

Voorstel voor gerichte zorgtoewijzing
vanuit de eerste lijn
bij de aanpak van obesitas

Kenniscentrum Eetexpert.be vzw

2015



*Met steun van de Vlaamse Gemeenschap,
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*



Auteurs

Rozemarijn Jeannin & An Vandeputte, Eetexpert vzw

Projectgroep

Nele Baeck (kinderarts, AZ Jan Palfijn), Rik Baeten (huisarts, Domus Medica), Prof. Dr. Caroline Braet (klinisch psycholoog, UGent), Prof. dr. Paul De Cort (huisarts, KU Leuven ICHO, Patrick Debode (huisarts, Zeepreventorium De Haan), Laura Debray (vzw Eetexpert), Yves Devos (bewegingsdeskundige en kinesitherapeut, Fitness als Medicijn), Eveline Dirinck (endocrinoloog, UZA), Kelly Faust (klinisch psycholoog, Jessa Ziekenhuis), Inge Gies (kinderendocrinoloog, BASO), Prof. dr. Dominique Hansen (kinesitherapeut, UHasselt), Ilse Ulens (diëtist, privépraktijk), Maura Sisk (huisarts, Studentengezondheidscentrum KU Leuven), Ann Tanghe (klinisch psycholoog, Zeepreventorium De Haan), Dominique Thoelen (huisarts, LMN West-Limburg), Luc Van Gaal (endocrinoloog, UZA), Chris Van Hul (beleidsmedewerker, RIZIV werkgroep obesitas), Inge Van Pottelbergh (endocrinoloog, OLV Ziekenhuis Aalst), Sofi Van Ussel (kinesitherapeut, Axxon), Wout Vanderborght (klinisch psycholoog, UZ Leuven), Mark Viaene (huisarts, SEL Listel vzw), Dirk Vissers (kinesitherapeut, Axxon), Carla Wittebrood (kinesitherapeut, Axxon).

Inhoud

1. Inleiding	1
2. Basis voor zorgorganisatie bij obesitas: Multidisciplinaire, continue en stepped care behandeling ..	3
2.1 Multidisciplinariteit	4
Multidisciplinair aanbod bij overgewicht	4
Multidisciplinair werken in de praktijk	6
2.2 Stepped care	8
Stepped care bij overgewicht	8
Toepassing van de EOSS voor zorgtoewijzing bij overgewicht in Vlaanderen mogelijk ?	11
2.3. continuïteit van zorg	13
3. Voorstel echelonering Vlaamse zorgaanbod o.b.v. EOSS bij volwassenen	14
3.1 Volgens noden van de patiënt	14
Stadium 0	14
Stadium 1	15
Stadium 2	16
Stadium 3	18
Stadium 4	18
3.2 Kanttekening: Hou rekening met de hulpvraag en motivatie van patiënt	20
4. Suggesties en beleidsadviezen i.v.m. zorgtoewijzing bij obesitas	21
Bronnen	24

1. Inleiding

Overgewicht en obesitas zijn sinds 30 jaar sterk toegenomen. In 2013 was niet minder dan 48% van de Vlamingen te zwaar, en de cijfers wijzen nog steeds op een stijgende trend (Nationale Gezondheidsenquête, 2013). Er is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in het opzetten van activiteiten en samenwerkingsverbanden om overgewicht en obesitas te voorkomen en bestrijden. Ook het Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin maakte van het thema een prioriteit. Een Vlaamse gezondheidsdoelstelling en een bijhorend actieplan rond voeding en beweging werd goedgekeurd door de Vlaamse Regering (24 juli 2009) en het Vlaams parlement (12 november 2009). De hoofddoelstelling luidt hierbij als volgt: "Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door een stijging van het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht nastreeft." De subdoelstellingen hebben betrekking op het verhogen van fysieke activiteit, verminderen van sedentair gedrag, verhogen van het aantal moeders die borstvoeding geven, verhogen van het opvolgen van de richtlijnen van de actieve voedingsdriehoek, en een stabilisatie of stijging van het percentage personen met een gezond gewicht.

Eén van de resultaten van het actieplan was de Vlaamse consensustekst rond voeding, beweging en sedentair gedrag (Eetexpert, 2012), die specifieke leefstijladviezen bevat die nuttig zijn voor elke persoon, ook deze zonder gewichts- of gezondheidsproblemen. Tevens kreeg het kenniscentrum Eetexpert via een beheersovereenkomst de opdracht om inzake vroegdetectie en vroegbegeleiding bij overgewicht:

- Een draaiboek uit te werken voor huisartsen inzake risk-finding en zorgtoeleiding van volwassenen met overgewicht;
- Een coaching uit te werken voor multidisciplinair samenwerken in de eerste lijn rond screening van patiënten met overgewicht/obesitas op gewichtsgerelateerde risicofactoren;
- Een zorginventarisatie te doen in alle Vlaamse regio's inzake beschikbare obesitaszorgverlening;
- Een sjabloon uit te werken voor gerichte verwijzing vanuit de eerste lijn naar deze zorgverlening.

Deze nota wil aansluiten bij deze laatste opdracht.

Niet elke volwassene met overgewicht of obesitas heeft dezelfde (intensiteit van) zorg nodig (Carels et al., 2012; Sharma & Kushner, 2009; VU Amsterdam & PON, 2013). Hoewel er consensus is rond de werkzame en noodzakelijke componenten van een obesitasbehandeling (bv. CBO, 2008; NICE, 2006; WHO, 2000), ontbreken richtlijnen om te identificeren welke patiënten terecht kunnen in eerste lijn, en bij welke patiënten een meer gespecialiseerde vorm van hulpverlening wenselijk is. Bijkomend vergt een correcte aanpak van overgewicht of obesitas vaak een multidisciplinaire benadering. Vanuit de individuele zorgverlener in de eerste lijn is dit vaak vanuit organisatorisch standpunt moeilijker te realiseren. Het gebrek aan spreiding van de hulpverlening is niet alleen in Vlaanderen het geval, maar wordt ook gesignaleerd in onder meer Nederland (VU Amsterdam, 2013) en Schotland (SIGN, 2010). In Nederland wordt het merendeel van de patiënten met overgewicht/obesitas vandaag de dag in 2^{de} of 3^{de} lijn behandeld. Dit heeft verschillende nadelen, zowel in toegankelijkheid van zorg vanwege de afstand tot de woonomgeving van de patiënt, als in kostprijs voor de maatschappij (VU Amsterdam & PON, 2013). Uit onderzoek van de socialistische mutualiteit blijkt dat 11 000 Belgen jaarlijks een maagoperatie laten uitvoeren, wat op een sterke toename wijst over de laatste 10 jaar en

hoogoplopende maatschappelijk kosten met zich meebrengt (Galoo, Van Duyn, & Van den Heede, 2014). Ook het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) (2006) geeft aan dat de zorg voor obese patiënten in België geconcentreerd lijkt te zijn in hooggespecialiseerde multidisciplinaire teams in secundaire of tertiaire settings en dat geografische en financiële toegankelijkheid een probleem zijn. Ze wijst ook op de noodzaak om de mogelijkheden voor een benadering vanuit de eerste lijn te onderzoeken, om de rol van de verschillende betrokken gezondheidszorgverstrekkers na te gaan, om de rol van patiëntengroeperingen nader te bekijken en om een alternatief financieringssysteem voor te stellen. In België is, vanuit patiëntperspectief, de ambulante zorg voor obesitas duurder dan de residentiële zorg. Enkel de meest intensieve en ingrijpende zorg wordt namelijk terugbetaald. Daarnaast signaleren in Vlaanderen steeds meer gespecialiseerde behandelteams aan vzw Eetexpert dat ze de grote instroom niet meer kunnen opvangen en vragen naar gerichte inschakeling van eerstelijnszorg.

In België wordt doorgaans gesproken van 1^{ste} lijn, 2^{de} lijn en 3^{de} lijn, maar het onderscheid tussen 2^{de} en 3^{de} lijn is onduidelijk. Sommige bronnen koppelen 3^{de} lijn aan residentiële hulpverlening (tegenover ambulante) (bv. Vandeurzen, 2010), andere koppelen 3^{de} lijn aan universitaire en gespecialiseerde ziekenhuizen (tegenover algemene) (bv. KUL, 2009). De opdeling is niet eenduidig en wordt vandaag de dag in vraag gesteld (KUL, 2009). In het rapport van de Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg (2010) wordt de echelonering verlaten, en wordt een netwerkmodel gebruikt, met coöperatie en coördinatie tussen het eerstelijnssteam en andere instituties en voorzieningen. Tweede- en derdelijnsvoorzieningen vormen samen de meer specialistische diensten en voorzieningen. In het huidig rapport hebben we gekozen voor de termen eerstelijnszorg, gespecialiseerde ambulante zorg, en obesitasklinieken, in plaats van de termen 2^{de} en 3^{de} lijn, om verwarring te vermijden. Gespecialiseerde ambulante zorg en obesitasklinieken zijn beiden vormen van gespecialiseerde zorg, waarbij obesitasklinieken een hogere graad van specialisatie hebben. Gespecialiseerde zorg is in de regel multidisciplinair. De specifieke inhoud van deze zorgniveaus komt verder in de tekst aan bod.

Deze tekst heeft als doelstelling een aanzet te formuleren rond de mogelijkheden binnen de verschillende zorgniveaus voor volwassenen met gewichtsproblemen. We namen bestaande richtlijnen en literatuur door om tot een werkinstrument te komen, in afwachting van de ontwikkeling van een Vlaamse richtlijn. Om relevante richtlijnen en teksten te identificeren, gebruikten we de richtlijndatabase 'National Guideline Clearinghouse'. Via de zoektermen 'obesity stepped care' kregen we 123 richtlijnen, waarvan er 7 relevant waren voor de (fasen van) behandeling voor obesitas bij volwassenen (Fitch et al., 2013; Garcia et al., 2010; Kottke et al., 2012; Michigan Quality Improvement Consortium, 2013; Royal Australian College of General Practitioners, 2012; U.S. Preventive Services Task Force, 2012; WGO, 2011). Een nieuwe zoekopdracht met 'obesity treatment' leverde 273 richtlijnen op, waarvan er slechts 2 bijkomend van toepassing waren (SIGN, 2010; University of Michigan Health System, 2013). We herhaalden deze zoekstrategie bij 'EBM practice net', eerst met de zoektermen 'obesitas stepped care' en 'obesitas getrapte zorg', wat geen resultaten opleverde, en met de term 'obesitas behandeling', wat 71 richtlijnen opleverde, waarvan er slechts 2 relevant waren voor onze vraag (Domus Medica, 2006; Finnish Medical Society Duodecim, 2010). Deze richtlijnen vulden we aan met consensusteksten en zorgstandaarden uit België en Nederland, met de richtlijnen die als basis dienden voor het draaiboek voor huisartsen (Eetexpert, 2013) en met de WHO adviezen.

