin principes uit de motiverende gespreksvoering van Miller en Rollnick (2009) en het vijfphasenmodel van Prochaska en Diclemente (1983) geïntegreerd worden. Zie verdiepende literatuurstudie. Ten eerste wordt voeding als onderwerp aangekaart. Positieve punten uit de anamnese worden benadrukt. De patiënt bepaalt de doelen en leefstijlveranderingen die enerzijds gevoed zijn door uitleg van de diëtist over gezondheidsvoordelen en onjuiste opvattingen. Anderzijds maakt de patiënt keuzes na verhoging van het zelfinzicht m.b.t. de beïnvloedende factoren om leefstijlveranderingen door te voeren zodat gekozen wordt voor een stapsgewijze, haalbare aanpak. Gidsende acties die de diëtist kan ondernemen zijn bijv. het bewustzijn over het eigen eetpatroon aanscherpen via een eetdagboek, rechtstreeks vragen naar oorzaken van een gebrekkige motivatie, voor- en nadelen voor oud en nieuwe gedrag laten oplijsten, bevorderende en belemmerende factoren voor gezond gedrag laten oplijsten, de patiënt zelf argumenten en oplossingen laten zoeken ter bevordering van gezond gedrag, ... De diëtist pusht dus niet bij twijfel, weerstand of gebrek aan motivatie maar toont begrip en laat de patiënt de kans om nieuwe inzichten te laten bezinken en er later alsnog op terug te komen.

De actieve betrokkenheid van de patiënt wordt verdergezet in de tweede fase: de patiënt coachen in de gedragsverandering. Inspelend op de noden en vragen van de patiënt helpt de diëtist via de principes van motiverende gespreksvoering om de doelen om te zetten in gedragsmatige acties. De diëtist coacht bij het zoeken naar oplossingen, sociale steun e.a. hulpbronnen ter ondersteuning van de evolutie naar gezond gedrag. Heel belangrijk is ook het vernoemen van het leerproces. Zeker ter preventie van eetstoornissen benadrukt de diëtist dat een eventuele mislukking niet aanzien mag worden als falen maar als aanleiding om uit te leren en het in de toekomst anders te doen.

In de derde fase van het coachingproces volgt de diëtist de patiënt op. Ze is mee enthousiast over het resultaat van geleverde inspanningen. Wat het resultaat is, wordt niet gedefinieerd. Of de geleverde inspanningen (gezondere eet- en leefgewoonten zonder gewichtsverlies) op zich ook een resultaat zijn, wordt dus in het midden gelaten. De diëtist helpt de patiënt wel met het zoeken naar oplossingen voor de oorzaken van een minder goed resultaat en leert de patiënt omgaan met mislukking. Ten slotte bepaalt de patiënt onder begeleiding van de diëtist het verder verloop: keuzes en doelen bijstellen of behouden.

#### *Opmerking*

Bij een medicamenteuze behandeling vestigt de diëtist de klemtoon op het feit dat medicatie ondersteunend kan werken maar dat een verandering in leefstijl primeert. De diëtist informeert over de werking, het gebruik en de gevaren van zinvolle medicatie en zinloze middeltjes. Hetzelfde (nood aan leefstijlverandering) geldt voor bariatricie.

De *nieuwe benadering* komt grotendeels overeen met de *gangbare benadering*. Het overkoepelende doel (gezondheidswinst) en de methode (leefstijlverandering via drie aspecten: voeding, beweging en gedragsondersteuning) worden in beide benaderingen duidelijk herkend. Er zijn wel twee cruciale nuanceverschillen. Ten eerste impliceert de EOSS-stagering dat de **aard** van de behandeling afhangt van de hulpvraag van de patiënt (ICE) met aandacht voor het psychosociale luik in alle stadia.

Conform is multidisciplinaire samenwerking al aanwezig vanaf stadium 0. Ten tweede komen er in de behandeling amper cijfermatige kilo's en centimeters ter sprake gezien de **focusverschuiving** van gewicht naar gezondheid. Deze nuanceverschillen worden achtereenvolgens uitgediept.

Ten eerste is er het nuanceverschil i.v.m. de aard van de behandeling. Een direct gevolg van de hulpvraag en ICE van de patiënt als startpunt is de noodzaak om de autonomie van de patiënt te respecteren in de behandelstijl. De patiënt is kapitein van zijn veranderproces richting een gezonde leefstijl. Drie motivatietheorieën in het draaiboek houden hier rekening mee:

1. Zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000);
2. Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2014);
3. Stadia van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente, 1983).

Hoewel de opleiding deze kaders aanreikt, worden ze in het draaiboek geïntegreerd en doorgedreven toegepast in de totaalaanpak van zwaarlijvigheid. Daarom worden ze in de verdiepende literatuurstudie nader toegelicht.

Een ander gevolg van het eerste nuanceverschil is het feit dat psychosociale doelen t.g.v. gewichtsproblemen evenveel aandacht krijgen dan fysieke doelen. Het herstel van het psychosociaal welbevinden, ontstaan door gewichtsproblemen, kan een expliciet behandeldoel zijn in stadium 1 en gewichtsreductie niet. Een andere illustratie van de expliciete aandacht voor psychosociale factoren is de aanbeveling om de eigen (onbewuste) stigmatisering als diëtist te onderzoeken omdat het bij patiënten leidt tot het later zoeken naar hulp, een hogere drop out, psychologische problemen en tot het tegengestelde van wat men wil bereiken: ongezond eetgedrag, minder lichaamsbeweging en afname van de motivatie. Stigmatisering wordt verder uitgediept.

De nieuwe benadering vermeldt ook de doorgaans mindere draagkracht van zwaarlijvigen te wijten aan psychische factoren en een lagere SES om als diëtist rekening mee te houden. Vermeldenswaardig is de vaststelling dat net bij deze mensen de teleurstelling kleiner is bij falen en ze daarom minder snel afhaken dan succesvolle starters maar ook dan mensen met psychische stoornissen. Dit gegeven biedt mogelijkheden voor de diëtist om mee een ondersteunende omgeving te creëren. Daarnaast krijgt de diëtist handvatten aangereikt om de voedingsbegeleiding af te stemmen op de noden van patiënten met een persoonlijkheidsstoornissen, hoewel de diëtist deze stoornissen niet behandelt. Dit werd voldoende uitgediept in het draaiboek.

Indien de diëtist daarin gespecialiseerd is, kan ze een belangrijke rol spelen in de behandeling van een eetstoornis. De multidisciplinaire behandeling richt zich op het doorbreken van zichzelf versterkende mechanismen, door het geleidelijk herwinnen van de verloren controle over het eetgedrag en het opbouwen van een gezond eetpatroon. De diëtist heeft een belangrijke rol in het doorbreken van de vicieuze cirkel bij eetstoornissen, waarbij het draaiboek een concreet stappenplan aanbeveelt. Samengevat wordt eerst de eetstructuur genormaliseerd en stopt de compensatie als die er was. Tijdens het behandelproces wordt er gewerkt aan de bewustwording van (de stimulansen tot) het eetgedrag. Zelfcontroletechnieken worden aangeleerd (bijv. ook via alternatieve reacties bij blootstelling aan uitlokkers) en eetbuien nemen geleidelijk af. De diëtist heeft een belangrijke rol bij het voorlichten over gezonde porties.

In de *gangbare benadering* ligt de klemtoon i.v.m. de aard van de behandeling eerder op fysieke noden zonder het psychosociale te negeren. De gedragsondersteuning door de diëtist heeft een eerder instrumenteel karakter om vooral fysieke gezondheidsdoelen te bereiken. In de *nieuwe benadering* staat de autonomie van de patiënt centraal wat het psychosociaal aandeel in de behandeling vergroot.

Het tweede nuanceverschil houdt in dat er in de nieuwe benadering zo min mogelijk cijfermatige parameters en doelen geformuleerd worden aangezien de focus op gedragsverandering en gezondheidswinst primeert op gewichtsverlies. Dit wordt o.a. geïllustreerd d.m.v. het advies om te communiceren over deze paradigmashift aan de patiënt en aan de omgeving ter bevordering van sociale steun. Als tweede voorbeeld wordt in de gangbare benadering een BMI hoger dan 30 in combinatie met een falend dieetverleden als mogelijke indicatie gebruikt voor een laag calorisch dieet. Dit zonder de aanwezigheid van lichamelijke of psychologische problemen als extra voorwaarde te vermelden zoals dat wel in de EOSS-stagering gebeurt. De behandeling wordt ook deels kwantitatief geconcretiseerd. De keerzijde van de nieuwe benadering is dat ze niet kan genieten van het voordeel van cijfermatige parameters. Deze kunnen immers een concrete houvast bieden als één van de vele parameters in de indicatiestelling, de behandeling, als objectief resultaat in de opvolging maar ook in multidisciplinair overleg en (internationaal) wetenschappelijk onderzoek. Bovendien mag het belang van de cijfermatige parameters niet uit de context getrokken worden. Een hoger doel dan cijfers nastreven blijft ook in de gangbare benadering het bereiken van gezondheidswinst via duurzame leefstijlveranderingen.

Ook in het geval van bariatrische chirurgie ligt de focus van de nieuwe benadering op gezondheid in plaats van een streefgewicht voorop te stellen. De diëtist licht de veranderingen in eet- en beweeggedrag toe aan de patiënt die noodzakelijk zijn voor en na de chirurgie. Gespreksonderwerpen zijn de voedingsstatus (met speciale aandacht voor eiwitten, thiamine, vitamine B12, vitamine D, ijzer, zink en koper), gewichtsverlies, eetgedrag (inclusief het leren aanvoelen van een nieuw verzadigingspunt), maaltijdopbouw na de ingreep, en het bereiken van een definitieve volwaardige voedingstoestand hierna zonder complicaties. De diëtist begeleidt deze thema's ook praktisch. Bij eetstoornissen wordt het gewicht wel gecontroleerd, een opvallend advies in de nieuwe benadering. Het gebruik van de personenweegschaal dient flexibel te gebeuren en kan variëren naargelang de problematiek en de fase van de behandeling. De diëtist neemt tijd om de rationale ervan uit te leggen.

Tabel 6: Vergelijking behandelfase

GANGBARE BENADERING	NIEUWE BENADERING
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Focus op gezondheidswinst</li> <li>- Gewichtsverlies als middel met principe: negatieve energiebalans               <ul style="list-style-type: none"> <li>o via gezonde en duurzame eet-en leefgewoonten, fysieke activiteit en gedragsondersteuning</li> <li>o vooral bijsturing van grote voedingsfouten en verkeerde inzichten, enkel berekeningen voor de diëtist</li> <li>o motivatieproces in drie fasen:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>o voeding als onderwerp</li> <li>o coaching in gedragsverandering</li> <li>o follow up</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Voorwaarden:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o realistisch maatwerk : zoveel mogelijk aansluitend bij het bestaande eet- en leefpatroon, stapsgewijze aanpak</li> <li>o de diëtist als informatieverstrekker en coach: actieve betrokkenheid van de cliënt (overleg met cliënt, verhoging zelfinzicht en zelfverantwoordelijkheid, falen = leren)</li> </ul> </li> <li>- Gewichtsevolutie als veel gebruikte parameter in de evaluatie.</li> </ul>	<p>Idem <b>MAAR nuanceverschillen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• autonomie van patiënt (incl. hulpvraag en ICE) is leidend voor de aard van de behandeling</li> <li>• doorgedreven toepassing van motivatiekaders</li> <li>• psychosociaal luik in alle EOSS-stadia (met aandacht voor invloed van stigmatisering en omgeving)</li> <li>• aandacht en preventie, onderkenning en opvolging van mogelijk eetgestoord gedrag dat samengaat met het overgewicht</li> <li>• multidisciplinaire samenwerking vanaf stadium 0 en eerste lijn</li> <li>• behandeling bevat zelden cijfers</li> </ul>

### *Tussentijds besluit*

Grotendeels komen de gangbare en nieuwe benadering overeen. Er is eerder sprake van nuanceverschillen. In de nieuwe benadering wordt er nog meer de nadruk gelegd op leefstijlveranderingen als middel en doel van gezondheidswinst en op de evenwaardigheid van bio-psycho-sociale factoren in de behandelfase wat de noodzaak aan multidisciplinaire samenwerking en een specialisme van de diëtist impliceert.

