



WAGENINGEN UNIVERSITY
WAGENINGEN **UR**



Minimale interventie strategie voor Volwassenen met Overgewicht en Obesitas Resultaten van de Pilottest

G.A.J Fransen, G.J. Hiddink, M.A. Koelen, S.J. van Dis, A.J.M. Drenthen,
J.J. van Binsbergen en C.M.J. van Woerkum

Mei 2008

Projectgroep:

Dr. Gerdine Fransen, onderzoeker Communicatiewetenschappen, Wageningen Universiteit en Research centrum

Prof. Dr. Gert Jan Hiddink, bijzonder hoogleraar Voedingsvoorlichting via intermediairen,
Communicatiewetenschappen, Wageningen Universiteit en Research centrum

Dr. Maria Koelen, universitair hoofddocent, Communicatiewetenschappen, Wageningen Universiteit en
Research centrum

Prof. Dr. Cees van Woerkum, hoogleraar Communicatiestrategieën, Communicatiewetenschappen, Wageningen
Universiteit en Research centrum

Prof. Dr. Jaap van Binsbergen, huisarts, Bijzonder hoogleraar Voedingsleer en Huisartsgeneeskunde,
Huisartsgeneeskunde, UMC St. Radboud Nijmegen

Ir. Ineke van Dis, beleidsmedewerker team wetenschap, Nederlandse Hartstichting

Dr. Ton Drenthen, senior wetenschappelijk medewerker Preventie en Patiëntenvoorlichting,
Nederlands Huisartsen Genootschap

Dit onderzoek is financieel mogelijk gemaakt door de Nederlandse Hartstichting.

Copyright ©2008 Gerdine A.J. Fransen

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photo print, microfilm or otherwise, without prior written permission of the author.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of welke wijze dan ook, zonder uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van de auteur.

Contactgegevens:

Gerdine AJ Fransen: e-mail: gerdinefransen@hotmail.com

Secretariaat Communication Science: ph. +31- 317-484310; e-mail: office.cis@wur.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
De MIS in het kort	4
De pilot test	5
Inleiding	6
De MIS	8
Methode	12
Onderzoeksvragen	12
Werving van de huisartspraktijken	12
Procedure	13
Metingen	13
Interviews met huisartsen en praktijkondersteuners	13
Interviews met patiënten	13
Observatie van consulten	14
Kwantitatieve meting	15
Resultaten	16
Deelnemers	16
Tabel 1 Deelnemers Pilot test	16
De instructie	17
Observatie van consulten	17
Kwantitatieve meting	18
Tabel 2 Resultaten van de kwantitatieve meting	19
Interviews met huisartsen en praktijkondersteuners	19
Interviews met patiënten	19
Tabel 3 Samenvattingen interviews met patiënten	19
Aanvullend onderzoek onder psychologen	20
Conclusies	24
Bruikbaarheid van de materialen en suggesties ter verbetering	24
Wordt de MIS uitgevoerd zoals bedoeld?	25
De instructie van huisartsen en praktijkondersteuners	26
Conclusies	26
Wat moet er verbeterd worden aan de MIS en de materialen?	27

<i>Aandacht voor implementatie</i>	27
<i>Vergemakkelijken van het invullen van het actieplan</i>	27
Discussie	28
Referentielijst	28
Bijlage 1 Signalering stroomdiagram	30
Bijlage 2 Vervolg stroomdiagram	31
Bijlage 3 Patiëntenvoorlichtingsmaterialen	33
Bijlage 4 Informatie over Gezonde Voeding	35
Bijlage 5 Samenvattingen van de geobserveerde consulten	60
Bijlage 6 Samenvattingen interviews met huisartsen en praktijkondersteuners	76

Samenvatting

Het doel van de Minimale Interventie Strategie (MIS) Overgewicht en Obesitas is het geven van een leidraad voor Nederlandse huisartspraktijken voor de signalering en behandeling van overgewicht en obesitas onder volwassenen, ter bevordering van effectieve aanpak van overgewicht en obesitas. Dit rapport beschrijft de resultaten van een pilottest als onderdeel van de ontwikkeling van de MIS.