Om het geheel te toetsen aan de Vlaamse situatie organiseerden we een rondetafel met experts uit de verschillende betrokken beroepsgroepen, instanties en kenniscentra:

- Huisartsen, psychologen, diëtisten, kinesitherapeuten, bewegingsdeskundigen, endocrinologen;
- Algemene (OLVZ Aalst, Jessa Ziekenhuis, Jan Palfijn) en universitaire ziekenhuizen (UZ Gasthuisberg, UZ Antwerpen, UZ Brussel), Zeepreventorium;
- Universiteit Gent, KU Leuven, Universiteit Hasselt
- Domus Medica, AXXON;
- Werkgroep obesitas RIZIV;
- BASO;
- LMN en SEL

2. Basis voor zorgorganisatie bij obesitas: Multidisciplinaire, continue en stepped care behandeling

De behandeling van overgewicht en obesitas telt 3 grote *pijlers*:

- (1) Doorgedreven **multidisciplinair** werken is de gouden standaard (WHO, 2000). Zowel eet- als gewichtsproblemen zijn gekenmerkt door een complexe interactie van somatische, sociale en psychische factoren. Dit vereist een biopsychosociale visie die vertaald is in een multidisciplinaire aanpak met een voedings-, bewegings-, en psychologisch luik gericht op verandering van levensstijl (CBO, 2008).
- (2) Tailor made **stepped care** (Nice , 2006; Trimbos instituut, 2006; PON, 2010): Gepaste verwijzing is nodig naar behandeling die de meeste garanties biedt en kosten-effectief is: de meest haalbare zorg (dicht bij huis), de meest betaalbare zorg (ook maatschappelijk) en de minst intrusieve zorg eerst. Zorg op maat voor gewichtsproblemen begint dan ook in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit ligt helemaal in de lijn van de huidige beleidsplannen van de Vlaamse en Federale overheid waarbij wordt gepleit voor een verdere uitbouw van de eerstelijnszorg met de huisarts als zorginitiator en coördinator (zie eerstelijnsconferentie, de uitbouw van art 107¹,...) .
- (3) Obesitas wordt meer en meer gedefinieerd als een chronische ziekte (zie bv. AACE, 2012; BASO, 2010; CBO, 2008; PON, 2010; WHO, 2000). **Continuïteit** van zorg is nodig over leeftijdsgroepen en over hulpverleningsechelons heen (CBO, 2008; Trimbos instituut, 2006). Het gaat om een problematiek met een ontwikkelingsdynamiek die reeds op zeer vroege leeftijd kan aanvatten en levenslang kan blijven bestaan.

Deze aanbevelingen voor organisatie van goede zorg bouwen verder op een doordacht preventiebeleid op alle niveaus. Gezonde levensstijl moet ingebed zijn in de ruimere maatschappij. In scholen en op het werk zijn overheidsinspanningen nodig om tot een gezonde levensstijl te komen. Zo levert het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) initiatieven

¹Artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen betreft de mogelijkheid om zorgnetwerken en zorgcircuits op te zetten (van ziekenhuisbedden naar zorg in de leefomgeving van de patiënt).

voor gezondheids promotie op school ('Gezonde school') en op het werk ('Gezond werken'), en om ouders te ondersteunen in het stimuleren van gezonde keuzes bij hun kinderen ('Gezond opvoeden').

Lokale programma's rond fysieke activiteit en gezonde voeding, sportcentra, en mogelijkheden voor actief transport zijn zeer belangrijk in de directe leefomgeving van mensen met (risico tot) overgewicht.

In deze concepttekst werken we niet-professionele zorg (bv. Zelfhulpgroepen en commerciële programma's zoals 'Weight Watchers') niet verder uit. Niet-professionele zorg kan wel een waardevol complementair aanbod vormen voor betrokkenen.

2.1 Multidisciplinariteit

Multidisciplinair aanbod bij overgewicht

De behandeling van obesitas bevat idealiter een medisch luik, een voedingsluik, een bewegingsluik en een psychologisch/gedragmatig luik. Dit komt internationaal terug in diverse richtlijnen (bv. BASO, CBO, DAA, domus medica, NICE, PON, Duodecim) en bij de WHO. Multidisciplinariteit is dus inherent aan de behandeling van obesitas, en kan zich voordoen binnen basiszorg en tussen de verschillende zorgniveaus.

Inzake *fysieke en medische* opvolging pleit men ervoor dat een fysiek bilan wordt opgemaakt, medische comorbiditeiten en een mogelijke psychiatrische problematiek in kaart gebracht worden en zonodig opgevolgd worden tijdens de behandelingsperiode. Inschakeling van een medisch specialist kan nodig zijn, bv. endocrinoloog, pneumoloog (slaapapneu), cardioloog, specialist in de fysiotherapie of orthopedist. De arts zorgt ook voor medicamenteuze opvolging van comorbiditeiten, waarbij aandacht besteed wordt aan het al dan niet obesogene karakter van de medicatie. Daarnaast is inschakeling van de medische tak ook noodzakelijk in het kader van (overwegen van) obesitasmedicatie (Orlistat), bij (overweging van) bariatrische chirurgie en bij (overwegen van) zeer laagcalorische diëten (zie verder).

Inzake *voeding* pleit men om eerst te werken aan normalisering van het eetpatroon, en vervolgens te werken aan de verbetering van de leefstijl en de aanbevelingen hieromtrent, al dan niet aan de hand van een dieet. Een gezond eetpatroon opbouwen is dan een prioritair behandeldoel, gewichtsafname secundair. Wanneer gewichtsreductie een behandeldoel is, is het aanbevolen dieet een *energiebeperkt* dieet. Dit houdt in dat de persoon 600 kcal minder inneemt dan nodig is om het gewicht stabiel te houden. Dit dieet heeft de grootste mate van therapietrouw, wat essentieel is voor behoud van het gewichtsverlies (CBO, 2008). De samenstelling van het dieet wordt aangepast aan de noden van de patiënt en specifieke comorbiditeiten. Afhankelijk van de kenmerken van de patiënt kan een energiebeperkt dieet afgewisseld worden met een *laagcalorisch* dieet (> 1000 kcal /dag) of een *zeer laagcalorisch* dieet (< 800 kcal/dag), dit nog steeds binnen een ruimere multidisciplinaire leefstijlbehandeling.

De European Food Safety Authority (EFSA, 2015) verlaat het onderscheid tussen laagcalorische en zeer laagcalorische diëten en definieert een minimale energetische waarde van 600 kcal/dag met minimale waarden voor macro- en micronutriënten in de maaltijdvervangers. Ze geven ook

restricties voor gebruik: enkel bij gezonde volwassenen met overgewicht/obesitas met oog op gewichtsverlies. In andere gevallen (bv. bij comorbiditeiten) moet de wenselijkheid van het dieet beoordeeld worden door een arts. Een (zeer)laagcalorisch dieet mag slechts voor een eenmalige korte periode van maximaal 8 weken toegepast worden (EFSA, 2015). NICE (2014) raadt het routinematig gebruik van diëten <800 kcal/dag af en reserveert ze enkel voor specifieke situaties die snel gewichtsverlies vereisen (bv. ter voorbereiding van een heupoperatie of fertiliteitsbehandeling). Te restrictieve diëten blijken ineffectief op lange termijn en kunnen schadelijke gevolgen hebben. Indien ze gebruikt worden, moeten ze steeds vergezeld worden van een multidisciplinaire behandeling met onder meer een gebalanceerd eetpatroon om gewichtsverlies op lange termijn te behouden.

Inzake *beweging* pleit men zowel voor een vermindering van het sedentair gedrag als voor een verhoging van het niveau van fysieke activiteit. Concreet geldt als norm dat volwassenen minstens 30 minuten per dag matig fysiek actief moeten zijn, en dit vijf dagen per week, en twee maal per week specifieke activiteiten moeten uitoefenen om de botkwaliteit en spiersterkte te verbeteren (Eetexpert, 2012), maar voor obese personen is het streefdoel minstens 60 minuten per dag, eveneens de meeste dagen van de week (Donnelly et al., 2009; University of Michigan Health System, 2013). Sedentair gedrag moet zoveel mogelijk beperkt worden. De bewegingscomponent heeft zowel een positieve invloed op de algemene gezondheid en het cardiovasculair risico van de patiënt, als op de effectiviteit van een aangepaste voeding.

Een bewegingsdeskundige of kinesitherapeut² die op de hoogte is van de medische en psychosociale problematiek en kennis heeft van de impact van farmacotherapie (ter behandeling van cardiovasculaire risicofactoren en/of ter stimulatie van gewichtsreductie) kan helpen bij het maken van aangepaste keuzes bij belangrijke motorische, psychosociale en fysieke beperkingen en de gepaste trainingsmodaliteit selecteren voor maximaal vetmassaverlies in aanvulling van de belangrijkste interventie: een bewegingsprogramma in functie van een actievere leefstijl op maat van de leefsituatie van de patiënt. Een bewegingsdeskundige of kinesitherapeut kan aangepaste begeleiding voorzien indien er sprake is van osteo-artritis, gewrichtspijnen, immobiliteit van de gewrichten, (chronische) vermoeidheid, functionaliteitsverlies, (urinaire) incontinentie of kortademigheid. Ook kan de bewegingsdeskundige of kinesitherapeut bewegingsbegeleiding voorzien bij personen die omwille van obesitas te maken hebben met hypertensie, type 2 diabetes, hartziekten, CVA of astma.

² Op dit ogenblik is er in ons land nog geen duidelijkheid welke discipline het meest aansluit bij noden van patiënten inzake beweegherstel. Men is het erover eens dat beweegherstel bij overgewicht een eigen aanpak nodig heeft die anders is dan de traditionele trainingsopbouw maar zich richt op gedragsverandering op lange termijn. In de praktijk merken we dat meer en meer geïnteresseerden uit de bewegingswetenschappen (bachelors en masters) en de kinesitherapie zich bijscholen. Omdat dit zowel bewegingsdeskundigen als kinesitherapeuten zijn, vermelden we voorlopig steeds beide groepen. De opleiding lichamelijke opvoeding en bewegingswetenschappen bevat de afstudeerrichting 'Fysieke activiteit, fitheid en gezondheid'. De opleiding kinesitherapie bevat intussen een specialisatiejaar, met optie inwendige aandoeningen (metabole ziekten, hart- en vaatziekten, pulmonale ziekten, kanker, nierfalen/-insufficiëntie).

Inzake *psychosociaal functioneren* pleiten internationale richtlijnen voor het inzetten van cognitieve gedragstherapie (CBT of *cognitive behavioral therapy*) in de behandeling. Deze verhogen de therapietrouw en de effectiviteit van de behandeling. CBT bevat onder meer volgende technieken:

- Zelfobservatie
- Doelen formuleren
- Trager eten
- Stimuluscontrole
- Stress-management
- Probleemoplossingsvaardigheden
- Cognitieve herstructurering
- Sociale ondersteuning
- Assertiviteit
- Bevorderen van motivatie
- Hervalpreventie
- Bekrachtiging van veranderingen
- Strategieën om met gewichtstoename om te gaan

Binnen het psychologisch luik wordt best rekening gehouden met psychologische determinanten van verstoord eetgedrag, en er dient gescreend te worden op een emotionele, externe en lijngerichte eetstijl (Domus Medica, 2006). Indien een eetstoornis of een ernstig psychisch probleem dat interfereert met de obesitasproblematiek aanwezig is, dient dit eerst behandeld te worden.