### **Informereren van de verwijzer**

Volgens de *gangbare benadering* is het nuttig de verwijzer te informeren opdat de arts de gezonde leefstijl op lange termijn mee ondersteunt. Via schriftelijke verslagen of eventueel telefonisch wordt informatie uitgewisseld. Bij de opstart van de behandeling worden de diëtistische diagnose, de belangrijkste aandachtspunten in het advies en afspraken meegedeeld. Aan de arts wordt gevraagd om relevante meetwaarden op te volgen en de motivatie te ondersteunen. Tijdens de behandeling wordt de arts op de hoogte gesteld van nieuwe bevindingen en bijstellingen. Aan het einde van de behandeling krijgt de arts info over de evaluatie van de doelstellingen en de follow up. Hier is vooral sprake van eenrichtingsverkeer. In sommige klinische settings is er multidisciplinaire communicatie via online tools.

In het *draaiboek* wordt een stappenplan voorgesteld dat tweerichtingsverkeer impliceert:

- Start: degelijke verwijsbrief van huisarts met biometrische gegevens, labowaarden, relevante medische gegevens, vraagstelling en gewenste overlegvorm.
- Na de eerste consultatie bij de diëtist: kort verslag met bevindingen aan de huisarts (voedingsanamnese) en werkhypothese.
- Na drie consultaties bij de diëtist: uitgebreid vervolgrapport aan de huisarts met metingen (gewicht, buikomtrek, lengte) of eventuele testresultaten, bevindingen anamneses, behandelplan, andere opmerkingen, voorstel tot verdere opvolging en afspraak verder overleg.
- Extra overleg: indien patiënt stopt, op een evaluatiemoment (bijv. na 3 maanden begeleiding), bij belangrijke wendingen in de begeleiding.

### *Tussentijds besluit*

In de nieuwe benadering gebeurt het informeren van de verwijzer frequenter tijdens de behandeling en wordt er ook meer tweerichtingsverkeer voorgesteld.

### **Follow up**

In de *gangbare benadering* wordt de therapietrouw en het effect van de behandeling beoordeeld in vervolggconsultaties. Op basis hiervan kunnen de dieetadviezen en behandeldoelen eventueel aangepast worden. Hoe intenser de begeleidingsnood, hoe meer consultaties, wat meestal het geval is bij chronische aandoeningen zoals obesitas. Meer consultaties laten ook toe om stapsgewijs te werken. Stapsgewijs worden doelen verlegd, wordt het inzicht verhoogd en kennis geactualiseerd. Het precieze aantal consultaties en een tijdsperiode worden niet geconcretiseerd. Wel wordt de periode van 6 maanden na de opstart als belangrijke periode vernoemd omdat dan stabilisatie van het gewicht optreedt. De behandeling in termen van energie-inname en energieverbruik moet dan aangepast worden en daarnaast wordt het dieet vaak minder strikt opgevolgd. Dit wordt dan ook als twee veelvoorkomende oorzaken genoemd van het jojo-effect dat bij 80% van de patiënten optreedt. Ook bij succesvolle vermagering is er voor onbepaalde tijd opvolging nodig met stabilisatie van het gewicht als doel.

In de nieuwe benadering wordt een evaluatie gepromoot op een breder bio- psychosociaal niveau met het accent op de evolutie in de gezondheidsbevordering. BMI en gewichtsevolutie zijn hoogstens één aspect in de evaluatie.

Het zijn minder belangrijke indicatoren voor het behandelingsucces dan de stabiliteit van de gedragsveranderingen en het welbevinden, ook bij bariatrische patiënten. Passend bij deze visie wordt vanaf het begin een begeleiding van minstens 2 jaar gemeld. Vanaf 6 maanden behandeling kan er sprake zijn van stabiele gedragsverandering en welbevinden. Er wordt niet gesproken over een aanpassing van de energie-inname of het energieverbruik. Ter preventie van herval volgt een follow up van minstens 1,5 jaar met minstens om het half jaar een consultatie. Bij herval wordt aangeraden om opnieuw de risico's te inventariseren met meer aandacht voor de andere domeinen dan de vorige keer en volgt een aangepaste behandeling. Bij bariatrische patiënten is de eerste twee jaar na de operatie frequente follow-up (na 1, 3, 6, 12 en 18 maanden) aanbevolen door verschillende disciplines, ook door de gespecialiseerde diëtist. Bij succes kan een jaarlijkse follow-up volstaan, maar wel levenslang wegens het verhoogd risico op psychologische problematiek (zie verdiepende literatuurstudie).

#### *Tussentijds besluit*

In de twee benaderingen wordt vermeld dat follow up gericht is op stabilisatie en terugvalpreventie. In de nieuwe benadering wordt stabilisatie van de gezonde leefstijl en het welbevinden als succes opgemeten terwijl in de gangbare benadering stabilisatie van het gewicht en leefstijl geëvalueerd worden. De nieuwe benadering voorziet de behandeling meteen op lange termijn (minstens 2 jaar) aangezien het om duurzame leefstijlverandering gaat.

### **Multidisciplinair samenwerken**

In *beide benaderingen* neemt de diëtist de trekkersrol op in de voedingsbegeleiding en de detecterende en communicerende rol in de begeleiding van medische comorbiditeiten en psychologische factoren. Deze rollen kunnen uitgebreid worden naargelang de eigen specialiteit reikt. In de *gangbare benadering* wordt de meerwaarde van multidisciplinariteit samengevat als de combinatie van competenties, onderlinge ondersteuning en een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de patiënt. In de *nieuwe benadering* wordt hieraan toegevoegd dat het ook financieel voordeliger is als de maatschappelijke kosten meegerekend worden en het comfortabeler is voor de patiënt wegens een gerichtere doorverwijzing.

*Beide benaderingen* erkennen dat multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg nog niet vanzelfsprekend is. In het *draaiboek* worden hier verklaringen voor genoteerd, gebaseerd op ervaringen van eigen projecten. Teamleden kennen elkaars taken, bevoegdheden en werkzaamheden onvoldoende. Als er wordt samengewerkt, zijn de hulpverleners tevreden. Ze rapporteren beter maatwerk en eigen professionalisering. Er is nood aan specifieke coaching in het interdisciplinair samenwerken zodat geweten is wie waarbij te betrekken. Ook leeft de nood aan een zorgcoördinator als centrale spil van het multidisciplinair team. Hierbij sluit de communicatienood aan. Zowel de bereidheid tot infodeling als de beschikbaarheid van geschikte communicatiemiddelen horen hiertoe. Telefoon, mail en softwarepakketten kunnen. Persoonlijk overleg geniet de voorkeur. Ook de kostprijs, zowel voor de patiënt die meer consultaties moet betalen als voor de teamleden voor het geleverde werk, staat multidisciplinair werken in de eerstelijnszorg in de weg.

Ook de *opleiding* geeft via externe bronnen (bijv. Tijdschrift voor voeding en diëtetiek, 2013;39:2) indicaties voor oorzaken van een gebrekkige multidisciplinaire samenwerking. Zo blijkt de rol van diëtisten in de praktijk niet duidelijk te zijn hoewel het beroepscompetentieprofiel (2010) aangeeft dat de diëtist een actor in de voedingszorg is die zowel preventieve als curatieve geneeskunde omvat. In deze rol adviseert de diëtist om de voedingstoestand van de patiënt te verbeteren of te behouden en is zij verantwoordelijk voor de aanwezigheid van nutritioneel verantwoorde maaltijden in de collectiviteiten.

Om haar rol te vervullen lijkt de diëtist afhankelijk te zijn van de arts. Thoresen et al. (2008) vonden dat een grotere interesse van de arts in voeding, het erkennen van het belang van voeding in de behandeling en een frequenter contact tussen arts en diëtist tot meer effectief doorverwijsgedrag leiden. In het beroepsprofiel wordt de rol van de diëtist in het psychosociale luik van het begeleidingsproces niet vernoemd. Tegelijk blijkt uit onderzoek van Declercq (2013) dat het klimaat tot bijscholen ongunstig is om zich hierin te verdiepen.

Er is ook goed nieuws. The British Association of Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) heeft een voorstel uitgeschreven om te werken naar excellentie in de voedingszorg door alle betrokken disciplines (artsen, verpleegkundigen, diëtisten, apothekers, ...) en zich te laten specialiseren in de voedingsproblematiek en de voedingszorg multidisciplinair te leveren i.p.v. dit als discipline afzonderlijk aan te pakken. Een multidisciplinaire aanpak zou betere resultaten leveren. Ongeveer 74% van de respondenten geeft aan deel uit te maken van een multidisciplinair team.

#### *Tussentijds besluit*

Hoewel de multidisciplinaire aanpak door onderzoek wordt gepromoot o.w.v. een groter behandelingsucces, is ze in de praktijk slechts deels in opmars. Dit hangt af van eerdere positieve ervaringen (cultuur), middelen, het type patiënten en ook van de prioriteiten van leidinggevenden en doorverwijzers. Ook de wetgeving schrijft niet expliciet de integratie van het psychosociale luik voor in de rol van de diëtist.

#### **Algemeen besluit vergelijking gangbare en nieuwe benadering**

In theorie vertonen de *twee benaderingen* hoofdzakelijk gelijkenissen die een uiting zijn van het gemeenschappelijk streven naar gezondheidswinst via een gezonde leefstijl. Het verschil situeert zich in de opvatting over het startpunt van de behandeling wat een weerslag heeft op alle stappen in de aanpak van zwaarlijvigheid. In de *nieuwe benadering* staat de patiënt met zijn hulpvraag, ICE en motivatie centraal. Dit impliceert een brede gezondheidsfocus met parameters die zich gelijkwaardig situeren op biologisch, psychologisch en sociaal niveau enerzijds en multidisciplinariteit anderzijds. De EOSS-stagering dient hier als leidraad. In de *gangbare benadering* vormen vooral medische parameters de indicatie voor gewichtsreductie of -stabilisatie, rekening houdend met bio-psychosociale mogelijkheden van de patiënt. De diëtistische diagnose dient als leidraad en multidisciplinariteit staat in functie van deze diagnose.

Er wordt een ondersteuningsnood verwacht van diëtisten wat betreft de psychosociale aspecten in de aanpak van zwaarlijvigheid en hoe hiervoor multidisciplinair samen te werken.



## Verdiepende literatuurstudie

Uit de visie van het draaiboek en de vergelijking van de gangbare en nieuwe benadering blijkt de nood aan extra theoretische onderbouw voor de volgende onderwerpen:

1. Motivatie
2. Psychologische effecten van lijnen versus een gezonde leefstijl
3. Stigmatisering bij zwaarlijvigheid
4. Invloed van de omgeving op gedragsverandering
5. Effect van kracht- en cardiotraining op lichaamssamenstelling en basaal metabolisme
6. Opstap naar multidisciplinair werken voor de diëtist

### Motivatie

Het draaiboek is doordrongen van de visie waarin de patiënt centraal staat. Dit impliceert onderliggende principes van bijv. autonomie, empathie en aanvaarding die we terugvinden in drie motivatiekaders:

1. Zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000);
2. Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2014);
3. Stadia van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente, 1983).

Deze worden achtereenvolgens besproken.

#### Zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2002)

Er worden twee soorten motivatie onderscheiden: de gecontroleerde (moeten) en de autonome (willen). De gecontroleerde motivatie geeft een gevoel van druk en verplichting. Druk van binnenuit ontstaat bijv. om schaamte en/of schuld te onderdrukken en/of de zelfwaardering op te krikken. Druk van buitenaf komt van de naaste omgeving zoals vrienden, familie, maar kan ook van de hulpverlener aangevoeld worden. De gecontroleerde motivatie werkt enkel onder druk. Als deze druk wegvalt, vervalst ook de motivatie, dus hervat is reëel. Een focus op het uiterlijk en gewicht is een voorbeeld van zowel interne als externe druk en leidt tot meer controleverlies en verstoord eetgedrag (cfr. stigmatisering).

Bij de autonome motivatie daarentegen staat de ervaring van persoonlijke (keuze-) vrijheid centraal. Dit type motivatie komt vanuit een persoonlijke overtuiging, dus enkel van binnenuit. Men staat m.a.w. achter het eigen gedrag. De patiënt wil zelf gezond zijn en ervaart een belonend effect van gezond gedrag op zich. Daarom is dit type motivatie er altijd, over verschillende situaties heen en zijn de resultaten duurzamer. Het is dan ook effectief om als diëtist de autonome soort motivatie aan te wakkeren. Deci & Ryan (2000) concretiseerden de autonome motivatie in drie psychologische, aangeboren basisbehoeften:

1. **Autonomie** (autonomy): zonder ervaring van druk en dus vanuit persoonlijke vrijheid kunnen beslissen.
2. **Verbondenheid** (belongingness): de wens om positieve relaties op te bouwen met anderen, zich geliefd en verzorgd te weten en zelf voor anderen te zorgen. Relaties met anderen moeten dus betekenisvol zijn.
3. **Competentie** (competence): de wens om doeltreffend te interageren met de omgeving. Mensen willen hun omgeving exploreren, begrijpen en beheersen. Ze willen persoonlijk effectief zijn, slagen in hetgeen ze doen.