Goede behandeling draagt zorg voor deze vier domeinen en bouwt verder op multidisciplinaire screening van deze domeinen door verschillende experts. Voor correcte inschatting van behandelprogramma's op maat, is het belangrijk om een goed bilan te maken van fysieke en psychosociale toestand, voeding en beweging. In functie van de nood van de individuele persoon met obesitas zal men deze domeinen op maat kunnen inzetten.

Het voedingsluik zou de essentiële component zijn van een gecombineerde leefstijlinterventie bij obese personen met comorbiditeit wanneer we kijken naar het effect op gewicht. Beweging en CBT verhogen de effectiviteit van de wijzigingen in eetgewoonten (BASO, 2010; CBO, 2008). Er zijn weinig onderzoeken waarin multidisciplinaire behandelingen bij volwassen obese personen zonder comorbiditeit zijn bestudeerd, maar de bevindingen lijken aan te sluiten, i.e. een centrale rol van voedingsadvies in de effectiviteit van de (gewicht)sbehandeling.

Multidisciplinair werken in de praktijk

Multidisciplinair werken wordt op alle niveaus aangeraden, ook in de eerste lijn (Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel, 2007), maar dit is niet vanzelfsprekend. Een multidisciplinaire samenwerking in de behandeling van overgewicht en obesitas vindt in België nog steeds grotendeels plaats binnen een ziekenhuis of residentiële setting.

In de praktijk zijn er verschillende vormen van multidisciplinair samenwerken op de eerste lijn mogelijk:

- Vanuit een huisartsenpraktijk met diëtist ,psycholoog/psychotherapeut en bewegingsdeskundige of kinesitherapeut; elk werkt in eigen praktijklocatie, maar er is geregeld overleg (via brief, mail, of telefonisch)
- Vanuit een huisartsenpraktijk met vaste diëtist, vaste psycholoog/psychotherapeut en vaste bewegingsdeskundige of kinesitherapeut die raadpleging houdt in de locatie van de huisartspraktijk met geregeld overleg.
- Vanuit de geïntegreerde interdisciplinaire eerstelijnspraktijk binnen één locatie met doorgedreven teamwerking.

Samenwerking met verschillende disciplines vraagt dat men elkaar en elkaars discipline leert kennen, dat er vanuit een gemeenschappelijk kader gewerkt kan worden, en dat er afspraken groeien omtrent verwijsgedrag, communicatie, dossierdeling, opvolging en terugbetaling. Gemeenschappelijke vormingsmomenten en regelmatig overleg met elkaar blijken hierbij productief en wenselijk.

Van 1 december 2010 tot 31 december 2013 liep een proefproject rond multidisciplinair samenwerken in de eerste lijn om aan deze nood tegemoet te komen. Hiertoe werden in 5 regio's 5 vormingsmomenten georganiseerd met nieuwe inzichten i.v.m. aanpak van overgewicht, nieuwe inzichten i.v.m. motivering, initiëren van multidisciplinair samenwerken in de eerstelijnspraktijk, en opstart van intervisiegroepen. De meeste deelnemers bleken tevreden over het vormingspakket en de intervisies. Wijzigingen in *inzichten* rond overgewicht betroffen vooral het belang van een multidisciplinaire aanpak, een goede samenwerking en overleg, de verschuiving van een focus op gewicht naar een focus op leefstijl, de psychologische factoren die meespelen, het voorkomen van eetstoornissen en het besef dat het belangrijk is om het thema holistisch aan te pakken. De deelnemers ervoeren ook veranderingen in hun *aanpak*. Ze gaven aan minder de nadruk te leggen op gewicht, meer aandacht te besteden aan het motiveren van de patiënt, minder te focussen op het einddoel en de kleine tussenstappen even waardevol te vinden, meer te zoeken naar ingangspoorten om psychologisch te begeleiden, meer rekening te houden met de patiënt zelf, meer focus te leggen op het overleg tussen de disciplines en sneller te verwijzen. Ook het multidisciplinair werken op zich verliep vlotter: men vroeg elkaar sneller om raad, men verwees makkelijker, en er werd sneller en consequenter feedback gegeven aan de verwijzer.

Specifieke aandachtspunten zijn:

- Multidisciplinair screenen als basis voor het multidisciplinair behandelplan: In een pilootproject evalueren teams het multidisciplinair samenwerken als verrijkend: 'Door samen te werken bij multidisciplinair screenen zien we niet alleen meer, iedere discipline kan ook op het eigen deelthema dieper ingaan wat een ander beeld geeft voor opmaak van het zorgplan.'
- Zorgcoördinatie: Bij verwijzing naar de diëtist, psycholoog/psychotherapeut, bewegingsdeskundige/kinesitherapeut en geneesheer specialisten worden doel en planning afgesproken, via een voorschrift, verwijsbrief of telefonisch gesprek. De huisarts blijft in een coördinerende rol het medisch dossier opvolgen, ook na inschakeling van gespecialiseerde zorg (Draaiboek huisartsen, Eetexpert, 2013).
- Uitwisselen van info: Bij samenwerking is het belangrijk dat voorgeschiedenis, belangrijke parameters (lengte, gewicht, medicatie, comorbiditeiten,...), de aard van de problematiek en gestelde doelstellingen en verwachtingen goed worden doorgegeven.

Knelpunten rond multidisciplinair werken binnen de ambulante hulpverlening (niet verbonden aan een ziekenhuis) bleken vooral van organisatorische en financiële aard (Eetexpert, 2013). Zo deelt een groot deel van de hulpverleners geen gemeenschappelijke faciliteiten met de andere disciplines. Hulpverleners rapporteerden een belangrijke nood aan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden evenals de nood aan richtlijnen, specifieke vorming en multidisciplinair overleg. Ook zijn er onvoldoende hulpmiddelen voor het uitwisselen van dossierinformatie.

2.2 Stepped care

Stepped care bij overgewicht

Reeds verscheidene decennia geleden koppelden Brownell en collega's (Brownell & Wadden, 1991; Wadden, Brownell, & Foster, 2002) behandelingsstappen aan de ernst van het overgewicht, dit volgens de redenering dat een hoger overgewichtsperscentage gepaard gaat met een hoger medisch risico. Naargelang meer zorg nodig was, werd de intensiteit van de zorg opgedreven, en intensieve zorg werd volgens het model enkel gestart bij patiënten die niet of onvoldoende gebaat waren met een lager interventieniveau. Tot slot diende er ook een afstemming te zijn tussen noden van de patiënt en kenmerken van de behandeling. Ze wijzen echter ook op de nood aan RCT's (*randomized controlled trials*) met opvolging op lange termijn om de effectiviteit van verschillende behandelingen voor personen die tot eenzelfde BMI-klasse behoren, te vergelijken (i.e. verdere validering van het stepped care model).

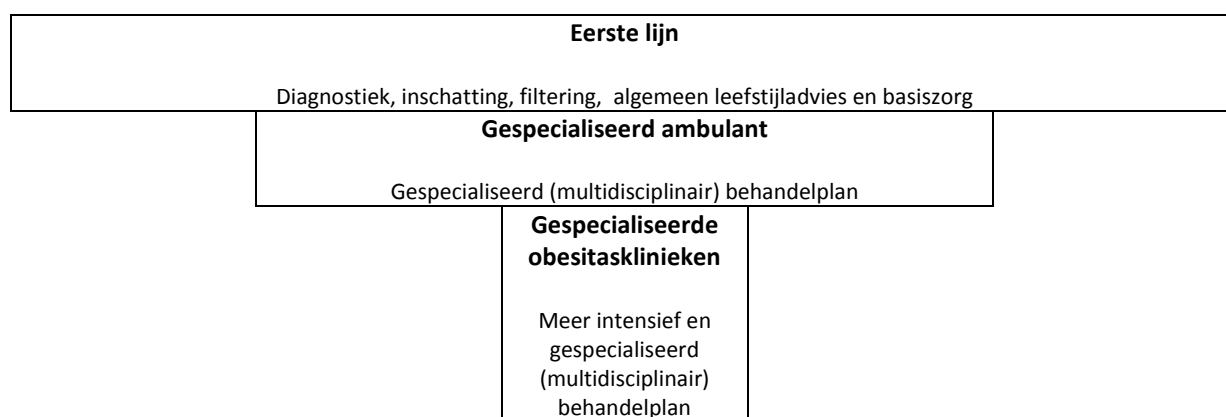
Studies van Carels en collega's gedurende de voorbije jaren (2005, 2007, 2012) ondersteunen de effectiviteit van het stepped care model.

Recent tekent zich internationaal een nieuwe organisatie af van de geestelijke gezondheidszorg vertrekkende vanuit de eerste lijn. In deze nieuwe structuur krijgt de stepped care verder vorm. Kamstra en Hutschemaekers (2011) pleiten voor duidelijke roldefiniëring van de verschillende zorgniveaus:

- De eerste lijn zorgt voor een generalistisch aanbod en maakt de triage tussen patiënten die wel en geen extra diagnostiek/specifieke behandeling nodig hebben
- De tweede lijn biedt diagnose specifieke (richtlijn)zorg (ambulant)
- De derde lijn zorgt voor intensieve specialistische zorg (ambulant)
- De vierde³ lijn zorgt voor zorg en opvang (residentieel)

In verschillende conceptteksten vinden we toepassing van wat stepped care kan betekenen in de zorg bij obesitas: in Nederland (Trimbos instituut, 2006, VU Amsterdam & Partnerschap Overgewicht Nederland, 2013), het Verenigd Koninkrijk (NICE, 2006, 2014), en België (Belgian Association for the Study of Obesity).

³ In Vlaanderen wordt geen 4^{de} lijn gedefinieerd, en valt residentieel opvang binnen 3^{de} lijn.



Figuur 1. Gewenste spreiding van obesitasproblematieken over zorgniveaus (gebaseerd op VU Amsterdam & PON, 2013).

De behandeling wordt afgestemd op de combinatie van BMI, eventueel middelomtrek (NICE), en comorbiditeiten. In het algemeen kunnen we stellen dat de behandeling evolueert van algemeen en niet-intrusief naar specifiek en intensief. Bij afwezigheid van gezondheidsrisico's wordt leefstijladvies gegeven rond voeding en beweging (minimale interventie met concrete leefstijltips); wanneer behandeling nodig is, wordt gepleit voor multidisciplinariteit; en farmacotherapie kan toegevoegd worden wanneer gespecialiseerde leefstijlinterventies niet leiden voldoende resultaat (bv. 5% gewichtsverlies na een jaar behandeling, CBO, 2008), ter ondersteuning van deze interventies. Bariatrische chirurgie kan overwogen worden bij specifieke criteria, en wanneer niet-chirurgische interventies niet tot het gewenste resultaat leiden (bv. NICE, 2006, 2014).

	BMI-categorie				
Behandeling	25-26,9	27-29,9	30-34,9	35-39,9	≥40
Voedingsadvies, fysieke activiteit en gedragstherapie	Met comorbiditeiten	Met comorbiditeiten	+	+	+
Farmacotherapie		Met comorbiditeiten	+	+	+
Heelkunde				Met comorbiditeiten	+

Noot. '+' geïndiceerd ook zonder comorbiditeiten'

Figuur 2. Model van zorgtoewijzing uit diverse richtlijnen (Bv. BASO, 2010; NICE, 2014).

Recent stelde de World Obesity Federation (vroeger de IASS) hierrond de EOSS (Edmonton Obesity Staging System, Sharma & Kushner, 2009) voor, die zorgtoewijzing koppelt aan het ruimere 'gezondheidsrisico' in plaats van enkel medisch risico en BMI stadiëring. De EOSS is het eerste

systeem in verband met zorgtoewijzing dat helemaal aansluit bij deze nieuwe benadering. De EOSS werd in 2012 door de Canadese overheid gevalideerd in een 'position statement' (Northern Health, 2012). Aan- of afwezigheid van risicofactoren op vlak van medische toestand, mentale toestand en functionaliteit komen hierbij aan bod, bij patiënten met een BMI vanaf 30. Hierbij worden 5 stadia onderscheiden.

De stadia zijn:

Stadium	Beschrijving	Aanpak
<i>Stadium 0</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Geen gewichtsgelateerde risicofactoren; EN - Geen lichamelijke symptomen; EN - Geen psychologische symptomen; EN - Geen weerslag op welzijn; EN - Geen functionele beperkingen 	Verdere gewichtstoename voorkomen door leefstijladvies. Halfjaarlijkse opvolging door huisarts.
<i>Stadium 1</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Subklinische gewichtsgelateerde risicofactoren; OF - Milde lichamelijke symptomen die geen medische behandeling vereisen; OF - Milde gewichtsgelateerde psychologische symptomen; OF - Milde weerslag op welzijn; OF - Milde functionele beperkingen 	Meer intense leefstijl interventies via een individueel behandelplan, waaronder herstel van eet- en beweeggedrag en psychosociaal welbevinden. Gewichtstoename voorkomen. Geregelde opvolging van risicofactoren en gezondheidsstatus door huisarts.
<i>Stadium 2</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Gewichtsgelateerde risicofactoren; OF - Gewichtsgelateerde co-morbiditeit die een medische behandeling vereist; OF - Matige gewichtsgelateerde psychologische symptomen; OF - Matige weerslag op welzijn; OF - Matige functionele beperkingen in ADL 	Bespreek multidisciplinaire obesitasbehandeling met intense leefstijlinterventies. Inschakeling van gespecialiseerde psycholoog, diëtist en kinesist/ bewegingsdeskundige met regelmatig bilan. Bespreek opties rond farmacotherapie voor comorbiditeiten en overweeg bariatrische heelkunde. Nauwe opvolging en behandeling van comorbiditeiten.
<i>Stadium 3</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ernstige gewichtsgelateerde co-morbiditeit met orgaanschade - Ernstige psychologische symptomen - Ernstige functionele beperkingen - Ernstige weerslag op welzijn 	Meer intensieve multidisciplinaire obesitasbehandeling met intense leefstijlinterventies. Inschakeling van een gespecialiseerd obesitasteam en samenwerking met medisch specialisten. Bespreek opties rond farmacotherapie voor comorbiditeiten en overweeg bariatrische heelkunde. Nauwe opvolging en behandeling van comorbiditeiten.
<i>Stadium 4</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Zeer ernstige gewichtsgelateerde co-morbiditeit in eindstadium - Zeer ernstige invaliderende gewichtsgelateerde psychologische symptomen - Zeer ernstige functionele beperkingen 	Agressieve obesitasbehandeling die haalbaar is. Indien geen motivatie tot gedragsverandering palliatieve aanpak waaronder pijnbehandeling, arbeidsbegeleiding en psychosociale ondersteuning.

Figuur 3. Ernst en indicatiestelling volgende de EOSS stadia.

Sharma en Kushner (2009) stellen dus een trapsgewijze aanpak voor, waarbij de intensiteit van de behandeling afgestemd is op de ernst van de comorbiditeiten. Kuk en collega's (2011) beschreven een

reeks specifieke criteria voor de EOSS-stadia bij volwassenen (zie bijlage). De EOSS-stadia van ernst werden gevalideerd in de link met mortaliteit, i.e. patiënten uit stadium 2/3 hebben een hoger mortaliteitsrisico dan patiënten uit stadium 0/1, en de EOSS voorspelt mortaliteit beter dan BMI (Kuk et al., 2011; Padwal et al., 2011).

Voor de concrete handelwijze om tot een inschatting te komen van het EOSS-stadium van een patiënt met obesitas en de specifieke criteria hiervoor, wordt verwezen naar het draaiboek voor huisartsen (Eetexpert.be, 2013). Op dit ogenblik helpt het instrument al uitstekend om obese personen met weinig tot geen gezondheidsrisico te onderscheiden van patiënten met ernstige symptomen en comorbiditeiten, maar opdeling in de tussenstadia is niet steeds scherp afgeleid en een uitdaging voor de multidisciplinaire eerstelijnsbespreking.

Toepassing van de EOSS voor zorgtoewijzing bij overgewicht in Vlaanderen mogelijk ?

We moeten er rekening mee houden dat de EOSS een eerste aanzet is om anders met obesitas om te gaan, en de focus van BMI naar gezondheidsrisico te verplaatsen. Het is nog niet erkend door verschillende grote gezondheidsinstanties zoals de WHO. Extra validering/verfijning, ook buiten de onderzoeksgroep van de EOSS, is wenselijk. Anderzijds biedt de EOSS bruikbare handvaten om deze nieuwe visie op zorg uit te werken.

In EOSS-stadium 0 en 1 staat een brede gezondheidswinst voorop: Leefstijladvies (minimale interventie met concrete leefstijltips) in functie van brede gezondheidsbevordering, psychosociaal welbevinden en preventie van comorbiditeiten en gewichtstoename. In de hogere stadia verschuift het behandelgoal naar opvolging en behandeling van comorbiditeiten, en is gewichtsafname wenselijk.

Volgens de EOSS kunnen patiënten in stadium 0 en 1 opgevolgd worden door huisartsenpraktijken voor leefstijladviezen. Bij een risicoschatting EOSS 2 tot 4 wordt bij voorkeur gekozen voor een multidisciplinaire aanpak van de obesitasproblematiek (gespecialiseerde psycholoog, diëtist en bewegingsdeskundige of kinesitherapeut), die progressief intensiever en steeds meer aangepast aan de individuele situatie van de patiënt gebeurt. We zien doorheen de fasen dus een toename in intensiteit en specialisatie in de indicatiestelling. Dit zouden we kunnen koppelen aan de opdeling binnen eerstelijns- en gespecialiseerde hulpverlening in het Vlaamse zorglandschap.

- *Eerstelijnsgezondheidszorg* is generalistische, niet-gespecialiseerde zorg, die voor iedereen toegankelijk is. Ze richt zich doorgaans op personen die thuis wonen en een eigen hulpvraag hebben. Naast basisbehandeling is ze ook actief binnen preventie. Eerstelijnszorg zorgt ook voor continuïteit van zorg, eventuele verwijzing naar en samenwerking met gespecialiseerde hulpverleners (Trimbos, 2006). Eerstelijnsgezondheidszorg is verantwoordelijk voor de instroom en doorstroom van patiënten. Behandelaars uit eerste lijn kunnen beroep doen op de deskundigheid van gespecialiseerde hulpverleners, en worden door hen ondersteund.

Wanneer we dit *toepassen op de behandeling van overgewicht/obesitas bij volwassenen*, zien we volgende rollen van eerstelijnssteams :

-**Screening** in eerste lijn is belangrijk voor alle patiënten met obesitas om een inschatting te kunnen vormen van nodige zorgintensiteit in functie van optimale verwijzing. Interventie hangt af van de noden.

-**Leefstijladvies**, eventueel op groepsniveau, en toeleiden naar andere leefstijlprogramma's bij EOSS stadium 0 en 1.

-**Basiszorg** die vooral zal bestaan uit het motiveren en bevestigen van gedragsverandering in functie van gezondheidsbevordering bij EOSS stadium 2.

-**Verwijzing naar en follow-up** bij gespecialiseerde hulpverlening bij EOSS 3-4.

In de eerstelijnsbenadering van overgewicht/obesitas kunnen volgende disciplines ingeschakeld worden:

-huisarts

-diëtist

-kinesitherapeut of bewegingsdeskundige, zonder specifieke specialisatie⁴

-eerstelijnspsycholoog⁵

Dit neemt niet weg dat ook CAW's, diensten voor gezinszorg, thuisverplegingsdiensten e.d. een rol kunnen spelen in het geven en implementeren van leefstijladviezen.

● *Ambulante gespecialiseerde zorg* in het kader van overgewicht wordt gevormd door hulpverleners die specifieke kennis/ervaring hebben in de behandeling, kenmerken en comorbiditeiten van overgewicht/obesitas. Inschakeling van ambulante gespecialiseerde hulpverleners is aangewezen wanneer generalistische eerstelijns hulp onvoldoende werkzaam is gebleken (bv. geen gewichtsstabilisatie, verhoging gezondheidsrisico's, ondanks begeleiding) of wanneer uit de multidisciplinaire screening blijkt dat de patiënt met obesitas ernstige comorbiditeiten heeft (~ behoort tot EOSS-stadium 2/3, zoals bij een specifieke medische pathologie of een eetstoornis). Samenwerking met de eerste lijn blijft noodzakelijk, en een deel van de behandeling kan nog steeds door eerstelijns hulpverleners worden opgenomen.

Volgende hulpverleners die zich specialiseren binnen de obesitasproblematiek en ambulant werken, zijn terug te vinden in het aanbod bij obesitas:

-medisch specialist (bv. Endocrinoloog, cardioloog...)

-diëtist (met expertise binnen behandeling van obesitas en eetstoornissen, of met expertise binnen de opvolging van patiënten die een bariatrische ingreep ondergingen)

-kinesitherapeut of bewegingsdeskundige met een verbijzondering in obesitas (via afstudeerrichting, specialisatie of met expertise binnen behandeling van overgewicht/obesitas en/of bewegingsmogelijkheden bij patiënten met bepaalde chronische aandoeningen)

-klinisch psycholoog/psychiater/orthopedagoog met expertise binnen de behandeling van obesitas, verstoord eetgedrag en eetstoornissen, of met expertise binnen de opvolging van patiënten die een bariatrische ingreep ondergingen

Deze hulpverleners kunnen werken in een privépraktijk of verbonden zijn aan een poliklinische afdeling van een ziekenhuis.

⁴ Kinesitherapeuten en bewegingsdeskundigen zijn opgeleid om een medisch verantwoord bewegingsprogramma op te stellen en gemotiveerd te begeleiden, zowel met als doel preventie als een curatief programma.

⁵ Het profiel van de eerstelijnspsycholoog bestaat uit een academische basisopleiding in de menswetenschappen en aanvullende en wetenschappelijk onderbouwde psychotherapeutische scholing (Vandeurzen, 2010).

- *Gespecialiseerde obesitasklinieken* zijn de gespecialiseerde afdelingen van ziekenhuizen waarbij een multidisciplinair obesitasteam een behandelingstraject heeft uitgewerkt. Naast conservatieve behandeling (intensieve leefstijlbehandeling) kan ook bariatrische chirurgie deel uitmaken van het behandelaanbod. Het aanbod kan een (semi-)residentiële vorm aannemen.