Mensen verschillen in de mate waarin ze deze behoeften bevredigen, niet in hoeverre ze deze behoeften voelen want deze zijn aangeboren. Bevrediging van de basisbehoeften leidt tot verhoging van de autonome motivatie. Frustratie van deze behoeften leidt tot meer en/of sterker symptoomgedrag. Ook in diverse andere theorieën en studies worden deze behoeften herhaaldelijk weerhouden.

#### Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2014)

Motiverende gespreksvoering wordt gedefinieerd als persoonsgerichte hulpverleningsstijl om het probleem van ambivalentie t.a.v. verandering aan te pakken. In motiverende gespreksvoering wordt de gidsende stijl gehanteerd die ligt tussen sturen en volgen maar kenmerken heeft van beide.

Dit veronderstelt vier basiswaarden, vier kernprocessen en vier vaardigheden.

De vier basiswaarden zijn:

1. Samenwerking: de expertise van de hulpverlener en cliënt worden als gelijkwaardig beschouwd wat zich uit in een relatie van gelijkwaardigheid. De cliënt is expert over zijn eigen leven en mogelijkheden, de hulpverlener over de therapeutische aspecten.
2. Aanvaarding: de hulpverlener aanvaardt de eigenheid en mogelijkheden van de cliënt. Hij toont hierbij empathie, bevestigt positief en ondersteunt de autonomie van de cliënt.
3. Mededogen (compassie): de hulpverlener verplaatst zich in de cliënt alsof het doel van welzijn het eigen doel is. De hulpverlener handelt te goeder trouw.
4. Evocatie: de hulpverlener ontlokt de gezichtspunten en motieven van de patiënt die reeds in de patiënt aanwezig zijn.

De cliënt en hulpverlener doorlopen vier kernprocessen:

1. Engageren: een veilige, vertrouwelijke relatie tussen hulpverlener en cliënt wordt gevestigd. Er is een engagement van wederzijds respect om samen te werken aan overeengekomen doelen.
2. Focussen: het verhelderen van een of meer benoemde veranderdoelen en het bewaken van de weg ernaar toe. De cliënt ervaart dat de vastgelegde veranderdoelen gezamenlijk overeengekomen zijn vanuit zijn behoeften.
3. Ontlokken van verandertaal: de hulpverlener stelt vragen om bij de cliënt een verwoording uit te lokken van zijn willen, kunnen en gereed zijn voor gedragsverandering. Bij eigen verwoordingen zou de kans op reëel en duurzaam gedrag immers groter zijn.
4. Plannen van specifieke actie: de hulpverlener ontlokt concrete plannen en helpt deze vorm te geven (doelen vertalen naar wat te doen, hoe en wanneer).

De hulpverlener zet hiertoe vier vaardigheden in die het actief luisteren omvatten:

1. Open vragen stellen: de hulpverlener stelt vragen die de cliënt de ruimte geven om na te denken over wat hij wil veranderen, behouden en waarom.
2. Bevestigen: de hulpverlener uit waardering voor een uitspraak of gedrag van de cliënt om deze in de gewenste richting te gidsen van zijn ambivalentie (dubbele houding t.o.v. gezond gedrag). Hiermee erkent hij tevens intenties en emoties.
3. Reflectief luisteren: de hulpverlener verwoordt neutraal (en soms selectief) zijn interpretatie van de subjectieve ervaring van de cliënt om deze te begrijpen en de cliënt richting het gewenste gedrag te gidsen.
4. Samenvatten: twee of meer uitspraken van de cliënt samenvoegen in functie van selectief uitvergroten (het gewenste weerhouden), overzicht of afronding van het thema.

### Stadia van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente, 1983)

In hun Stages of Change Model onderscheiden Prochaska en Diclemente (1983) vijf motivatiestadia, gaande van niet veranderbereid tot internalisering van de verandering. Als de hulpverlener zijn aanpak afstemt op het motivatiestadium van de cliënt, kan hij de cliënt motiveren om een stap dichterbij gezond gedrag te komen. In het draaiboek wordt dit toegepast op gedragsverandering richting een gezonde leefstijl.

Fase	Kenmerken	Aanpak diëtist
<b>Voor-beschouwende fase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• weinig probleembesef</li> <li>• onderschatting ernst</li> <li>• geringe belangstelling voor behandeling</li> <li>• nog niet over nagedacht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• val opvattingen niet aan maar onderzoek ze vragenderwijs en mobiliseer patiënt om eigen overtuigingen te bestuderen</li> <li>• vermijd discussie</li> <li>• geef informatie en duiding</li> </ul>
<b>Beschouwende fase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• enig probleembesef</li> <li>• ambivalente houding</li> <li>• nog niet bereid tot actie over te gaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• exploreer ambivalentie</li> <li>• exploreer voor- en nadelen, drempels en succesformules, opportuniteiten en hinderpalen</li> </ul>
<b>Preparatiefase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bereid tot actie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geef uitleg</li> <li>• bepaal samen realistische doelen</li> <li>• moedig aan, benadruk eerdere successen patiënt</li> </ul>
<b>Actiefase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bereid tot gedragsverandering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bepaal samen realistische doelen</li> <li>• werk in kleine stapjes</li> <li>• ga na en evalueer hoe patiënt bereikte veranderingen beleeft</li> </ul>
<b>Handhavingsfase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• behoud van bereikte resultaat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• voorkoming van terugval</li> <li>• voorlichting over de kans op terugval met duiding ervan</li> <li>• terugvalpreventie</li> </ul>

Hierbij kunnen twee opmerkingen gemaakt worden. Ten eerste kan de patiënt terugvallen naar elk motivatiestadium. De diëtist stemt dan de interventie hierop af. Ten tweede is het belangrijk dat de diëtist motiveert tot gezond gedrag en dus niet tot gewichtsverlies.

### Tussentijds besluit

De drie motivatiekaders zijn complementair en illustreren tevens de visie waarin de patiënt met zijn ICE centraal staat. Het 'Stages of change model' beklemtoont het inspelen op het veranderstadium van de patiënt waar de zelfdeterminatietheorie de kwaliteit van de motivatie benadrukt. De motiverende gespreksvoering biedt zowel principes aan als stadia die stroken met de twee andere kaders maar biedt een meerwaarde inzake het ontlocken van verandering.

## Psychologische effecten van lijnen versus een gezonde leefstijl

Onderzoek van D. Neumark-Sztainer et al. (2012) heeft aangetoond dat de BMI van meisjes die lijnden (maaltijden overslaan, heel weinig calorieën innemen, dieetpillen nemen, de inname van voedsel compenseren) na 10 jaar gestegen was met 4.63 punten i.p.v. 2.29 punten in vergelijking met meisjes die nooit lijnden. Ook bij meisjes die geen overgewicht hadden bij aanvang van de meetperiode en wel lijnden, trad het effect op. Het effect was wel sterker bij meisjes met overgewicht. De BMI van jongens die voortdurend lijnden (eveneens onder de vorm van weinig eten maar ook bij gebruik van maaltijdvervangers) was sterker gestegen na een periode van 10 jaar dan de BMI van jongens die nooit of slechts af en toe lijnden, weedom ongeacht het feit of ze bij aanvang van de meetperiode overgewicht hadden. De verklaring lag niet in het overeten o.w.v. intense honger na te weinig eten. Zelfs na "gezond diëten" (bijv. meer fruit en groenten eten) trad het effect op bij meisjes maar minder duidelijk bij jongens. Leefstijlveranderingen die op langere termijn vol te houden zijn, zoals een gezonde portiegrootte innemen en kiezen voor verzadigende, niet te calorische voeding in combinatie met voldoende fysieke activiteit, hebben wel duurzaam succes (Field et al, 2008).

Daarnaast leidt ondeskundig lijngedrag in vergelijking met niet lijnen 5 jaar later bij meer meisjes maar ook bij jongens tot een eetstoornis (bijv. binge eating en ongecontroleerd eetgedrag in onderzoek van Neumark-Sztainer, 2006). Onderzoeken van o.a. Patton e.a. (1999), Field e.a. (2003), Killen e.a. (1996), Stice e.a. (2002) hebben ook relaties tussen lijngedrag enerzijds en obesitas en eetproblemen/-stoornissen anderzijds aangetoond. Onderzoek van bijv. Jacobi e.a. (2004) toont aan dat ontevredenheid over het lichaam een belangrijke risicofactor is voor verstoord eetgedrag en eetstoornissen. Een lichte ontevredenheid over het eigen lichaam motiveert wel tot gezond gedrag.

Ook de fysiologie sorteert psychologische effecten. Zo hebben zwaarlijvige mensen teveel en te volle vetcellen die het hormonaal systeem ontregelen. Dit heeft effect op het stressmechanisme dat op haar beurt een effect heeft op het honger-verzadigingssysteem en mogelijk op de stemming. Bij stress wordt namelijk de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as geactiveerd. Deze organen scheiden respectievelijk de hormonen CRH, ACTH en cortisol af. Hierop volgt een onmiddellijke stressrespons waaronder onderdrukking van de eetlust (Mastorakos & Zapanti, 2004). Cortisol geeft de as wat later de feedback om de afgifte van de hormonen te stoppen. In geval van chronische stress, waaronder de situaties van obesitas en depressie, is dit stressmechanisme verstoord (Tsigos & Chrousos, 2002) met verhoogde cortisolspiegels in het bloed tot gevolg. Deze hypercortisolemie stimuleert de inname van suikers en vet, verlaagt het energieverbruik en verhoogt de vetopslag rond de buik (Kyrou, Chrousos, & Tsigos, 2006). Daarnaast stimuleert leptine, een hormoon dat wordt afgescheiden wanneer de vetcel gevuld is, de cortisolproductie. Dit leidt tot verzadiging en stoppen met eten. Zowel mensen met als zonder overgewicht scheiden leptine af. Obese mensen zijn echter minder gevoelig voor het verzadigend effect van leptine waardoor ze zich overeten (Lu, 2007). Ook zouden ze een minder belonend effect van dopamine ervaren (Pagoto ea, 2006). Herstel van het eetpatroon draagt bij tot gedeeltelijk hormonaal herstel (Bailer ea 2003).

Naast fysiologisch herstel levert een gezonde leefstijl ook verhoging van het psychologisch welzijn op. De verklaring kan gevonden worden in de motivatiekaders en in het weldadig effect van beweging (dat op haar beurt ook weer fysiologisch verklaard kan worden door de vrijzetting van gelukhormonen zoals endorfines). Bij patiënten die op zeer korte termijn veel gewicht verliezen in plaats van geleidelijk af te vallen via een gezonde leefstijl werd echter een stijging van depressies en suïcidaal gedrag vastgesteld. Zo werd er meer zelfmoord vastgesteld bij bariatrische patiënten dan bij niet bariatrische patiënten, ook al was er een verbetering van lichamelijke parameters

zoals cholesterolwaarden en bloedsuikerwaarden (bijv. Tindle e.a. 2010, van den Hout e.a. , 2014). Suïcidaal gedrag werd dubbel zoveel vastgesteld bij mannen na een bariatrische ingreep dan bij vrouwen en vooral in de periode jaren na de ingreep. Dit geeft tevens de nood aan van langdurige, multidisciplinaire follow up.

### **Stigmatisering bij zwaarlijvigheid**

Heel wat zwaarlijvige personen hebben last van stigmatisering. Volgens de Academy for Eating Disorders (2009) bestaan er studies die een verband aantonen tussen het ontvangen van gewicht gerelateerde opmerkingen enerzijds en de ontwikkeling van gestoord eetgedrag, minder fysieke activiteit en meer gewichtstoename anderzijds. Schuld inducerende uitlatingen zoals "dikke mensen eten te veel" en woorden als "dun" en "dik" worden in deze snel als stigmatiserend ervaren (The National Eating Disorders Collaboration, 2010). Debray en Vandeputte (2013) hebben zich verdiept in deze materie en formuleerden vijf communicatietips die hier in het licht van stigmatisering genoteerd worden. Ten eerste promoten ze een focus op een gezonde leefstijl in plaats van op gewichtsverlies. De focus op gewichtsverlies draagt namelijk bij tot een overwaardering van gewicht en lichaamsvormen en levert negatieve opvattingen op over dik zijn. Ten tweede kan gewerkt worden aan een positief lichaamsbeeld en welbevinden die bij zwaarlijvige mensen vaak aan elkaar gelinkt zijn zoals hierboven reeds beschreven. Ten derde stimuleren ze het gebruik van realistisch beeldmateriaal en van respectvolle, genuanceerde taal (tip 4). Ten vijfde waarschuwen ze voor een mogelijk normatieve invloed van eetstoornissen als er teveel aandacht naar uitgaat. Ze promoten liever de aandacht voor beschermende factoren zoals positief zelfbeeld.