Zorgtoewijzing naar deze gespecialiseerde centra is aangewezen wanneer eerste lijns- en ambulante gespecialiseerde zorg ineffectief bleken voor de patiënt (bv. geen 5% gewichtsverlies na 1 jaar, geen significante verbetering in de relevante comorbiditeiten), of wanneer uit de multidisciplinaire intake bleek dat de patiënt ernstige/zeer ernstige symptomen/comorbiditeiten heeft (EOSS-stadia 3/4, bv. Levensbedreigend op termijn van 5-10 jaar, of dreigende orgaanschade op termijn van 5-10 jaar). Idealiter wordt deze zorg dus ingeschakeld op indicatie van de huisarts of na multidisciplinaire inschatting.

EOSS-stadium			
0	Eerste lijn		
1			
2		Ambulante gespecialiseerde zorg	
3			Obesitaskliniek
4			

Figuur 4. Koppeling van EOSS-stadia aan eerstelijns-, en gespecialiseerde zorg.

We zien dus dat eerstelijnszorg overheen alle stadia aanwezig is, gezien de kernrol van de huisarts bij start, coördinatie en opvolging van de behandeling, en de levenslange opvolging die nodig is bij de obesitasproblematiek⁶. Eerstelijnszorg is er voor elke persoon met obesitas die een hulpvraag heeft, zowel ter preventie van (verdere) gewichtstoename als gewichtsreductie. Vanaf stadium 2 kan echter, naargelang de specifieke symptomen/comorbiditeiten, indien nodig beroep gedaan worden op een geneesheer-specialist of (leden van) een gespecialiseerd multidisciplinair obesitasteam. In uitzonderlijke gevallen kan ook chirurgie overwogen worden. Vanaf stadium 3 kan de specialisatiegraad van het obesitasteam verder toenemen. Een behandeling door gespecialiseerde hulpverleners betekent niet dat 1^{ste}lijn overgeslagen wordt of niet meer aan bod komt.

2.3. continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg, het derde principe van goede zorg, houdt in dat een goede opvolging nodig is over zorgniveaus heen, en dit over langere tijd. Continuïteit van zorg betekent niet enkel een goede doorstroom van basiszorg naar gespecialiseerde zorg, maar ook een adequate terugstroom naar lagere zorgniveaus, en een continue samenwerking tussen de verschillende (niveaus van)

⁶Het gebrek aan (toepassing van) kortdurende en vroegtijdige interventies vormt een grote belemmering voor de grotere rol van de eerstelijns. De invoering van de eerstelijnspsychologische functie kan hiertoe bijdragen (Werkgroep eerstelijnsgezondheidszorg, 2011).

zorgverstrekkers tijdens en na intensievere interventies. Hierbij is het belangrijk dat iemand het zorgtraject van de obese persoon coördineert. In functie van voortdurende motivering en langetermijn follow-up heeft de huisarts of iemand uit zijn eerstelijnssteam hierin sterke mogelijkheden.

Ter ondersteuning van deze zorgcoördinatie is er voor goede continuïteit van zorg, een vlotte communicatie en gegevensdeling noodzakelijk. In Vlaanderen wil het systeem 'vitalink' hiertoe bijdragen (zie <http://www.vlaandereninactie.be/projecten/vitalink>).

3. Voorstel Vlaamse zorgtoewijzing m.b.v. EOSS bij volwassenen

3.1 Volgens noden van de patiënt

In het volgende onderdeel proberen we het zorgaanbod voor Vlaamse volwassenen met obesitas verder te concretiseren: welke zorg kunnen obesitashulpverleners aanbieden naargelang de ernst van de problematiek, en dit binnen de verschillende niveaus van hulpverlening. We starten hierbij steeds vanuit de EOSS-stadia van ernst en indicatiestelling.

Stadium 0

Volgens EOSS

Verdere gewichtstoename voorkomen door gezond te eten en voldoende en regelmatige fysieke activiteit. Halfjaarlijkse opvolging door huisarts.

Voorstel tot concrete invulling

- Concreet leefstijladvies door huisarts op ieder gepast moment en/of kortdurende begeleiding naar gezonde leefstijl door diëtist, psycholoog of bewegingsdeskundige/kinesitherapeut (1^{ste} lijn)⁷ met info over de risico's van een te sterke focus op gewichtsreductie en niet-gebalanceerde diëten (Duodecim, 2010, HAS, 2011). De Vlaamse consensustekst voor zorgverstrekkers (Eetexpert, 2012) bundelt de nieuwste inzichten voor psycho-educatie rond gezond eetgedrag, beweggedrag en preventie van sedentair gedrag⁸.
- Kernboodschappen inzake eetgedrag zijn:

⁷ Bij de voorbereiding van deze tekst merkten we dat bewegingsadviezen patiënten ook soms bereiken via de fitness- of bewegingsinstructeur. Zonder uitspraak te doen over het toepassingsbereik van de diploma's, kan teruggevallen worden op een internationaal gevalideerd systeem dat transparantie geeft rond hun opgedane kennis en vaardigheden, de *European Register of Exercise Professionals* (EREPS) gebaseerd op het European Qualification Framework (EQF). Het EREPS is een onafhankelijk registratiesysteem van alle instructeurs, trainers en leerkrachten die werken in de bewegings- en fitnessindustrie binnen Europa. Het is een pan-Europees systeem gebaseerd op onafhankelijke nationale registers, die verzameld werden in een centrale Europese database. De EREPS maakt een onderscheid tussen onder meer basis bewegingskennis (EREPS 2/3) en gespecialiseerde kennis bij professionals in de begeleiding van beweging bij overgewicht en diabetes (EREPS 5/6). Zie www.ereps.eu.com.

⁸ Leefstijladvies is ook van toepassing op patiënten met een gezond gewicht. Leefstijladvies staat centraal in het kader van preventie, en elke huisarts/ eerstelijnsprofessional dient kennis te hebben van de aanbevelingen rond gezonde leefstijl. Eerstelijns-hulpverleners spelen een cruciale rol binnen preventie van overgewicht en gerelateerde risico's. Meer materiaal i.v.m. leefstijladvies op 'Voeding Uitgedokterd' (zie <http://www.nice-info.be/nl/voeding-uitgedokterd>). Algemeen leefstijladvies is ook te verkrijgen via VIGeZ (www.vigez.be).

- Belang van goede eetstructuur met drie hoofdmaaltijden en 2 à 3 tussendoortjes (of elke 2 à 3 uur iets eten), belang van ontbijten
- De voedingsdriehoek (VIGeZ, 2012) als kompas bij het gebruiken van voedingsmiddelen
- Kernboodschappen inzake beweging en preventie van sedentair gedrag:
 - Communicatie van beweeg- en zitnormen
 - Meer beweging inbouwen in dagdagelijkse levensstijl: actief transport, de trap nemen in plaats van de lift, een sportieve hobby starten
 - Zittijden afwisselen met rechtstaan en/of beweging, minder sedentaire activiteiten zoals televisiekijken
- Andere leefstijladviezen hebben betrekking op alcoholgebruik, roken, en gewichtscntrole tijdens en rond de zwangerschap en in de menopauze

Stadium 1

Volgens EOSS

Meer intense leefstijlinterventies via een individueel behandelplan, waaronder herstel van eet- en beweeggedrag en psychosociaal welbevinden. Gewichtstoename voorkomen. Geregelde opvolging van risicofactoren en gezondheidstatus door huisarts.

Voorstel tot concrete invulling

- Opvolging medische risico's door huisarts (minstens halfjaarlijks en levenslang, tenzij er geen sprake meer is van overgewicht of medische risico's)
Deze heeft ook best oog voor comorbiditeiten die de levensstijl bijkomend negatief kunnen beïnvloeden zoals slaappatroon, alcoholgebruik en roken.
- Leefstijladvies door huisarts bij elke consultatie en/of door eerstelijnsgezondheidswerkers (psychologen, diëtisten, en bewegingsdeskundigen binnen de eerste lijn) waarbij afhankelijk van mogelijkheden binnen het eerstelijnssteam en patiëntnoden, verschillende expertisedomeinen kunnen worden ingevoegd. Consultaties op geregelde tijdstippen (bv. maandelijks tot driemaandelijks).
 - Diëtist informeert rond gezond eetgedrag dat niet gericht is op gewichtsreductie maar op evenwicht op lange termijn. Het voedingsadvies is op maat van de noden van de patiënt en de diëtist versterkt vaardigheden rond gezond eetgedrag. Zo kan informatie gegeven worden over specifieke voedingsgroepen en voedingsmiddelen, voedingstabellen leren interpreteren, gericht leren kiezen tussen gelijkaardige voedingsmiddelen, tips om gezonder te koken.
 - Psychologische interventie is in de eerste plaats gericht op gedragscontrole (Bosch, Daansen, & Braet, 2004). Algemene gedragstherapeutische technieken gericht op gedragscontrole zijn o.m. zelf-monitoring (bv. Eetdagboek, pedometer), probleemoplossingsvaardigheden (Bv. Hoe gezond eten op reis, tijdens feestdagen...), stimuluscontrole (vaste eetstructuur, meer groenten en fruit en minder vetrijke snacks in huis halen), zelfbekrachtiging, negatieve gedachten doorbreken, eetgerelateerde gevoelens, gedachten en gedrag analyseren (CBO, 2008; Latner et al., 2013). Daarnaast kan de psycholoog adviseren bij het maatgericht werken, en het

versterken van autonome motivatie (bijvoorbeeld volgens de principes van de ZelfDeterminatieTheorie, Deci & Ryan, 2000).

- Kinesitherapeut of bewegingsdeskundige kan helpen bij het inbouwen van meer beweging in het dagelijks leven en zo nodig nieuwe activiteiten kiezen die geschikt zijn voor de fysieke toestand van de patiënt. Hij kan de patiënt helpen aansluiten bij reguliere beweegactiviteiten en hindernissen om te sporten omzeilen. Er kan ook aansluiting gezocht worden met (beweeg)activiteiten in de wijk (Hoeijmakers, 2008)⁹. De kinesitherapeut of bewegingsdeskundige dient kennis te hebben van de fysieke eigenschappen en risico's die verschillend zijn bij personen met obesitas in vergelijking met mensen zonder overgewicht (Lorenzo & Babb, 2012; Smith, Sumar, & Dixon, 2014).

Stadium 2

Volgens EOSS

Opstart van obesitasbehandeling waaronder het overwegen van alle gedragsmatige, farmacologische en chirurgische behandelopties. Nauwe opvolging en behandeling van comorbiditeiten.