Andere studies inventariseerden voorbeelden van stigmatisering en ook discriminatie in de school-, werk- en hulpverleningscontext waar zwaarlijvige mensen mee te maken krijgen (bijv. Puhl e.a., 2009). Obese mensen worden vaak gepercipieerd als lui, onaantrekkelijk, dom en schuldig aan hun uiterlijk. Ten Have e.a. (2013) ontwikkelden een instrument voor hulpverleners om hun behandeling te screenen op ethische principes waaronder de zorg voor het inperken van stigmatisering. Preventie- en behandelprogramma's kunnen op zich stigmatiserend werken omdat de groep van zwaarlijvigen zich geïsoleerd en aangesproken voelt. Ze ontvangen, al dan niet impliciet, de boodschap dat ze zelf schuldig zijn aan "het probleem". Ook worden ze geconfronteerd met de reeds vernoemde stereotypen (lui, dom, duur voor de maatschappij, ...) en worden ze soms financieel gediscrimineerd (bijv. bij het afsluiten van een verzekering). Dit gaat in tegen de principes van respect, rechtvaardigheid en gelijkwaardigheid. In onze Westerse cultuur hangt aan overgewicht een negatieve bijklank. Tegelijk is eten onderhevig aan sociale en culturele invloeden die op hun beurt een effect hebben op het welbevinden van de persoon (bijv. taart eten bij een verjaardag). De hulpverlener dient de oorzaken en aanpak van obesitas te beschouwen als een gedeelde verantwoordelijkheid waarbij de patiënt het recht heeft op informatie waarmee hij vrij eigen keuzes kan maken zonder daarvoor zijn hele privacy prijs te geven (cfr. onbedoelde schuldinductie). Dit sluit aan bij de basisbehoeften aan autonomie en verbondenheid uit de Zelfdeterminatietheorie (zie motivatietheorieën).

Deze principes kunnen gebruikt worden in de interventie.

### **Invloed van de omgeving op gedragsverandering**

Stigmatisering als invloed van de omgeving op (de aanpak van) zwaarlijvigheid werd in de vorige paragraaf behandeld.

Hier wordt ingegaan op de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole, twee andere psychologische concepten die te maken hebben met de invloed van anderen op gedragsverandering. De twee termen maken deel uit van de Theory of planned behavior (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen & Madden, 1986). Deze theorie stelt

dat de intentie tot gedrag een goede voorspeller is voor werkelijk gedrag zoals bijv. het aannemen van een gezonde leefstijl.

Drie variabelen bepalen de intentie: de attitude van de persoon t.o.v. het gedrag, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole. Attitude is de opvatting van de cliënt over de wenselijkheid en werkelijkheid van het gedrag maar dit laten we verder buiten beschouwing aangezien de omgeving hier weinig mee te maken heeft. De subjectieve norm is de overtuiging van de cliënt over wat belangrijke anderen van hem/ het gedrag denken en in hoeverre hij aan de mening van deze anderen wil voldoen. Het geheel aan gepercipieerde normen en belangen om hieraan te voldoen worden mentaal afgewogen. Als de slotsom positief is, zal dit positief bijdragen tot de gedragsintentie. In de interventie is het dus de kunst om de cliënt een omgeving te laten opzoeken/creëren waarin hij denkt dat belangrijke anderen positief staan tegenover het geplande (dus gezond) gedrag.

De waargenomen gedragscontrole wordt ook wel de locus of control genoemd. Wanneer de cliënt zichzelf competent acht en het gevoel heeft greep te hebben op de situatie spreken we van een positieve interne locus of control ofwel zelfeffectiviteit. Als de cliënt zich daarentegen positief of negatief beïnvloed voelt door de omgeving spreken we van een externe locus of control. In functie van gezond gedrag is het wenselijk dat een cliënt het gevoel heeft zelf een positieve greep te hebben op de situatie en worden negatieve invloeden van buitenaf best losgelaten of uitgeschakeld. Kort gezegd: de cliënt heeft de ervaring dat de omgeving mee zit of dat hij ze positief naar zijn hand kan zetten.

Daarnaast kan de omgeving positief ingezet worden in het leerproces van de cliënt. Volgens de sociaal-cognitieve leertheorie van Bandura (1977) kunnen mensen bewust of onbewust leren van anderen. Dit wordt ook wel sociaal leren of 'modeling' genoemd. Hieraan zijn 3 voorwaarden verbonden: de persoon moet het gedrag en het positief gevolg kunnen en willen observeren, onthouden en in staat zijn om soortgelijk gedrag van de andere na te doen. Leren door observatie van een gezonde leefstijl en de weldadige effecten ervan bij anderen is bruikbaar voor de interventie-ontwikkeling.

### **Effect van kracht- en cardiotraining op lichaamssamenstelling en basaal metabolisme**

Klinische richtlijnen raden aan om krachttraining toe te voegen aan uithoudingstraining, o.a. met het oog op de verbetering van spiermassa, insulinegevoeligheid, HDL-cholesterol en calorieverbruik in rust (Hansen, 2015). Clark (2015) voegt hier in zijn meta-analyse aan toe dat zowel kracht- als intervaltraining effectief zijn om deze resultaten te bereiken op voorwaarde dat de zwaarlijvige 70% van zijn maximale sportcapaciteit (uitgedrukt in zuurstofvolume of hartfrequentie) gebruikt gedurende 30 minuten, 3 tot 4 keer in de week. Het onderliggend verklarend mechanisme is de toegenomen spiermassa die meer energie verbruikt waardoor ook het basaal metabolisme stijgt.

Hansen e.a. (2015) merken wel kritisch op dat cardiovasculaire, metabole e.a. afwijkingen bij obesitas het de zwaarlijvige patiënt moeilijk maken om deze intensiteit te bereiken en te kunnen genieten van de vernoemde gezondheidsvoordelen. Begeleiding van een gespecialiseerde kinesist is dan ook noodzakelijk.

### **Opstap naar multidisciplinair werken voor de diëtist**

In de thesis van De fauw (2013) over het optimaliseren van de samenwerking tussen huisarts en diëtist wordt aangetoond dat er barrières zijn bij de patiënt, de arts en het zorgsysteem om als patiënt van diabetes type 2 bij de diëtist te geraken. De arts heeft een belangrijke rol als motivator en verwijzer. I.v.m. het motiveren is het belangrijk

dat de arts de barrières kent en motiverende gesprekstechnieken kan toepassen. I.v.m. het doorverwijzen worden concrete afspraken, een goed elektronisch medisch dossier en een degelijke verwijsbrief aangehaald als stimulerend voor de samenwerking.

## **Literatuur over de gewenste methode**

Hier wordt nagegaan of de literatuur een antwoord kan bieden op de vraag welke vorm van ondersteuning de Vlaamse diëtisten verkiezen.

Uit onderzoek van Declercq (2013) bij diëtisten werkzaam in het ziekenhuis bleek dat 89% van de deelnemers minstens één maal per jaar een bijscholing volgt. Ongeveer 80% van deze diëtisten doen dit op eigen initiatief. Echter antwoordt maar 50% positief op de vraag of de bijscholing bijkomende competenties heeft aangebracht. Dat de weinige diëtisten in bepaalde ziekenhuizen hier weinig ruimte voor krijgen vanuit hun werkgever is een mogelijke oorzaak. De personeelsbezetting zou immers sterk worden beïnvloed door de financiële mogelijkheden van het ziekenhuis, de cultuur van het ziekenhuis, het type van patiënten en interesse van de directie in het voedingsbeleid (Jackson, 1997; Simmons & Vaughan, 1999). Daarnaast staat het gebruik van educatie en counseling in de acute zorg onder druk omdat het geven van een kwalitatieve voedingseducatie veel tijd vergt, het is vaak geen prioriteit in het ziekenhuis en het krijgt onvoldoende erkenning. Door de afnemende opnameduur is het moeilijk om als diëtist(e) een relatie op te bouwen met de patiënt, wat een doorslaggevende factor blijkt voor het slagen van de educatie (Jackson, 1997).

Hoewel deze studie de ondersteuningsvorm eerder vanuit noodzaak dan vanuit de voorkeur van Vlaamse diëtisten weergeeft, impliceert de studie dat de methode bij voorkeur voldoet aan de volgende kenmerken:

- een bijscholing kan competentie verhogend zijn maar niet voor iedereen;
- ondersteuning moet aansluiten bij de leernoden van de diëtist;
- de ondersteuning moet ook buiten werktijd aangeboden worden;
- de diëtist moet vrij gebruik kunnen maken van de ondersteuning (dus op eigen initiatief, onafhankelijk van de organisatie of leidinggevende);
- ondersteunend materiaal moet de relatie met de patiënt faciliteren;
- ondersteunend materiaal moet efficiënt inzetbaar zijn (tijdbesparend).

Recenter en praktisch onderzoek naar de voorkeurmethode van Vlaamse diëtisten is nodig.

## METHODIEK

Om de ondersteuningsnoden te inventariseren werden drie methodieken ingezet: een literatuurstudie, een kwantitatieve meting en kwalitatieve meting. Op basis van deze resultaten werd daarna praktijk ondersteunend materiaal met een training uitgewerkt. De producten werden nadien Vlaanderen breed gelanceerd. Tenslotte werden de interventies geëvalueerd, ook weer d.m.v. een kwantitatieve en kwalitatieve meting.

Hierna wordt de methodiek van de kwantitatieve en kwalitatieve meting toegelicht. In het interventieluik, onder de subtitel 'aanpak', worden de werkwijzen per interventie beschreven.

### Kwantitatieve nulmeting a.d.h.v. een enquête

#### Doelstelling

Aan een grote groep Vlaamse diëtisten werden de voornaamste behoeften bevroegd alvorens ze beschikten over praktijk ondersteunende tools. Mooi meegenomen was dat we door de bevraging ook zicht kregen op contactgegevens van potentiële leden van de focusgroep.

#### Instrument

De nulmeting werd afgenomen a.d.h.v. een niet gevalideerd, zelf ontworpen enquête met 14 gesloten items en 1 halfopen item (zie bijlage 1). De respondent werd gevraagd in welke mate hij akkoord ging met het item wat duidt op een subjectieve meting. Hij werd gedwongen een standpunt in te nemen d.m.v. de vierpuntschaal (helemaal niet – in mindere mate – in zekere mate – helemaal wel). De thema's die aan bod kwamen, volgden de grote thema's van het draaiboek: actuele visie, multidisciplinair samenwerken, motivatie en bariatric. Per thema werd gevraagd in welke mate een onderwerp nieuw was en in welke mate de diëtist al volgens de inzichten van het draaiboek werkt. Daarnaast werd gevraagd naar de intentie om het draaiboek en/of tools te gebruiken en naar praktische noden om effectiever met het draaiboek aan de slag te gaan, inclusief de nood aan meer wetenschappelijke bewijskracht.

Onderaan het instrument werd gevraagd of de respondent diëtist dan wel student was. Ook werd de mogelijkheid geboden om contactgegevens achter te laten als men bereid was verdere ervaringen met het draaiboek te delen.

De constructvaliditeit van het instrument werd verhoogd door de formulering van items zo rechtstreeks mogelijk te laten aansluiten op de onderzoeksvragen. De betrouwbaarheid werd verhoogd door de meting live in te leiden en de meting in dezelfde omstandigheden op hetzelfde tijdstip te laten invullen. Ook werd de mogelijkheid geboden om vragen te stellen tijdens het invullen. Zowel de validiteit als de betrouwbaarheid werden verhoogd door het instrument te verbeteren d.m.v. verschillende feedbackrondes binnen Eetexpert vzw. Als suggestie voor de toekomst wordt meegegeven dat het instrument voor gebruik ook best nagekeken kan worden door een potentiële respondent om de duidelijkheid af te toetsen en te optimaliseren.

#### Afname

De beroepsgroep van Vlaamse diëtisten op populatieniveau werd beoogd maar niet volledig bereikt door de nulmeting op een populair evenement voor Vlaamse diëtisten te organiseren (Herfstsymposium van de Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten).



Niet de volledige beroepsgroep was daar aanwezig. Tegelijk waren er respondenten aanwezig die niet tot de beroepsgroep behoren zoals studenten en intermediairen. Dit heeft gevolgen voor de betrouwbaarheid van de resultaten. Ten eerste is er gevaar voor selectiebias. Het symposium kan een selectie van leergierige diëtisten hebben aangetrokken die meer open staan voor professionalisering. Mogelijks deelt deze aanwezige groep nog andere kenmerken in vergelijking met de afwezige diëtisten zoals bijv. een actievere, meer betrokken en kritische attitude maar dat weten we niet. De steekproef is dus relatief groot maar dekt niet de volledige beroepsgroep en is dus niet 100% representatief. Ten tweede beantwoordt de groep studenten van verschillende opleidingsjaren in verschillende mate, maar nooit helemaal aan de starterseisen van het beroepsprofiel. Daarnaast konden zij niet antwoorden op de vragen i.v.m. de toepassing van de kennis in hun praktijk. Hun antwoorden werden apart geanalyseerd maar geweerd uit de resultaten en behoefteninventarisatie.

Toch werd er niet voor gekozen om de nulmeting bijv. online te herorganiseren opdat de hele beroepsgroep bereikt zou worden aangezien de meetomstandigheden te veel zouden verschillen om nog een objectieve meting te verkrijgen. Online wordt immers niet dezelfde communicatie (live instructie) aangeboden. Ook zullen nog steeds niet alle Vlaamse diëtisten bereikt worden en bestaat anderzijds de mogelijkheid dat sommige respondenten twee maal antwoordden.

## **Kwalitatieve nulmeting a.d.h.v. een focusgroep**

### **Doelstelling**

Om de resultaten van de kwantitatieve nulmeting te duiden en te verrijken werden twee focusgroepen georganiseerd. Meer specifiek was het de doelstelling om schijnbaar tegenstrijdige bevindingen uit te klaren, de sterktes en zwaktes van huidige praktijken verder te leren kennen en gesignaleerde behoeften te concretiseren.

### **Instrument**

M.b.v. de interviewleidraad in bijlage 2 werden volgende onderwerpen voorgelegd aan de focusgroep:

- het kennen van en werken volgens de actuele visie en tegelijk de onbekendheid van EOSS;
- de manier van motiveren, al of niet volgens de kaders in het draaiboek;
- succesfactoren en belemmeringen in de multidisciplinaire samenwerking;
- behoefte aan extra ondersteuning i.v.m. het bariatrisch traject;
- praktische behoeften i.v.m. het draaiboek en professionalisering.

De focusgroep werd niet opgenomen. Er werd wel een verslag gemaakt dat ter goedkeuring werd voorgelegd aan de deelnemers vooraleer de resultaten te gebruiken.

### **Respondenten**

De focusgroep werd zo gevarieerd mogelijk samengesteld. Zo werd ernaar gestreefd om zowel gebruikers als semi-gebruikers en zelfs niet-gebruikers van het draaiboek te bereiken. Goede praktijken van diëtisten die (bepaalde onderdelen van) het draaiboek niet gebruiken kunnen het draaiboek immers verrijken. Bovendien helpt betrokkenheid van een zo ruim mogelijke beroepsgroep om het draaiboek op grote schaal te gebruiken met een eenvormige kwaliteitsvolle behandeling van obesitas als gewenst gevolg. Ook werd een variatie beoogd aan specialiteiten en werkcontexten. Zo werd tevens een indruk verkregen over het nodige niveau en de aard van de praktijkondersteuning.

## **Kwantitatieve nameting**

### **Doel**

Van een grote groep diëtisten werd de tevredenheid gemeten over de inhoud en vorm van de praktijkondersteuning alsook de mate van professionalisering. Daarnaast werd de vorming geëvalueerd op parameters die ook belangrijk zijn voor het Ministerie.

### **Instrumenten**

In functie van de reproduceerbaarheid werd een enquête afgenomen om de tools te evalueren, analoog aan het instrument van de voormeting (bijlage 3). Dezelfde thema's kwamen aan bod (actuele visie, motivatie, multidisciplinair werken) m.u.v. bariatric aangezien hier geen noden bij waren. In plaats daarvan werd het thema 'gezondheidsvoordelen op 3 domeinen' bevestigd omdat dit een groot aandeel had in de ondersteuning. Per thema werd gepolst naar het gebruik, het praktisch nut en de bijdrage tot professionalisering. Wie een tool niet gebruikte werd verder weerhouden uit de resultaten wat betreft het nut en professionalisering. Verder werden resterende noden bevestigd via een open vraag.

Het instrument om de vorming te evalueren was tevens een zelf ontworpen enquête die vormelijk identiek was aan de andere enquête (zie bijlage 4). Inhoudelijk werd er gevraagd naar het nut, de werkwijze, de organisatie en de kwaliteit van de lesgever.

Daarnaast houdt Eetexpert statistieken bij over het aantal hits van de praktijktools op hun website. Dit geeft vermoedens over het gebruik van de ondersteuning.

### **Afname**

De enquête i.v.m. de tools werd verspreid via de website van Eetexpert en daar in de kijker gezet. Daarnaast werden de deelnemers die in de nulmeting aangaven gecontacteerd te mogen worden via een aparte mailing uitgenodigd. Gezien de initiële lage respons werd een herinnering uitgestuurd en werd de enquête ook afgenomen van de deelnemers van de twee vormingen aangezien zij met zekerheid op alle items konden antwoorden. De enquête i.v.m. de vorming werd aan het einde van de twee vormingen afgenomen.

## **Kwalitatieve nameting a.d.h.v. semigestructureerd interview**

### **Doel**

De ervaringen van de gebruikersgroep i.v.m. de nieuwe praktijktools en vorming werden achterhaald.

### **Instrument en afname**

Analoog aan de focusgroepen werd een semigestructureerd interview afgenomen bij kleine groepjes deelnemers van de vormingen a.d.h.v. de interviewleidraad in bijlage 5.

## RESULTATEN VAN DE NULMETING

De resultaten van de kwantitatieve meting worden hieronder beschreven en rechtstreeks aangevuld met de kwalitatieve gegevens van de focusgroepen.

### Deelnemers onderzoek: responsgraad en deelnemers focusgroepen

Er werden 265 enquêtes gedrukt waarvan naar schatting 15 exemplaren blanco zijn gebleven. Met 111 respondenten waarvan 109 bruikbare antwoordformulieren geeft dit een responsgraad van 44% (=109/250). Hiervan zijn 83 respondenten diëtist. 26 respondenten zijn student. De responsgraad is laag gezien de laagdrempelige gelegenheid om te antwoorden. Dit kan mogelijks verklaard worden door een relatief hoog aantal studenten die niet geantwoord hebben. De respons is tegelijk voldoende om de inventarisatie van de noden op te baseren aangezien het de 30% overtreft. Ook volgde er nog een focusgroep waar naar mogelijke redenen gevraagd kon worden. Bovendien gaven 51 respondenten aan dat ze gecontacteerd mochten worden om ervaringen met het draaiboek te delen. Deze zijn allen diëtist. 61% van de diëtisten mocht dus verder bevraagd worden. Dit is een teken van betrokkenheid.

Wegens agendaproblemen werden er twee focusgroepen georganiseerd voor de kwalitatieve nulmeting. Ze waren gevarieerd samengesteld wat betreft werkcontext, ervaring en regio.

### Opvallende besluiten uit de nulmeting

Velen duiden aan dat ze de actuele visie kennen (75%) en ernaar werken (60%). Tegelijk kent de grote meerderheid (67%) het begrip EOSS niet of in mindere mate. 70% van de diëtisten wil meer wetenschappelijke bewijskracht. De volgende vragen rijzen. Welke methode i.p.v. de EOSS gebruiken ze om volgens de actuele visie te werken? Waarover willen ze meer bewijskracht? Hebben ze deze nood nog nadat ze het draaiboek doorgenomen hebben aangezien daar een bronvermelding staat?

De besluiten van de focusgroep hierover zijn de volgende. Met de actuele visie bedoelen de diëtisten de focusverschuiving naar de gezondheidsparameters, al blijven in de praktijk de medische parameters sterk domineren. Er is wel een focusverschuiving van het gewicht als enige objectieve maatstaf van het behandelresultaat naar bloedwaarden, beweeglijkheid en zich beter voelen, al blijft dit op een oppervlakkig niveau (bijv. aangenaam om de broek minder te voelen spannen). De potentie van EOSS om de brede gezondheidswinst en tegelijk het multidisciplinair samenwerken te praktiseren werd niet spontaan gezien.

Om overtuigd te zijn van de wetenschappelijke waarde van het draaiboek is er geen extra bewijskracht nodig. De diëtisten bedoelden wel een behoefte aan de vertaling van wetenschappelijke info in eenvoudige taal waarmee mythes over afvallen en overgewicht gemakkelijk kunnen worden ontkracht.

Wat betreft het multidisciplinair werken geeft een ruime driekwart van de diëtisten aan de eigen rollen en taken in deze samenwerking te kennen. 43% werkt echter nog niet volgens deze rol- en taakverdeling. Het was interessant om via de focusgroep na te gaan wat diëtisten tegenhoudt om in de praktijk multidisciplinair te werken en goede praktijken met mogelijkheden te zoeken om deze drempels te overwinnen. Gaat het om interne factoren (bijv. openheid tot samenwerking, bereidheid om eigen opvattingen en werkwijzen te veranderen, het zien en benutten van opportuniteiten om in kleine stappen multidisciplinair samen te werken, lage interne locus of control)? Of spelen externe factoren een rol (bijv. tijd, geld, infrastructuur, beleid van de arbeidscontext, groepsdruk om bij het bekende te blijven) of een mix van interne en externe factoren? Welke interventies zijn nodig om het multidisciplinair werken te stimuleren?

Een focusgroep zei hierover dat de diëtist zijn rol in de multidisciplinaire samenwerking kan spelen als multidisciplinair werken in het strategisch beleid is opgenomen. Indien niet, is dit moeilijk. Initiatief door de diëtist kan een belangrijk verschil maken: kenbaar maken wat een diëtist kan en doet, uitnodigen tot afspraken om samen te werken, zelf naar het terrein van de andere hulpverlener toestappen. De diëtist wordt immers in toenemende mate erkend als voedingsexpert en partner in de behandeling van obesitas, vooral door de jonge generatie teamleden (artsen en verpleegkundigen als hun rechterhand). Een uniform communicatiekanaal met gemeenschappelijk dossierbeheer is een belangrijke succesfactor in deze samenwerking. Daarnaast ervaren cliënten drempelvrees voor de psycholoog.

74% geeft aan de voorgestelde motivatiekaders te kennen. Bijna evenveel diëtisten (72%) zegt te motiveren tijdens de begeleiding. Hieruit mag niet besloten worden dat het om dezelfde respondenten gaat. Een opvallende vaststelling is immers dat er heel wat respondenten noteren dat ze de motivatiekaders niet (of in mindere mate) kennen maar dezelfde respondenten geven wel aan het motivationeel aspect op te nemen in de begeleiding. Motiveren diëtisten vandaag dan op een andere manier? Op welke manier? Via welke kaders wordt dat onderbouwd? Is er een empirische onderbouwing vanuit de eigen praktijk? In dat geval is het zinvol om te kijken wat werkt en waar diëtisten vastlopen. Ervaringen van cliënten zouden interessant zijn maar reiken buiten het bestek van deze bachelorproef. De vragen kwamen aan bod in de focusgroep. Zo werd tevens achterhaald in welke mate diëtisten, die aangeven dat ze de kaders niet kennen/gebruiken, toch aspecten van de kaders gebruiken zonder het zelf te weten. Ook was het belangrijk na te gaan in welke mate de diëtisten de motivationele kaders echt beheersen en welke ze het meest gebruiken en waarom.

Uit de focusgesprekken kan men concluderen dat de motivatiekaders wisselend gekend zijn en door weinige diëtisten correct en doorgedreven gebruikt. Vele diëtisten blijven op het niveau hangen van het werken in kleine stappen, het formuleren van SMART-acties, het geven van concrete voedings- en leefstijltips, de patiënt laten aanduiden welke actie ze op korte termijn zelf willen uitvoeren, ... De fase van gedragsverandering wordt soms herkend maar de behandeling wordt er amper op afgestemd. De diëtisten signaleren een voldoende uitgebreid trainingsaanbod maar dit leidt nog onvoldoende tot het routinematig toepassen van de motivatiekaders. De elearnings van Eetexpert vzw e.a. tools zijn daarnaast nog weinig bekend.

Slechts weinigen (12%) kennen de rol van de diëtist in het bariatrisch traject in mindere mate. Veel meer diëtisten (49%) passen deze kennis niet toe. In de focusgroep werd achterhaald waarom. Wanneer diëtisten niet werken in een bariatrische context is dit antwoord logisch en vergt het geen interventie. Als er iets anders aan de hand is, wel. De focusgroepen wezen uit dat het hoofdstuk over bariatrie in het draaiboek duidelijk is. Intensieve voor- en nazorg met levenslange opvolging is wel een probleem. Suggesties om noden van diëtisten in te vullen, sluiten niet helemaal aan bij de actuele benadering aangezien gevraagd werd naar een fiche met lichamelijke effecten van een bariatrische ingreep wat de patiënt moet tegenhouden om bariatrie als gemakkelijksoplossing te zien. Dit gaat in tegen de principes van stapsgewijze zorg en de patiënt als kapitein van zijn gezondheid.