Voorstel tot concrete invulling

- Opvolging en behandeling van comorbiditeiten door huisarts en eventueel advies van een (ambulante) gespecialiseerde arts (drie- tot zesmaandelijks). Medicatie in kader van comorbiditeiten en vermijding obesogene medicatie. De arts heeft ook best oog voor comorbiditeiten die de levensstijl bijkomend negatief kunnen beïnvloeden zoals slaappatroon, alcoholgebruik en roken.
- Multidisciplinaire obesitasbehandeling
Vanaf dit stadium stijgt ofwel de intensiteit van de (eerstelijns)behandeling (bv. Hogere frequentie), ofwel de specialisatiegraad van de hulpverleners (specifieke kennis en vaardigheden in kader van comorbiditeiten). De basisbehandeling start met een intensieve periode van minstens 10 wekelijkse intensieve consultaties (Duodecim, 2010). Deze intensieve periode duurt bij voorkeur 3 à 6 maanden (Jensen et al., 2013). Daarna volgt een opvolgperiode van 6 maanden met (minstens) maandelijks consultaties, gevolgd door een jaar met (minstens) tweemaandelijks consulten (Jensen et al., 2013). Tot slot zijn er levenslang zesmaandelijks opvolgconsultaties, die door de huisarts opgenomen kunnen worden (CBO, 2008).
Afhankelijk van de specifieke reden waarom de patiënt tot stadium 2 behoort (medisch, mentaal en/of functioneel) kunnen bepaalde aspecten van de behandeling opgenomen worden binnen de eerste lijn.
 - Eerste lijn: zie boven.
 - Ambulante gespecialiseerde zorg:
 - Intensievere voedingsbegeleiding of gespecialiseerde diëtist bij comorbiditeiten (bv. Diabetes), voedingsadvies op maat aangepast aan de

⁹ In Vlaanderen kan men via de 'goed in je vel, dat voelt beter' website (<http://www.datvoeltbeter.be>) zicht krijgen op bewegingsactiviteiten in de eigen regio, via de 'Uit in Vlaanderen' databank.

noden en voorkeuren van de persoon, eventueel energiebeperkt dieet (600 kcal minder dan gebruikelijke inname om een gewichtsafname van 300-500 gram per week te bereiken; CBO, 2008; NICE, 2014).

- Gespecialiseerde psycholoog:
 - 1. Probleemexploratie en uitbouw van zorg op maat i.f.v. de functie van het overgewicht (Bosch et al., 2004; Daansen, 2003; Van Strien, 2014). Emotionele eters en lijngerichte eters hebben een specifieke psychologische behandeling nodig. Externe eters hebben een meer structurele aanpak nodig (Domus Medica, 2006; Van Strien, 2014).
 - Aanpak van emotionele eetstijl:
Cognitieve therapie, alternatieve copingmechanismen aanleren, doorbreken van maladaptieve emoties en gedachten rond eten
 - Aanpak lijngerichte eetstijl:
psycho-educatie, angstpatronen doorbreken, focus op interne cues van honger en verzadiging, verbeteren emotieregulatie
 - Aanpak externe eetstijl:
Focus op interne cues van honger en verzadiging, stimuluscontrole, werken aan alternatieve beloningsmiddelen
 - Aanpak van perfectionisme (in kader van eetstoornissen)
 - Aanpak van impulsiviteit (in kader van eetstoornissen)
 - Aanpak van eetbuien
 - Aanpak van 'grazen' (voortdurend kleine hoeveelheden eten)
 - 2. Afhankelijk van behandelplan: competentie- en zelfbeeldversterkend werken, zoals coping- en sociale vaardigheden aanleren, communicatie- en conflictoplossings-vaardigheden aanleren, opbouwen van zinvolle dagactiviteiten, relaxatievaardigheden inoefenen, prestatiegerichtheid aanpakken; verstoord eetgedrag/eetstoornissen behandelen, emotionele issues exploreren en benoemen. Motivationaleel werken (bv. volgens de principes van de ZelfDeterminatieTheorie, Motiverende gespreksvoering); Gedragstherapeutische technieken gericht op gedragscontrole (Bosch et al., 2004) zoals (a) de drang om te eten verminderen door leuke activiteiten te doen (b) gedachten, gevoelens en gedrag definiëren bij moeilijke situaties rond eten, (c) cognitieve herstructurering van negatieve gedachten, (d) realistische doelen formuleren. Indien mogelijk partner en/of gezinsleden betrekken bij de behandeling (CBO, 2008).
- Kinesitherapeut/bewegingsdeskundige:
 - Beweegadvies op maat onder leiding van een kinesitherapeut/bewegingsdeskundige, en aangepast aan de mogelijkheden (bv. Inspanningsbeperkingen ten gevolge van comorbiditeiten; bijwerkingen van medicatie) en noden van de patiënt.

- Naarmate de patiënt in een hoger stadium terechtkomt, moet de mate van medische scholing van de hulpverlener groter zijn om de veiligheid te garanderen.
- De modaliteiten van een bewegingsprogramma (aërobe oefeningen, weerstandstraining, frequentie, intensiteit, duur,...) dienen afgestemd te worden op de doelstellingen.
- De hulpverlener dient kennis te hebben van de fysiologische eigenschappen en musculoskeletale risico's die verschillend zijn bij personen met obesitas in vergelijking met mensen zonder overgewicht (Lorenzo & Babb, 2012; Smith, Sumar, & Dixon, 2014).

Stadium 3

Volgens EOSS

Meer intensieve multidisciplinaire obesitasbehandeling met intense leefstijlinterventies. Inschakeling van een gespecialiseerd obesitasteam en samenwerking met medisch specialisten. Bespreek opties rond farmacotherapie voor comorbiditeiten en overweeg bariatrische heelkunde. Nauwe opvolging en behandeling van comorbiditeiten.

Voorstel tot concrete invulling

- Opvolging en behandeling van comorbiditeiten door huisarts en gespecialiseerde artsen. Medicatie in kader van comorbiditeiten en vermijding obesogene medicatie. De arts heeft ook best oog voor comorbiditeiten die de levensstijl bijkomend negatief kunnen beïnvloeden zoals slaappatroon, alcoholgebruik en roken. Bij medicamenteuze behandeling van comorbiditeiten: vermijding obesogene medicatie.
- Intensieve multidisciplinaire obesitasbehandeling: Conservatieve leefstijlbehandeling binnen een gespecialiseerde obesitaskliniek (arts, diëtist, psycholoog, en bewegingsdeskundige of kinesitherapeut). De verschillende disciplines met bijhorende elementen uit stadium 2 komen aan bod. Er wordt nog steeds voorkeur gegeven aan het energiebeperkt dieet boven (zeer)laagcalorische diëten gezien het inefficiënte en potentieel schadelijke karakter van te restrictieve en ongebalanceerde diëten. Afwijkingen hiervan moeten case per case bekeken worden (EFSA, 2015; NICE, 2014).
- Overweging van obesitasmedicatie (Orlistat).
- Gespecialiseerde hulpverleners in kader van comorbiditeiten en domein(en) van beperkingen.
- Overweging van bariatrische chirurgie (zie stadium 4).

Stadium 4

Volgens EOSS

Agressieve obesitasbehandeling die haalbaar is. Indien geen motivatie tot gedragsverandering, palliatieve aanpak (gericht op verzachting van klachten, waar curatie niet mogelijk is) waaronder pijnbehandeling, arbeidsbegeleiding en psychosociale ondersteuning.

Voorstel tot concrete invulling

- Opvolging en behandeling van comorbiditeiten door huisarts en gespecialiseerde artsen en/of psychiater, in gespecialiseerde ambulante of residentiële setting. Medicatie in kader van comorbiditeiten en vermijding obesogene medicatie, eventueel gewichtsreducerende medicatie (Orlistat). Medische opvolging bij zeer laagcalorisch dieet.
- Obesitaskliniek: extra aandachtspunten bovenop stadium 2 en 3
 - Diëtist: overweeg laag- en zeerlaagcalorische diëten, maar hou rekening met de aanbevelingen van NICE (2014) die ze voorbehoudt voor medische urgentie voor welomschreven doelen. Voor gewichtscontrole op lange termijn blijft het energiebeperkt dieet het meest aanbevolen.
 - Psycholoog: psychotherapie rond eetbuien, psychosociale ondersteuning rond functionele beperkingen.
 - Kinesitherapeut/bewegingsdeskundige: beweging is in dit stadium niet zonder risico's en moet goed begeleid worden (overleg arts).
- Bariatrische chirurgie - gespecialiseerde diensten voor bariatrische chirurgie

Huidige criteria:
 EXCERPT uit K.B., Belgisch Staatsblad 13.06.2010
 Artikel 14 – HEELKUNDE
 Deze verstrekkingen zijn slechts aanrekenbaar op de volgende voorwaarden:

1. op het moment van de chirurgische indicatiestelling $BMI \geq 40$
 ofwel $BMI \geq 35$ in combinatie met minstens één van volgende criteria:
 - a) met geneesmiddelen behandelde diabetes;
 - b) therapieresistente hypertensie gedefinieerd als een bloeddruk $> 140/90$ mmHg, ondanks behandeling gedurende minstens 1 jaar met een gelijktijdige inname van 3 antihypertensiva;
 - c) slaapapneusyndroom geobjectiveerd door middel van polysomnografisch onderzoek [...];
 - d) heringreep na complicatie of onvoldoende resultaat van een vorige bariatrische ingreep;
2. vanaf 18 jaar;
3. minstens gedurende 1 jaar een gedocumenteerde dieetbehandeling hebben gevolgd zonder blijvend succes;
4. na het uitvoeren van een multidisciplinair bariatrisch overleg waar naast de geneesheer-specialist in de chirurgie tevens tenminste een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde en een geneesheer-specialist in de psychiatrie of een klinisch psycholoog aan hebben deelgenomen; het verslag van dit overleg met de gezamenlijke indicatiestelling tot chirurgische ingreep wordt ondertekend door de drie deelnemers van de vermelde disciplines; het verslag van het overleg bevindt zich samen met de gegevens over de dieettherapie in het medisch dossier;
5. voorafgaand aan de ingreep maakt de behandelend geneesheer een standaardformulier ter notificatie over aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. [...];
6. per ziekenhuis wordt tevens een register bijgehouden van alle bariatrische ingrepen.

- Multidisciplinaire screening in kader van bariatrische chirurgie. Gezien de hoge mate van psychiatrische problematiek bij patiënten die in aanmerking wensen te komen voor bariatrische chirurgie is het aan te bevelen steeds een psychiatrisch en psychologisch onderzoek bij deze subgroep standaard uit te voeren (CBO, 2008).

- Gespecialiseerd artsenteam: endocrinoloog en bariatrisch chirurg
- Multidisciplinaire opvolging door hulpverleners die ervaring hebben met opvolging bariatrische patiënten (inclusief gevolgen zoals dumping, symptomen van tekorten in micronutriënten): herstel en opvolging van eetgedrag en beweeggedrag na ingreep, psychologische gevolgen van beperking in eetmogelijkheden. De eerste maanden na de behandeling wordt gefocust op fysieke revalidatie, op de beperkingen in het eetpatroon ten gevolge van de operatie, en de negatieve fysieke gevolgen wanneer te veel calorierijke voeding wordt gegeten. Verder wordt gescreend op psychologische problemen.¹⁰
- Gespecialiseerd ambulant: nazorg en opvolging van comorbiditeiten
- Eerstelijns: Toeleiding naar bariatrisch team, levenslange nazorg.