Zo goed als alle diëtisten waren van plan de kennis van het draaiboek te gebruiken. 90% wilden ook de bijhorende tools gebruiken. Om dit te realiseren werden een aantal bijkomende noden gesignaleerd (tevens gedeeld door de focusgroep):

1. praktische tools (76%);
2. praktische voorbeelden en wetenschappelijke onderbouw (beide 70%);
3. vaardigheidstraining (44%) waarbij opgemerkt wordt dat 45% niets heeft aangeduid voor dit item.

In onderstaande Tabel 7 staan de vormingsnoden waarover training gevraagd werd.

prioriteit	Vormingsnood (via training)	# respon- denten
<b>1</b>	Motivatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- algemene gesprekstechnieken;</li> <li>- specifieke noden: omgang met verschillende karakters, drop out voorkomen, zelfcontroletechnieken, omgang met emo-eters, educatie gezondheidsboodschap bij cliënt, ACT (acceptance and commitment therapy), aanpak op maat van specifieke doelgroepen zoals kansarmen en allochtonen.</li> </ul>	19
<b>2</b>	Praktische implementatie van het draaiboek: <ul style="list-style-type: none"> <li>- gegevens beheren bij gebruik van de tools</li> <li>- tijdsefficiënt en digitaal werken met het draaiboek</li> </ul>	4
<b>3</b>	Leidraad bij multidisciplinair overleg/samenwerken	2

Wat betreft de gewenste **vorm** onthouden we dat schriftelijk materiaal best veel visueel materiaal (prenten, schema's) bevat in verhouding tot de tekst. Zo kan de diëtist het niveau van de uitleg afstemmen op de patiënt. Daarnaast geeft het de diëtist meer autonomie. Als er tekst nodig is, houden we het best bij eenvoudige taal en kernachtige boodschappen. Meegegeven materiaal helpt de patiënt om de gezondheidsboodschap aan derden duidelijk te maken zodat de omgeving sociale steun biedt i.p.v. goedbedoelde demotiverende vragen te stellen.

Op basis van de literatuurstudie en de voormetingen worden zes **inhoudelijke** noden besloten:

1. Fiche over actuele visie en EOSS (ook om eigen gewichtsfocus te counteren);
2. Fiches om mythes over zwaarlijvigheid & diëten te doorbreken;
3. Patiënten-educatie over gezondheidsvoordelen m.u.v. gewichtsdeling;
4. Motivatiekaders en toeleiding naar (bestaande) tools en training
5. Facilitering van de multidisciplinaire samenwerking;
6. Checklist met te bespreken items voor de samenwerking diëtist – huisarts;

Wat betreft de gewenste **vorm** wordt het volgende besloten:

1. Veel visuele elementen in schriftelijk materiaal
2. Tekst is geformuleerd in eenvoudige taal en kernachtige boodschappen.
3. Materiaal is gemakkelijk beschikbaar, bruikbaar en mee te geven.

## INTERVENTIES

Op basis van de bevindingen uit de voormeting werden drie soorten interventies ontwikkeld: fiches (voor de hulpverlener zelf enerzijds en voor gebruik met de patiënt anderzijds), vorming en communicatie. Dit wordt nader toegelicht.

### Fiches voor de hulpverlener

#### Ondersteuningsfiche aanpak overgewicht

In deze fiche (bijlage 6) wordt de actuele visie en het EOSS-concept behandeld. Aangezien dit nieuwe materie was voor de diëtist worden er eerst overtuigende cijfers gepresenteerd om de focus op gezondheid en het nut van het EOSS-instrument te verantwoorden. In een algemeen stroomdiagram van het EOSS-concept wordt vervolgens de visie van het draaiboek geïntegreerd. De principes uit dit stroomdiagram worden daarna vertaald naar de rol en concrete taken van de diëtist, inclusief voorbeeldzinnen en verwijzingen naar andere tools. Tenslotte worden de EOSS-stadia schematisch weergegeven met een behandelindicatie en een voorbeeldcasus. Ook in dit schema herkent de diëtist haar rol.

Tevens wordt verwezen naar de gebruikte bronnen en naar een (uitgebreider) bestaand stroomdiagram van Eetexpert i.v.m. EOSS.

#### Keuzekaart aanpak overgewicht

Deze tool is een "conversation map": een overzichtsprent die de conversatie faciliteert. De prent heeft vier functies. Ten eerste helpt het de cliënt zijn ICE te verwoorden en de brede gezondheidsfocus te hanteren. Ten tweede biedt het de cliënt een houvast om zijn verhaal over te brengen aan zijn omgeving wat leidt tot een beter begrip, empathie en sociale steun. Ten derde is het een multidisciplinaire tool waarmee de arts, diëtist, psycholoog en kinesist hun invalshoek en aandeel in de behandeling kunnen toelichten. Ten vierde is het een centrale figuur met linken naar de achterliggende infofiches. De digitale koppeling naar deze fiches moet nog gemaakt worden.

Van deze tool bestaan twee versies. In de versie voor de patiënt (bijlage 7) wordt de prent vergezeld van een eenvoudige verwoording van de gezondheidsboodschap. De versie voor de hulpverlener (bijlage 8) is daarenboven uitgebreid met een gebruiksaanwijzing. Merk op dat de motivatiekaders zowel inhoudelijk worden toegepast in de gezondheidsboodschap als in de gebruiksaanwijzing.

#### Ondersteuningsfiche multidisciplinair werken

De fiche (bijlage 9) is bedoeld voor diëtisten die moeilijkheden ervaren bij de opstart van een multidisciplinaire samenwerking (aangezien volgens de literatuur en voormeting daar vooral het probleem lag). Eerst worden de troeven van samenwerking opgesomd. Deze dienen als argumenten om potentiële partners te overtuigen. Vervolgens worden drie steekkaarten aangeboden: een checklist voor de voorbereiding, communicatietips en een lijst aan bestaande hulpmiddelen.

Als tweede deel van de tool wordt een figuur gepresenteerd die de drempelvrees van de patiënt voor de psycholoog of diëtist wil verminderen. Vaak gehoorde vooroordelen van patiënten worden voorzien van een gemotiveerd en motiverend antwoord.

## **Motivatiekaders**

De drie motivatiekaders uit het draaiboek ('Stages of change model', zelfdeterminatietheorie en motiverende gespreksvoering) worden apart schematisch weergegeven en op het einde nog eens samengevat in zakformaat. Zie bijlage 10. De schema's zijn voorzien van beeldmateriaal, kenmerken, herkenningspunten, uitspraken van patiënten en reactievoorbeelden van de diëtist. Vooral de zelfdeterminatietheorie wordt voorzien van extra toelichting omdat deze theorie spontaan minder vernoemd werd in de nulmeting en omdat in de uitleg de principes uit motiverende gespreksvoering geïntegreerd konden worden.

## **Fiches voor gebruik met de patiënt**

### **Theoretische raamkaders in diverse fiches**

Om tegemoet te komen aan verschillen in de behoefte aan informatie en wetenschappelijke onderbouw werd theoretische verdieping letterlijk in de lay-out van een raamkader gezet. Wie niet geïnteresseerd is in de theorie en bronnen kan het raamwerk in de verschillende fiches overslaan. Dit verhoogt ook het leesgemak.

### **De mythe van het lijnen**

De fiche over de mythe van het lijnen (bijlage 11) staat niet toevallig bovenaan de lijst voor de patiënt. De titel sluit aan bij het jaarthema van de Vlaamse diëtistenvereniging en is tevens een geschikt onderwerp om de nieuwsgierigheid van zowel de patiënt als diëtist voor de tools te wekken. Herkenbare feiten over de lichamelijke, psychologische en sociale gevolgen van het lijnen worden hier objectief gestaafd. Een cijfervoorbeeld toont de ineffectiviteit van onverantwoord lijngedrag aan. Rekening houdend met de focusgroepen is het onderscheid tussen lijnen en diëten hier belangrijk. Diëten heeft in tegenstelling tot lijnen de connotatie van een medische noodzaak.

### **Gezonder worden, een optie voor jou?**

Deze fiche (bijlage 12) is als inleiding voor de patiënt bedoeld om zwaarlijvigheid als aandoening op drie domeinen (fysiek – psychologisch – sociaal) te kaderen. Zo biedt het meer keuzevrijheid en opportuniteiten voor het aannemen van een gezonde leefstijl. De patiënt wordt actief aan het denken gezet via reflectie-, fantasie- en invuloefeningen. Daarna kan de patiënt aan de slag met de voordeelkaarten per domein. Hierin wordt ook specialist per domein met hun meerwaarde in de behandeling van zwaarlijvigheid voorgesteld.

### **Keuzekaart aanpak overgewicht**

Deze fiche werd reeds besproken bij de fiches voor de hulpverlener.

### **Voordeelkaart voor je lichaam**

De patiënt praktiseert in deze fiche (bijlage 13) de focus op gezondheid, weg van het getal op de weegschaal, door andere objectieve parameters te leren kennen die de effecten van een gezonde leefstijl op lichamelijk vlak objectiveren. Zo wordt een overzicht gegeven van bloedwaarden, SCORE-risicowaarden, bloeddruk en zelfs BMI en middelomtrek ontbreken niet. In plaats van onrealistische streefwaarden voorop te stellen, wordt de patiënt uitgenodigd i.s.m. de hulpverlener(s) persoonlijke doelen te stellen en een positieve evolutie na te streven.

Omdat er zoveel mythes leven over het effect van verschillende macronutriënten op de vetopstapeling en om de fysiologische kennis bij te spijkeren wordt deze kennis in eenvoudige taal uitgelegd. Er is een samenvattend kadertje per brok informatie om extra tegemoet te komen aan verschillende informatiebehoeften. Tevens wordt het domino-effect van de comorbiditeiten van zwaarlijvigheid geïllustreerd a.d.h.v. prenten, schema's en kleuren. Er worden oefeningen aangeboden om deze relatief moeilijke materie te verwerken. Aan de patiënt wordt vervolgens een uitweg richting een gezonde leefstijl geboden via motiverende denk- en invuloefeningen. Ook wordt de positieve spiraal benadrukt om via de gezonde leefstijl samenhangende comorbiditeiten te verbeteren.

### **Voordeelkaart beweging**

De patiënt start in deze fiche (bijlage 14) met een motivatie-oefening om de voordelen van beweging op de drie domeinen bij zichzelf te ontlocken. Daarna worden objectieve feiten gegeven over de soort en hoeveelheid fysieke inspanning die effectief is al naargelang het doel. Ook hier wordt de voordelige invloed op verschillende comorbiditeiten geschetst. Tot slot volgt ondersteuning bij de concrete aanpak onder de vorm van een motiverend, persoonlijk beweegplan.

### **Voordeelkaart voor je hoofd**

In deze fiche (bijlage 15) wordt de invloed van zwaarlijvigheid op psychologische ervaringen van stress, honger – verzadiging en geluk uitgelegd. Omgekeerd wordt ook het weldadig effect van de gezonde leefstijl op het psychologisch welzijn eenvoudig toegelicht. De patiënt gaat nadien zelf aan de slag met aangeboden of eigen ervaringen, emoties en gedachten d.m.v. de oefening 'de mental meter'. Hierin wordt een positieve evolutie naar mentale veerkracht nagestreefd.

### **Voordeelkaart voor je omgeving**

Initieel werden twee voordeelkaarten uitgewerkt i.v.m. de omgeving. In de versie voor de diëtist en beleidsmakers werden de economische en maatschappelijke impact van obesitas geschetst, gebaseerd op gerenommeerd internationaal onderzoek (zie bijlage 16, p. 6 en 7). Tevens werden in deze versie effectieve beleidsopties verschaft en werd bij elke beleidsoptie de vertaalslag gemaakt naar opties voor de patiënt om zijn omgeving positief in te zetten in de verandering naar een gezonde leefstijl. Omdat de inhoud te ver afweek van de geïnventariseerde behoeften werd deze versie niet weerhouden.

In de versie voor de patiënt (bijlage 17) wordt de patiënt eerst bewust gemaakt van het wederzijds versterkend effect op gezondheid: een omgeving kan de gezondheid stimuleren of ontmoedigen en de patiënt kan de gezondheid van de omgeving (deels) bevorderen of beletten. Vervolgens wordt de 'Theory of planned behavior' toegepast opdat de patiënt de invloed van de omgeving positief kan aanwenden voor zijn gezondheid. Hiertoe werden twee oefeningen ontwikkeld. In een eerste oefening brengt de patiënt zijn omgeving in kaart in functie van de gezonde leefstijl, rekening houdend met de subjectieve normen per belangrijke andere. In een tweede oefening worden de subjectieve norm, sociale steun en principes van modeling positief ingezet in een persoonlijk actieplan. Tenslotte worden tips aangereikt om effectief om te gaan met stigmatisering.



## De metafoor van de auto

Aangezien de behandeling van zwaarlijvigheid als chronische aandoening een langdurig traject vergt, kan de inspiratie van de diëtist even uitgeput zijn. De metafoor van het menselijk lichaam als auto beoogt nieuwe invalshoeken te bieden. De tool is een toemaatje maar nog niet gepubliceerd op de website. Zie bijlage 18.

## Bronnendossier

Alle gebruikte bronnen werden per thema gesorteerd in een bronnenlijst. Het dient als ondersteuning voor wie meer wil lezen maar geen tijd wil besteden aan het selecteren van bronnen. Dit instrument is nog niet gepubliceerd op de website. Zie bijlage 19.

## Vorming

Voor diëtisten die training wensten om de tools efficiënt te gebruiken, werd een vorming uitgewerkt conform de indicaties uit de literatuurstudie en voormeting. Voor het concept zie bijlage 20. Belangrijk hierbij is dat de werkvorm maximaal klopt met de visie van het draaiboek en met de motivatiekaders. Zo werd bijv. gestart met de verkenning van de ICE van de deelnemers. Vervolgens kwam het thema motivatie aan bod opdat de meest aangehaalde behoefte eerst ingelost zou worden. Daarna doorliepen de deelnemers een carrouselstelsel met actieve denk- en gespreksoefeningen om competentier te worden in het gebruik van de praktijkfiches. De groepjes werden bij voorkeur heterogeen samengesteld om van elkaars sterktes te kunnen leren. Voor het geval er tijd over zou zijn, werd er een netwerkoefening voorzien om de opstart van multidisciplinaire samenwerking in te oefenen.

De kennis werd mentaal vastgezet via notities in een persoonlijke werkbundel. Ook werd actieve kennisdeling op de werkvloer gestimuleerd. Om het beoogde rendement te bereiken werden de deelnemers gevraagd om de tools te raadplegen vóór de vorming. De vorming werd twee keer georganiseerd om verbeteringen uit te testen.

Voor de materialen, zie bijlagen 21 t.e.m. 26.

## Communicatie

Eetexpert vzw heeft reeds veel materiaal ontwikkeld voor de hulpverlener en verhoogt nog elke dag de toeleiding naar haar instrumenten, zo ook naar de praktijkondersteuning bij het draaiboek voor diëtisten. Hiertoe werd de volgende communicatie ingezet.

- Zowel het draaiboek als de praktijkondersteuning is vrij en digitaal te raadplegen op de website van Eetexpert: <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/dietistendraaiboek-overgewicht/praktijkfiches> . Er werd een intro geschreven per tool met verwijzing naar de betreffende pagina's in het draaiboek (zie bijlage 27) maar dit werd nog niet gebruikt.
- De tools werden gelanceerd in de week van de diëtist i.s.m. de VBVD in de week van de diëtist (14 – 20 maart 2016). Hiertoe werd een vraag aan de Bond geformuleerd en besproken op hun raad van bestuur met een positief antwoord. Er vertrok een gezamenlijke mailing (bijlage 28) naar alle leden van de VBVD en van Eetexpert vzw met een link naar de tools en een uitnodiging voor de vorming.

- Omdat het draaiboek een lijvig document is, wat het raadplegen kan ontmoedigen, werd een nieuwsflits per thema uitgeschreven (zie bijlage 29). Elke nieuwsflits start met een korte zelftest als lokkertje. De vragen ervan zijn zorgvuldig geformuleerd om de diëtist zelfvertrouwen te geven verder te lezen en tegelijk veelvoorkomende fouten te corrigeren. Na de zelftest volgt een zeer korte samenvatting van het thema met verwijzing naar betreffende pagina's in draaiboek.
- Voor eenvormige communicatie vanuit Eetexpert werd een PowerPointpresentatie over de tools gemaakt (zie bijlage 30).

## RESULTATEN VAN DE NAMETING

Het aantal hits op de website gaf aan dat de praktijkfiches en het diëtistendraaiboek (terug) massaal geraadpleegd werden. De cijfers volgden de timing van de communicatie-acties. Zo klikten 547 bezoekers op de pagina van de praktijkfiches in maart 2016, de maand waarin een communicatie-actie plaatsvond n.a.v. de week van de diëtist. Dit bracht ook terug meer lezers bij het draaiboek (560 hits). Ter vergelijking: in 2015, gedurende de periode oktober-december, bezochten 352 bezoekers het draaiboek. De pagina met andere digitale tools dan de praktijkfiches werd bij de lancering van het draaiboek in 2015 ongeveer 170 keer bezocht, en dit aantal hits werd opnieuw bereikt bij de emailcampagne in maart 2016.

De responsgraad van de kwantitatieve nameting kan niet berekend worden aangezien het onbekend is hoeveel diëtisten het evaluatieformulier geopend hebben. De verhouding deelname/geopend is bijgevolg onbekend. Er is wel geweten dat 31 diëtisten deelnamen aan de kwantitatieve nameting. Hieruit bleek dat de fiches over de verschillende thema's quasi evenveel werden geraadpleegd (door  $\pm 70\%$ ). Wie de fiches had geraadpleegd vond ze wel nuttig voor de dagelijkse praktijk en gaf aan dat ze bijgedragen hebben tot de eigen professionalisering. Dit geldt voor alle thema's maar het meest voor de actuele visie (96%) en wat minder voor het thema motivatie (75%). De kwalitatieve bevraging nuanceerde dit resultaat. De fiches over EOSS, motiveren en multidisciplinair samenwerken boden de meeste nieuwe info en droegen zo bij tot de professionalisering. Bijgevolg verhoogden ze het nut voor de dagelijkse praktijk. Het thema motivatie vergde echter nog meer verdieping en oefening om zich geprofessionaliseerd te voelen en de kennis ten volle te gebruiken in de dagelijkse praktijk. De fiches en korte vorming alleen volstonden niet voor enkele diëtisten die minder vertrouwd zijn met het motiveren. De fiches voor de patiënt over de gezondheidsvoordelen zijn vooral nuttig voor het gebruik tijdens de consultatie. De conversation map spande daarbij de kroon, mede door de vele gebruiksmogelijkheden en de aantrekkelijke lay-out. Gezien de vele hits op de website en het relatief laag aantal deelnemers aan de kwantitatieve nameting wordt meer belang gehecht aan de resultaten van de kwalitatieve nameting.

Uit de evaluatie van de vorming werd het volgende besloten. Alle aspecten (nut, werkwijze, organisatie en lesgever) werden aan de positieve kant gescoord. Enkele deelnemers gaven wel aan dat de vorming te kort was. Hierop werd mondeling doorgevraagd. De vorming hielp de meeste deelnemers om zich te verplichten de tools te raadplegen. Een website stelt immers geen deadlines. Voor wie de tools al wel bekeken had, waren de praktijkfiches een opstap om ook het draaiboek te gebruiken. Er was bij de meeste deelnemers dus een vormingsvraag naar verkenning van de tools en hun gebruiksmogelijkheden in plaats van een vraag naar verdieping van de gebruiksmogelijkheden. De tweede vorming sloot beter aan bij de verwachting van de deelnemers door het draaiboek en de tools meer te kaderen en dit te presenteren als antwoorden op vragen van diëtisten. Daarnaast werd het POP in de tweede vorming minder actief gebruikt om niet teveel nieuws te introduceren. Wie het POP kende, kon er nog wel vrijblijvend gebruik van maken. Uit de evaluatie van de tweede vorming bleek dat de pijnpunten uit de eerste vorming waren weggewerkt.

## **ALGEMEEN BESLUIT**

Deze bachelorproef beoogde ondersteuning te bieden aan Vlaamse diëtisten bij het draaiboek van Eetexpert inzake de behandeling van overgewicht en obesitas. Dit met de intentie tot professionalisering en indirecte kwaliteitsverbetering van de behandeling.

Inhoudelijk bleek uit een literatuurstudie, enquête en twee focusgroepen met diëtisten de nood aan ondersteuning m.b.t. de actuele visie (inclusief het EOSS-concept en de gezondheidsfocus op bio-psychosociaal vlak), motivatie en de opstart van multidisciplinaire samenwerking. Diëtisten rapporteerden hierover de behoefte aan een kennisupdate, vaardigheidstraining en praktische gebruiksmogelijkheden voor het patiëntencontact. Via dezelfde onderzoeksmethoden werden aangewezen werkwijzen opgespoord om deze noden in te lossen. Hieruit bleek de voorkeur van diëtisten voor visueel materiaal dat snel, gemakkelijk en vrij te vinden en te gebruiken is, en ook concreet en faciliterend is voor gebruik met de patiënt. Een vorming zou voor ongeveer de helft van de diëtisten een meerwaarde zijn.

Dit leidde tot de ontwikkeling van vrij verkrijgbare, digitale praktijkfiches i.v.m. de vernoemde inhoudelijke thema's: vier fiches voor de hulpverlener en zeven fiches om tijdens het patiëntencontact te gebruiken en mee te geven. Specifieke aandacht ging uit naar een functionele lay-out. Daarnaast werden een bronnendossier aangelegd en een vorming gegeven. Wat betreft de communicatie om diëtisten naar de producten toe te leiden werd samengewerkt met de VBVD en werden nieuwsflitsen ontwikkeld met zelftests en samenvattingen. Daarnaast werd een PowerPointpresentatie gemaakt om de eenvormigheid van de communicatie te bewaken.

Vooraf de goede praktijken i.v.m. de opstart van multidisciplinair samenwerken werden gebruikt bij de inhoudelijke uitwerking van de tool hierover. De sterkte dat veel Vlaamse diëtisten aangesloten zijn bij de beroepsvereniging en lid zijn van Eetexpert vzw werd ingezet bij de communicatie.

Uit de resultaten van de effectmeting werd besloten dat de interventies een antwoord boden aan de inhoudelijke en vormelijke ondersteuningsnoden. Uit de web-statistieken bleek dat veel diëtisten aangesproken werden door de nieuwe tools. De interesse voor de vorming was vrij hoog, wat illustreert dat vorming een voorkeurmethode is voor sommige diëtisten om nieuwe tools te leren gebruiken. Of ze dit materiaal ook gaan gebruiken en of het zal leiden tot betere zorg is niet geweten. Dit kon niet onderzocht worden in het beperkte tijdsbestek van deze bachelorproef.

## KRITISCHE NOTEN EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Ten eerste is de uitkomstvariabele van deze bachelorproef de tevredenheid van Vlaamse diëtisten over de inhoud en vorm van de praktijkondersteuning bij het draaiboek. Dit leidt waarschijnlijk tot een toegenomen professionalisering wat vermoedelijk een positief effect heeft op de kwaliteit van de behandeling van zwaarlijvige patiënten. Deze intermediaire variabelen kunnen in een daarop volgend stadium een indicatie zijn voor een hoger behandelingsucces. Om deze gevolgtrekkingen te verantwoorden is sterker onderbouwd onderzoek nodig. Een bijkomend probleem om een verhoogd behandelingsucces als ultieme outputvariabele te beschouwen is het gebrek aan een eenduidige definitie ervan. Bijgevolg ontbreekt een eenduidige methode om verhoogd behandelingsucces te meten.

Ten tweede werd er slechts deel van Vlaamse diëtisten bereikt. Het is onbekend in welke mate de ondersteuning alle behoeften van de doelgroep dekt en wat de lacunes zijn. Ook kan er een probleem zijn inzake toeleiding. Niet alle diëtisten zijn lid van de VBVD of Eetexpert en zelfs dan kunnen ze de communicatie gemist hebben. Dit kan op haar beurt te maken hebben met praktische redenen (bijv. tijdgebrek) maar mogelijks ook met motivationele redenen (bijv. deels oneens zijn met de visie van het draaiboek of zich niet herkennen in de geboden mogelijkheden tot multidisciplinair werken of ...) waardoor ze het draaiboek verder negeren. Het is immers best mogelijk dat een bepaalde groep van diëtisten met bepaalde kenmerken niet bereikt werden. Daarom is het interessant om een cultuuronderzoek te doen bij de beroepsgroep van diëtisten. Hiermee kan nagegaan worden of er een gedeelde identiteit bestaat tussen (subgroepen van) diëtisten en welke aspecten kenmerkend zijn. Dit is enerzijds relevant om gericht te kunnen inspelen op hun noden. Anderzijds biedt dit informatie en opportuniteiten om de diëtist als volwaardige partner in de multidisciplinaire samenwerking te ondersteunen alsook om het team te ondersteunen in het samenwerken met de diëtist. Finaal kunnen de competenties van de diëtist in het team effectiever benut worden. Tijdens het onderzoek werd er immers een diversiteit aan visies en competenties vastgesteld die positief kunnen worden ingezet.