3.2 Kanttekening: Hou rekening met de hulpvraag en motivatie van patiënt

Naast de idee van optimaal wenselijke zorg, moeten we ook rekening houden met het perspectief en de motivatie van de patiënt. Patiënten hebben hun eigen ziektheorie en oplossingsplan. Sommige patiënten hebben een andere oplossing voor ogen dan wat wenselijk zou zijn vanuit screeningscriteria. De hulpverlener probeert goed zicht te krijgen op de ICE van de patiënt (de Ideeën, de 'Expectancies', en de 'Concerns'). In dit verband spelen de 'stadia van gedragsverandering' van Prochaska en Diclemente (1986) een belangrijke rol. Patiënten die zich in de voorbeschouwende of beschouwende fase bevinden, hebben nog geen wens tot gedragsverandering, en dan is het niet aangewezen dat de huisarts een behandelplan opstart, of verwijst naar gespecialiseerde zorg. In dit geval is het nuttiger de patiënt te begeleiden naar een meer actieve fase van gedragsverandering (Domus Medica, 2006). Ook praktische en financiële mogelijkheden zullen in de praktijk een rol spelen.

Ook kan de patiënt een intensievere/meer ingrijpende behandeling wensen dan hij/zij strikt genomen nodig heeft of voor in aanmerking komt. Hier gaat het over de balans vinden tussen respecteren van richtlijnen en zorgpaden, en rekening houden met de wensen, verwachtingen en motivaties van de patiënt. Brownell en Wadden (1991) wijzen op het belang van een goede match tussen de patiënt en de behandeling, i.e. een afstemming tussen wensen en noden van de patiënt en kenmerken van de geïndiceerde behandeling(en).

¹⁰ De BASO stelt post-operatieve contactmomenten voor na 2 weken, 4 weken, 3 maanden, 6 maanden, 9 maanden, 1 jaar, en na meer dan 1 jaar (zonder verdere specificatie van contactmomenten). Op al deze contactmomenten wordt de diëtist geraadpleegd, aangevuld met de bariatrische chirurg (eerste 3 maanden post-operatief) of de endocrinoloog (vanaf 6 maanden post-operatief). De psycholoog wordt volgens hun voorstel geraadpleegd 6 maanden post-operatief en 1 jaar post-operatief, indien hiervoor indicaties waren bij de raadpleging op 6 maanden. Verder wordt een fysieke revalidatie van 3 maanden voorgesteld, die start 6 weken na de operatie, waarbij de patiënt twee keer per week uithoudingsoefeningen krijgt, geleidelijk aangevuld met krachttraining. Gezien de nieuwe inzichten rond het ontstaan van psychologische problemen post-operatief, de toename van psychologische problemen een jaar na de ingreep en het verhoogd suïciderisico na 2 jaar (Mitchell et al., 2013; Tindle et al., 2010), stellen wij voor om het aandeel van de psycholoog uit te breiden met 3 consulten boven de voorgestelde psychologische consulten op 6 maand en 1 jaar, namelijk op 6 weken (screening en bijsturen behandelplan), 2 jaar (screening en hervalpreventie) en 3 jaar na de ingreep (screening en hervalpreventie). Verder zien we een grotere rol van de bewegingsdeskundige of kinesitherapeut. We stellen ook voor om de huisarts expliciet een plaats te geven in toeleiding, trajectcoördinatie, en follow-up van de patiënt in het bariatrisch traject.

Fase	Kenmerk	Actiebereidheid	Mogelijke interventie
Voorbeschouwende fase	De patiënt overweegt helemaal geen verandering en ziet zijn gedrag niet als een probleem (hij is te weinig geïnformeerd over de gevolgen of uitgeblust door de vele pogingen?)	De patiënt is niet van plan om actie te ondernemen in de nabije toekomst (zes maanden)	Verhoog het inzicht via gepersonaliseerde informatie
Beschouwende fase	De persoon erkent het probleem, maar staat nog erg ambivalent tegenover verandering. Hij is zich wel meer bewust van de voordelen van verandering, maar ziet ook veel nadelen	De patiënt denkt wel aan veranderen, maar dan in de nabije toekomst (zes weken)	Bespreek voor- en nadelen van verandering en verhoog het zelfvertrouwen van de patiënt om de nodige gedragsverandering te kunnen realiseren
Beslissingsfase	De patiënt maakt een plan op. Het is mogelijk dat hij al wat aan het experimenteren is met kleine veranderingen. Er bestaat nog steeds een zekere mate van ambivalentie	De patiënt maakt zich klaar voor verandering, meestal binnen de maand	Stel een concreet plan op met een realistisch doel en ondersteun kleine veranderingen bij de patiënt
Actiefase	De persoon in dit stadium verandert specifiek en openlijk zijn leefstijl. Dit gedrag is duidelijk observeerbaar	De patiënt is geëngageerd in een actieplan	Verwijs voor voedingsadvies en gedragsverandering en bied zelfhulpmateriaal, medicatie en dergelijke aan
Onderhoudsfase	Het nieuwe gedrag krijgt een plaats in het leven van de persoon. Verandering van eetgedrag en gewichtsdaling zijn ontstaan. Het gewichtsbehoud wordt een nieuw doel	De patiënt is geëngageerd in een actieplan	Leer de patiënt probleemoplossend gedrag aan, zodat hij leert anticiperen op moeilijkheden
Hervalfase	Herval is altijd mogelijk en is eerder de regel dan de uitzondering	De patiënt gaat gemiddeld zes keer door de fasen van verandering, vooraleer een stabiele verandering tot stand is gekomen	Ondersteun het zelfvertrouwen van de patiënt en geef inzicht in de aanleidingen tot herval

Figuur 5. Fasen van gedragsverandering. Uit: Domus Medica, aanbeveling voor overgewicht en obesitas bij volwassenen, 2006, p.123

4. Suggesties en beleidsadviezen i.v.m. zorgtoewijzing bij obesitas

Op 26 februari 2014 vond een expertgroep plaats waarbinnen de verschillende disciplines rond de zorg van obese personen vertegenwoordigd waren. Hierbij werden volgende conclusies en beleidsadviezen geformuleerd.

Door de expertgroep werd het belang van eerstelijnszorg bij overgewicht onderschreven: Om de volksgezondheid te verbeteren, zijn kleine veranderingen bij een grote groep mensen even belangrijk dan wel effectiever dan grote inspanningen bij een kleine groep mensen. Interventies in de eerste lijn spelen daar op in.

Eerstelijns hulpverleners/huisartsen moeten zich capabel voelen en de verantwoordelijkheid willen dragen om een kernrol te spelen in het hulpverleningstraject van de patiënt. Ook tijdsbeperkingen spelen hierin een rol. Deze aspecten moeten door het beleid beter worden ondersteund en gevaloriseerd.

Er is financiële ondersteuning nodig, zowel op vlak van terugbetaling van eerstelijns- en gespecialiseerde ambulante zorg, als van multidisciplinaire samenwerking. Een reden van de overbelasting van de gespecialiseerde klinieken heeft te maken met de financiering – enkel de meest intensieve en ingrijpende zorg wordt terugbetaald. Dit beperkt de motivatie/verhoogt de barrière om eerstelijns- en gespecialiseerde ambulante zorg te raadplegen, ook wanneer dit de meest geïndiceerde zorg is. In dit kader zou ook een raming van target-nummers gemaakt kunnen worden (inclusief drop-out) per stadium om naar de overheid toe de financiële/budgettaire haalbaarheid voor te stellen.

I.v.m. bariatricie als interventie leeft de vraag om ook toegangscriteria voor bariatricie te verschuiven van een gewichtsgerichte focus naar gezondheidswinst. Patiënten komen binnen de huidige regelgeving bewust bij in gewicht om het BMI-criterium te halen, en raadplegen bariatrische diensten rechtstreeks, met de vraag naar bariatrische heelkunde binnen de specialistische zorg, zonder overleg met de huisarts. Er wordt voorgesteld om te kijken naar de gezondheidswinst die mogelijk is via de bariatrische ingreep, in plaats van de focus op BMI, i. e., welke gezondheidswinst (bv. op vlak van cardiovasculaire aandoeningen, diabetes...) kan de patiënt bereiken door de ingreep, die niet op een minder invasieve manier bereikt kan worden, en weegt deze gezondheidswinst op tegen de risico's van heelkunde? Daarnaast is er een nood aan een groter aanbod in gespecialiseerde residentiële zorg naast bariatricie. De specialistische multidisciplinaire behandelingen in klinieken, los van bariatricie, lijken zeer beperkt.

Ook dient er financiering te komen voor de trajectbegeleiding, bijvoorbeeld onder de vorm van een forfaitaire vergoeding analoog met het diabetestraject (waarbij de huisarts jaarlijks een forfaitaire vergoeding krijgt per patiënt die instapt in een zorgtraject rond diabetes). Pilotprojecten met de LMN's (lokaal multidisciplinair netwerk) kunnen nuttig zijn. Anderzijds moet gewaakt worden dat er niet enkel een aaneenschakeling is van korte projecten, die opgestart worden maar niet blijven duren door beperkte middelen binnen een project. Er moet ondersteuning zijn vanuit het beleid. Veranderingen in beleid moeten lang genoeg volgehouden kunnen worden om het verschil in tempo tussen voortrekkers, welwillenden, en tegenstanders van de aanpak in rekening te brengen. Implementatie vraagt voldoende tijd.

Verder is er ook nood aan een gemeenschappelijke visie en kennis bij de zorgverstrekkers op de verschillende lijnen. Er dient gewerkt te worden aan deskundigheidsbevordering rond inhoud en samenwerking, onder de vorm van opleiding en het werken aan een gedeelde visie rond zorg en preventie.

Inzake voeding, fysieke en psychosociale benadering groeit er steeds meer duidelijkheid. I.v.m. benadering van het bewegingsluik en wie deze taken kan opnemen is er nog onduidelijkheid, maar hierrond is overleg gaande.

Tot slot pleit de expertgroep om de behandeling van obesitas niet te individualiseren, maar te blijven kaderen binnen een bredere maatschappelijke context, het gezin, en de cultuur waarvoor gerichte interventies op gemeenschapsniveau moeten mogelijk zijn bv. groepsinterventies in wijken met etnisch-culturele minderheden. Zorg voor personen met obesitas is een gedeelde verantwoordelijkheid, tussen patiënt, maatschappij en zorgverstreker, niet enkel de verantwoordelijkheid van hulpverleners.

Bovenstaande tekst werd geschreven voor volwassenen met overgewicht en obesitas en niet alles is automatisch van toepassing voor obese kinderen (Braet & Van Winckel, 2002). Een addendum dat de aanpassingen voor kinderen en adolescenten beschrijft, volgt later.

Bronnen

American Association of Clinical Endocrinologists (AACE)(2012). American Association of Clinical Endocrinologists' position statement on obesity statement on obesity and obesity medicine. *Endocrine Practice*, 18, 642-648.

Belanger, K. The importance of risk stratification and cardiorespiratory fitness in pediatric obesity. M.Sc. Thesis, 2014. University of Ottawa.

Belgian Association for the Study of Obesity (BASO) (2010). Consensus Baso 2010: Een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas.