Het derde punt gaat over de relatief beperkte wetenschappelijke bewijskracht van het toegepaste EOSS-concept op de Vlaamse context inzake de behandeling van zwaarlijvigheid. Het zou interessant zijn om de voorspellende waarde per gezondheidsparameter te kennen en wat hun interactie-effecten zijn. Volgende vragen bleven tot nog toe onbeantwoord. Welke combinaties aan gezondheidsparameters zijn effectiever om te behandelen dan andere? Of dragen ze allemaal even sterk bij tot het behandelingsucces van overgewicht en is er een cumulatief effect? Is er een interactie-effect tussen bepaalde profielen van zwaarlijvigen (bijv. zwaarlijvigen met een bepaalde verslavings- of persoonlijkheidsproblematiek) en het belang van een bepaalde gezondheidsparameter? Als men controleert voor de medische parameters (niet alleen BMI maar ook bloeddruk, nuchtere glycemie, HbA1C, dyslipidemie, erfelijke belasting voor metabole aandoeningen), welke relatie blijft dan overeind tussen de EOSS-stadiëring en behandelingsucces op lange termijn?

Ten slotte werden thema's als 'stigmatisering' en 'specifieke aanpak bij lage SES-groepen' oppervlakkig of amper behandeld binnen de praktijkondersteuning. Nochtans komt deze problematiek veel voor. Een verdere theoretische verdieping van deze thema's, inclusief de uitwerking van gebruiksklaar materiaal kan de behandeling van zwaarlijvigheid verder verrijken.

## **LIJST VAN TABELLEN**

Tabel 1: vertaling EOSS (Sharma en Kushner, 2009, University of Alberta)

Tabel 2: Vergelijking verkennende fase door de diëtist

Tabel 3: Vergelijking inschatting van medische en gezondheidsrisico's

Tabel 4: Indicatie behandeling van overgewicht en obesitas i.f.v. het gezondheidsrisico

Tabel 5: Vergelijking diëtistische diagnose en inschatting ernst met indicatiestelling

Tabel 6: Vergelijking behandelfase

Tabel 7: Trainingsnoden

## **LIJST VAN BIJLAGEN**

Bijlage 1: Enquête nulmeting

Bijlage 2: Interviewleidraad focusgroep

Bijlage 3: Enquête nameting

Bijlage 4: Evaluatieformulier vorming

Bijlage 5: Interviewleidraad semigestructureerd interview nameting

Bijlage 6: Ondersteuningsfiche aanpak overgewicht

Bijlage 7: Keuzekaart aanpak overgewicht: versie voor de patiënt

Bijlage 8: Keuzekaart aanpak overgewicht: versie voor de hulpverlener

Bijlage 9: Ondersteuningsfiche multidisciplinair samenwerken

Bijlage 10: Praktijkfiche 'Motivatiekaders'

Bijlage 11: Praktijkfiche 'De mythe van het lijnen'

Bijlage 12: Praktijkfiche 'Gezonder worden, een optie voor jou?'

Bijlage 13: Voordeelkaart voor je lichaam

Bijlage 14: Voordeelkaart beweging

Bijlage 15: Voordeelkaart voor je hoofd

Bijlage 16: niet gepubliceerde praktijkfiche 'Voordeelkaart voor je omgeving: versie beleidsmakers'

Bijlage 17: Voordeelkaart voor je omgeving: versie patiënt en hulpverlener

Bijlage 18: niet gepubliceerde praktijkfiche 'Metafoor van de auto'

Bijlage 19: Bronnendossier

Bijlage 20: Vorming: concept versie 2

Bijlage 21: Vorming: werkbundel

Bijlage 22: Vorming: PowerPoint

Bijlage 23: Vorming: opdrachtenfiches versie 2

Bijlage 24: Vorming: multidisciplinair netwerken

Bijlage 25: Vorming: puzzelstukken hoek lichaam

Bijlage 26: Intro per tool voor website

Bijlage 27: Mailing naar Vlaamse diëtisten

Bijlage 28: Nieuwsflitsen per thema met zelftests

Bijlage 29: PowerPointpresentatie voor communicatie Eetexpert



## LITERATUURLIJST

### Schriftelijke bronnen

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood, NJ: Prentice Hall.
- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Belgian Association for the Study of Obesity (2000). *De consensus van de BASO: Een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas*, BASO, Leuven.
- Bailer, U., Kaye, W.H. (2003). A review of neuropeptide and neuroendocrine dysregulation in anorexia and bulimia nervosa. *Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders*, 2: 53-59.
- Canadian Obesity Network (2012). *5As of obesity management*, Canadian Obesity Network, Canada, 2012.
- Clark, J.E. (2015). Diet, exercise or diet with exercise: comparing the effectiveness of treatment options for weight-loss and changes in fitness for adults (18–65 years old) who are overfat, or obese; systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, Vol 14, 31.
- Debray, L., Vandeputte, A. (2013). Communiceren over gewicht en leefstijl. Tips ter preventie van overgewicht én eetstoornissen. *Nutrinews*, 4, 3-7.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 319-338.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Overview of Self-Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective*. Handbook of Self-Determination Research, p. 3-34, Rochester.
- Declercq, D., De Keyzer, W., De Henauw, S., Decoster, CH. (2013). Organisatie van de diëtisten in de Vlaamse ziekenhuizen. The Skeleton in the Hospital Closet?, *Tijdschrift voor voeding en diëtik*, jaargang 39 (2).
- De Fauw, L. (2013). Optimaliseren van de samenwerking tussen de huisarts en de diëtiste voor type 2 diabetespatiënten, *Masterproef Huisartsgeneeskunde, U. Gent*, 45 p.
- Eetexpert (2012). *Vlaamse consensusstekst in verband met evenwichtige voeding en beweging, ten behoeve van zorgverstrekkers*, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Brussel.
- Field, A.E., Austin, S.B., Taylor, C.B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H.R., Gillman, M.W., Colditz, G.A. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112, 900-906.

Field, A.E., Javaras, K.M., Aneja, P., Kitos N, Camargo, C.A. Jr, Taylor, C.B., Laird, N.M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162, 574–9.

*Guidelines for childhood obesity prevention programs* (2009). Academy for Eating Disorders.

Have Ten, M., Van Der Heide, A., Mackenbach, J., De Beaufort, I. (2013). An ethical framework for the prevention of overweight and obesity: a tool for thinking through a programme's ethical aspects, *The European Journal of Public Health*, 23(2), 299-305.

Hansen, D. (2015). Beweging als onderdeel van de behandeling van obesitas. *Tijdschrift voor voeding en diëtetiek*, 41 (2).

Hansen, D., Hens, W., Peeters, S., Wittebrood, C., Van Ussel, S., Verleyen, D., Vissers, D., (2015). Physical therapy as treatment for childhood obesity in primary health care: clinical recommendation from AXXON (Physiotherapy Association Belgium). *Physical Therapy*, 1-37.

Hout van den, H., Smorenberg, A., Klemm-Kropp, M. (2014). Langetermijncomplicaties van bariatrische chirurgie: het mes snijdt aan twee kanten, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158, A7559.

Huysmans, V. (2014). *Dieetleer 1. Onuitgegeven cursus voor fase 2 Voeding- en dieetkunde*, Thomas More, Life Sciences, Geel.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., et al. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychology Bulletin*, 130, 19-65.

Jackson, R. (1997). *Nutrition and food services for integrated health care / a handbook for leaders*. Gaithersburg, Md: ASPEN Publishers.

KB. (19 februari 1997). *Koninklijk besluit betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van diëtist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de diëtist door een arts kan worden belast*. België: Sociale zaken, volksgezondheid en leefmilieu, 04 juni 1997.

Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, D.M., Hammer, L, et al (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.

Kuk, J.L., Ardern, C.I., Church, T.S., Sharma, A.M., Padwal, R., Sui, X., Blair, S.N. (2011). Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, Vol.36(4), p.570(7)

Kyrou, I., Chrousos, G. P., & Tsigos, C. (2006). Stress, visceral obesity, and metabolic complications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1083, 77–110.

Lu, X. Y. (2007). The leptin hypothesis of depression: A potential link between mood disorders and obesity? *Current Opinion in Pharmacology*, 7(6), 648–652.

Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., et al. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220–229.

- Mastorakos, G., & Zapanti, E. (2004). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the neuroendocrine regulation of food intake and obesity: The role of corticotropin releasing hormone. *Nutritional Neuroscience*, 7(5-6), 271-280.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). *Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt*, Ekklesia.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering. Mensen helpen veranderen/* Derde editie, Ekklesia.
- Neumark-Sztainer, D., (2009). Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents: What Can Health Care Providers Do?, *Journal of Adolescent Health*, Vol 44, 206-213.
- Pagoto, S. L., Spring, B., Cook, J. W., McChargue, D., & Schneider, K. (2006). High BMI and reduced frequency and enjoyment of pleasant events. *Personality and Individual Differences*, 40(7), 1421-1431.
- Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J.B., Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *BMJ*, 318, 765-768.
- Peterhaänsel, C., Petroff, D., Klinitzke, G., Kersting, A., Wagner, B. (2013). Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review, *Obesity Review*, 14(5), 369-382.
- Probst, M., van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1998). De lichaamsattitudevragenlijst: validering en normering. In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de psychomotorische therapie* (pp.79 - 90), Leuven: Acco.
- Prochaska, J., DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
- Puhl, R.M., Heuer, C.A. (2009). The stigma of obesity: A review and update, *Obesity*, 17 (5), 941-964.
- Sharma, A. & Kushner, R. (2009). Review: A proposed clinical staging system for obesity, *International Journal of Obesity*, 33, pp. 289-295.
- Simmons, M. L., & Vaughan, L. A. (1999). Patient nutrition acuity as a predictor of the time required to perform medical nutrition therapy. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(11), 1367-1372.
- Spikmans F. e.a. (2008). *Motivational Interviewing voor diëtisten*, *Informatarium voor Voeding en Diëtetiek*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Stice, E., Presnell, K., Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131-138.
- The National Eating Disorders Collaboration (2010). *Eating Disorders: The way forward. A strategic communication framework*. Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Thoresen, L., Rothenberg, E., Beck, A. M., & Irtun, O. (2008). Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dietitians have better focus on clinical nutrition. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21(3), 239-247.

Tindle, H., Omalu, B., Courcoulas, A., Marcus, M., Hammers, J., Kuller, L. (2010). Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery, *American Journal of Medicine*, 123 (11), 1036-1042.

Tsigos, C., & Chrousos, G. P. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 865–871.

Unger, RH (2002). Lipotoxic disease. *Annual Review Medicine*; 53: 319–336.

Haslam DW, James WPT (2005). *Obesity*. *Lancet*; 366: 1197–1209.

Vandereycken, W. (1992). Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (85), 163-166.

Vandereycken, W. (1993). The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES). *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* (2), p. 115 – 122.

Vandereycken, W. & Noordenbos, G. (2002). *Handboek eetstoornissen*, Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.

Van Strien, T. (2014). *Nederlandse vragenlijst voor eetgedrag. Handleiding en verantwoording*, Amsterdam, Boom test uitgevers.

## Internetbronnen

BAPEN (2007). Organisation of food and nutritional support in hospitals. <http://www.bapen.org.uk>, laatst geraadpleegd op 28/08/2011.

Govers, E. (2012). Richtlijn 9: Overgewicht en obesitas, [http://www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl/richtlijnen/09HK\\_overgewicht\\_en\\_obesitas\\_1.html](http://www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl/richtlijnen/09HK_overgewicht_en_obesitas_1.html), geraadpleegd op 4/11/2015.

Eetexpert (2015). Aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Draaiboek voor diëtisten. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw).

Northern Health (2012). Position on health, weight and obesity. An integrated population health approach, Canada, [https://northernhealth.ca/Portals/0/About/PositionPapers/documents/HealthWtObesity\\_2012\\_08\\_02\\_SS\\_WEB.pdf](https://northernhealth.ca/Portals/0/About/PositionPapers/documents/HealthWtObesity_2012_08_02_SS_WEB.pdf), geraadpleegd op 1/11/2015.

World Health Organization, About WHO, <http://www.who.int/about/en/>, geraadpleegd op 13/11/2015.

World Health Organization, Media Centre, Obesity and overweight, Fact sheet N° 311, Updated January 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, geraadpleegd op 13/11/2015.