Bosch, J., Daansen, P., & Braet, C. (2004). *Cognitieve gedragstherapie bij obesitas*. Houten : Bohn Stafleu Van Loghum.

Braet, C. (2014). The psychological approach of the eating behaviour of children who are obese. An ECOG position paper. *Obesity Facts* (in press)

Braet, C. & Van Winckel, M. (2002). Behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen. In: E. Muls (red.). De consensus van de Belgian Association for the Study of Obesity, 36-40. BASO.

Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (1991). The heterogeneity of obesity: Fitting treatments to individuals. *Behavior Therapy*, 22, 153-177.

Carels, R. A., Darby, L., Cacciapaglia, H. M., Douglass, O. M., Harper, J., Kaplar, M. A., Konrad, K., Rydin, S., & Tonkin, K. (2005). Applying a stepped-care approach to the treatment of obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 375– 383.

Carels, R. A., Darby, L., Cacciapaglia, H. M., Konrad, K., Coit, C., Harper, J., Kaplar, M. E., Young, K., Baylen, C. A., & Versland, A. (2007). Using motivational Interviewing as a supplement to obesity treatment: A stepped-care approach. *Health Psychology*, 26, 369–374.

Carter, F. A., & Jansen, A. (2012). Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target? *Appetite*, 58, 1063–1069.

Carels, R. A., Young, K. M., Hinman, N., Gumble, A., Koball, A., Oehlhof, M. W., & Darby, L. (2012). Stepped-care in obesity treatment: Matching treatment intensity to participant performance. *Eating Behaviors*, 13, 112–118.

Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg (2010). Meer lijn in de eerstelijns: Syntheserapport. Antwerpen.

Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg (2010). Eindrapport Werkgroep 4 Samenwerking. Antwerpen.

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.

Daansen, P. J. (2003) Cognitieve gedragstherapie voor gewichtsreductie bij primaire obesitas. *Huisarts & Wetenschap*, 46, 262-266.

Daansen, P. (2008). Protocollaire behandeling van patiënten met obesitas. In C. Braet & S. Bögels, (Eds). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Boom, Amsterdam.

Departement Welzijn, Zorg & Gezondheid. Gezondheidsdoelstellingen. site: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-voeding-en-beweging/>

Dietitians Association of Australia (DAA) (2012). DAA best practice guidelines for the treatment of overweight and obesity in adults. University of Newcastle, Australia.

Domus Medica (2006). Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu*, 35, 118-140.

Donnelly, J. E., Blair, S. N., Jakicic, J. M., Manore, M. M., Kankin, J. W., & Smith, B. K. (2009). Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41, 459-471.

Eetexpert (2010). Herkenning en aanpak van eet- en gewichtsproblemen. Draaiboek voor het CGG. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Eetexpert (2012). Vlaamse consensustekst in verband met evenwichtige voeding en beweging, ten behoeve van zorgverstrekkers. Brussel: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Eetexpert (2013). Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas: Draaiboek voor huisartsen. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Eetexpert (2013). Uitbouw van multidisciplinaire eerstelijnszorg voor eet- en gewichtsproblemen in 5 Vlaamse regio's. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

European Food Safety Authority (EFSA) Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2015). Scientific Opinion on the essential composition of total diet replacements for weight control. *EFSA Journal*, 13, 3957 (52p).

Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) (2006). Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België. Brussel.

Finnish Medical Society Duodecim (2010). Treatment of obesity.

Fitch, A., Everling, L., Fox, C., Goldberg, J., Heim, C., Johnson, K., Kaufman, T., Kennedy, E., Kestenbaum, C., Lano, M., Leslie, D., Newell, T., O'Connor, P., Slusarek, B., Spaniol, A., Stovitz, S., Webb, B. (2013). Prevention and management of obesity for adults. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).

Galloo, P., Van Duynslaeger, M., & Van den Heede, A. (2014). Obesitaschirurgie. Enquête onder leden Socialistische Mutualiteit: Resultaten en analyse. *Socialistische Mutualiteiten*, site: www.socmut.be.

Garcia, J., Beyers, J., Uetrecht, C., Kennedy, E., Mangles, J., Rodrigues, L., Truscott, R., Expert Steering Committee of the Project in Evidence-based Primary Prevention (2010). Healthy eating, physical activity, and healthy weights guideline for public health in Ontario. Toronto (ON): Cancer Care Ontario (CCO).

Hadjiyannakis, S., Buchholz, A., Chaoine, J. P., Hamilton, J., Jetha, M. M., Birken, C., Morrison, K. M., Sharma, A. M., & Ball G. D. C. (2013). The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P): A proposed clinical staging system for pediatric obesity. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, S240 – 619 OR.

Haute Autorité de Santé (HAS) (2011). Overweight and obesity in adults: first-line medical management. Frankrijk.

Hoeijmakers, M. (2008). Leefstijl en bewegen in de eerste lijn: Handreikingen voor een multidisciplinaire aanpak. Nederland.

Jensen, M. D. et al. (2013). Guideline for the management of overweight and obesity in adults. AHA/ACC/TOS Obesity Guideline.

Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid & Gezin, Jo Vandeurzen (2010). Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen.

Kamstra, F., & Hutschemaekers, G. J. M. (2011). Van getrapte zorg naar getrapte diagnostiek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37, 414-427.

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*, 36, 570–576.

Katholieke Universiteit Leuven, faculteit Geneeskunde (2009). Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen. In opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Kottke, T., Baechler, C., Canterbury, M., Danner, C., Erickson, K., Hayes, R., Marshall, M., O'Connor, P., Sanford, M., Schloenleber, M., Shimotsu, S., Straub, R., & Wilkinson, J. (2013) Healthy lifestyles. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2008). Richtlijn diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Van Zuiden Communications B.V., Alphen aan den Rijn

Latner, J. D., Ciao, A. C., Wendicke, A. U., Murakami, J. M., & Durso, L. E. (2013). Community-based behavioral weight-loss treatment: Long-term maintenance of weight loss, physiological, and psychological outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 451-459.

Lorenzo, S., & Babb, T. G. (2012). Quantification of cardiorespiratory fitness in healthy nonobese and obese men and women. *Chest*, 141, 1031-1039.

Michigan Quality Improvement Consortium (2013). Management of overweight and obesity in the adult. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium.

Mitchell, J. E., Crosby, R., de Zwaan, M. & Wonderlich, S. (2013). Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity*, 21, 655-672.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2006). Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2013). Managing overweight and obesity among children and young people: lifestyle weight management services.

Nutrition Information Center (NICE)(2009). Voeding uitgedokterd. Dossier 1: Gezond eten en bewegen. www.voedinguitgedokterd.be.

Northern Health (2012). *Position on health, weight, and obesity*. Canada.

Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel (2007). 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children: summary. *Canadian Medical Association Journal*, 176, S1.

Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) (2010). *Zorgstandaard Obesitas*. Amsterdam.

Padwal, R. S., Pajewski, N. M., Allison, D. B., & Sharma, A. M. (2011). Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population- representative cohort of people with overweight and obesity. *Canadian Medical Association Journal*, 183, E1059 – E1066.

Plourde, G., & Prud'homme, D. (2012). Managing obesity in adults in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 184, 1039-1044.

Prochaska, J. O., & Diclimente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. *Applied Clinical Psychology*, 13, 3-27.

Royal Australian College of General Practitioners (2012). Prevention of chronic disease. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition. East Melbourne (Australia).

Samenwerkingsinitiatieven Eerste Lijnsgezondheidszorg (website): <http://www.vlaamseels.be>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2010). Management of obesity. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Sharma, A. M., & Kushner, R. F. (2009). A proposed clinical staging system for obesity. *International Journal of Obesity*, 33, 289–295.

Smith, S. M., Sumar, B., & Dixon, K. A. (2014). Musculoskeletal pain in overweight and obese children. *International Journal of Obesity*, 38, 11-15.

Snoek, H. M., Engels, R. C. M. E, van Strien, T., & Otten, R. (2013). Emotional, external and restrained eating behaviour and BMI trajectories in adolescence. *Appetite*, *67*, 81–87.

Studiedienst van de Vlaamse Regering (2013). Vlaamse Regionale Indicatoren (VRIND).

Tindle, H. A., et al. (2010) Risk of Suicide after Long Term Follow-up from Bariatric Surgery. *Am J Med*, *123*, 1036–1042.

Tol, J., Swinkels, I.C., Bakker, D.H. de, Seidell, J., Veenhof, C. (2013). Dietetic treatment lowers body mass index in overweight patients: an observational study in primary health care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*.

Trimbos Instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (2006). Afbakening eerste en tweede lijnszorg voor psychische stoornissen. Trimbos-instituut, Utrecht.

University of Michigan Health System (2013). Obesity prevention and management. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System.

U.S. Preventive Services Task Force (2012). Screening for and management of obesity in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, *157*, 373-378.

Van Strien, T. (2014). *Afvallen op maat: Een methode met blijvend resultaat*. Boom: Amsterdam.

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) (2012). *De actieve voedingsdriehoek: een praktische voedings- en beweeggids*. Acco, Leuven.

Vrije Universiteit Amsterdam, Partnerschap Overgewicht Nederland (2013). Care for obesity: Chronic, coordinated care for children with obesity.

Wadden, T. A., Brownell, K. D., & Foster, G. D. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 510–525.

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2013). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Brussel.

Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg (2011). Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg: eindrapport.

World Gastroenterology Organisation (WGO) (2011). World Gastroenterology Organisation global guideline: obesity. Milwaukee (WI): World Gastroenterology Organisation (WGO)..

WHO (2000). Obesity, preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Genève: World Health Organization (WHO).

Bijlage

EOSS modified definition (Kuk et al., 2011)

Stage 0

No reported EOSS factors

Stage 1¹¹

- BP \geq 130/85 and (or) $<$ 125/75 mm Hg for individuals with T2D
- Fasting glucose \geq 100 and $<$ 125 mg/dl
- Cholesterol \geq 200 and $<$ 240 mg/dl
- Triglycerides \geq 150 and $<$ 200 mg/dl
- HDL $<$ 60 mg/dl
- Shortness of breath during physical activity

Stage 2¹⁰

- Diagnosed hypertension or hypertension medication
- BP \geq 140/90 mm Hg or 130 /80 for individuals with T2D
- T2D
- Fasting glucose \geq 125 mg/dl
- Diagnosed hypercholesterolemia
- Cholesterol \geq 240 mg/dl
- Diagnosed hypertriglyceridemia
- Triglycerides \geq 200 mg/dl
- HDL $<$ 40 mg/dl
- Gout
- Depression
- Fatigue
- Urinary leakage
- Low back pain
- Joint stiffness
- Reported emotional outlook of “generally sad,” or
- Self-reported health of “fair”

Stage 3

- Reported chest pain
- Chest pain during exercise
- Heart attack
- Calf pain during exercise
- Stroke

¹¹ De referentiewaarden kunnen verschillen in een Belgische/Europese context.

- Shortness of breath when sleeping
- Shortness of breath when sitting
- Psychiatric or psychological counseling, or
- Moderate or severe cardiomegaly
- Reported emotional outlook of “often depressed”, or
- Self-reported health of “poor”

Stage 4

This stage was not examined as these factors were not available in the ACLS database