De MIS in het kort

De MIS sluit aan bij de CBO richtlijn Obesitas en past mogelijk in de handen zijnde standaard Obesitas van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De MIS biedt een behandelstructuur en hulpmiddelen voor het begeleiden van patiënten in de huisartspraktijk bij het langdurig verbeteren van hun voedings- en beweeggewoonten. De MIS is gebaseerd op verschillende (psychosociale) theorieën, literatuurstudie, bestaande interventies en de resultaten van interviews en een vragenlijststudie onder verschillende experts. Dit heeft geresulteerd in MIS materialen, die getest zijn in een pretest onder 42 huisartsen en praktijkondersteuners. De ontwikkeling van de MIS en de pretest staan beschreven in een rapport (Fransen, Hiddink et al. 2007).

De MIS materialen zijn:

- Het signaleringstroomdiagram; voor huisartsen om overgewicht en obesitas te signaleren en motivatie te peilen tijdens normale consulten (Bijlage 1)
- Het vervolg stroomdiagram voor het aanpakken van overgewicht/obesitas; voor huisartsen en/of praktijkondersteuners om de structuur van de behandeling aan te geven (Bijlage 2)
- Patiëntenvoorlichtingsmaterialen; voor patiënten om de behandeling te ondersteunen middels informatie en invulbladen (Bijlage 3 en 4)
- Een handleiding, voor huisartsen en praktijkondersteuners om extra en verdiepende informatie te geven (naslagwerk).

De MIS gaat uit van vier behandelfasen:

1. De voorbereiding:
 - a. Wilt u starten?
 - b. Bepalen van doelstelling of streefgewicht
 - c. Klaar voor de start?
2. Het actieplan maken

3. Het actieplan uitvoeren
4. Op gewicht blijven

De pilot test

Het doel van de pilot test is het onderzoeken hoe de bruikbaarheid van de MIS materialen in praktijk is. Op basis van de resultaten zullen de materialen verder geoptimaliseerd worden, zodat ze klaar voor gebruik zijn. In de pilot test zijn 13 huisartspraktijken gevraagd om de MIS toe te passen in hun normale praktijkgang. Daarbij zijn de zorgverleners geobserveerd om te kijken of de MIS wordt toegepast zoals bedoeld. Na het toepassen zijn zij geïnterviewd over hun ervaringen en aanwijzingen tot verbetering van de MIS. Ook zijn vijf patiënten geïnterviewd over de patiëntenvoorlichtingsmaterialen.

De pilot test laat zien dat de bruikbaarheid van de materialen als goed wordt beoordeeld. Na een minimale instructie van maximaal een half uur werd de MIS in grote lijnen uitgevoerd zoals bedoeld, hoewel de stroomdiagrammen weinig ter hand werden genomen tijdens de consulten. Opvallend was dat het ter sprake brengen van overgewicht door de huisartsen heel gemakkelijk werd gedaan bijvoorbeeld door te vragen ‘uw klachten kunnen wellicht iets te maken hebben met uw gewicht. Hoe tevreden bent u met uw gewicht?’. Hoewel niet iedere patiënt gemotiveerd genoeg was om aan de slag te gaan, reageerden de patiënten positief op deze vraag en deze huisartsconsulten duurden niet langer dan een normaal consult. De praktijkondersteuners gaven aan goede ervaringen te hebben met de patiëntenvoorlichtingsmaterialen en vroegen om meer materialen. De patiënten vonden de materialen duidelijk en waren enthousiast over het werken in kleine stapjes tegelijkertijd: streven naar een haalbaar gewichtsverlies van 5-10% en het stap voor stap veranderen van eet- en beweeggewoonten. Maar daarnaast hebben wij geconstateerd dat het actieplan nog te weinig concreet werd ingevuld en dat daardoor het monitoren/evalueren van de leefstijlverandering moeilijker wordt. Naast een aantal kleine tekstuele aanpassingen zullen de MIS materialen worden aangepast zodat het gemakkelijker wordt om de huidige leefstijl te vergelijken met de aanbevelingen en daaruit het actieplan concreet te formuleren. Daarnaast worden ook de mogelijkheden tot ondersteuning bij implementatie in de huisartspraktijk bekeken. Met deze kleine aanpassingen is de MIS Overgewicht en Obesitas klaar voor gebruik in de Nederlandse huisartspraktijk.

Inleiding

Het blijkt uit verschillende onderzoeken dat de signalering en behandeling van overgewicht en obesitas in de huisartspraktijk nu nog niet de aandacht krijgt die het verdient, onder andere vanwege het gebrek aan een interventie strategie. Met behulp van financiering door de Nederlandse Hartstichting zijn wij daarom in december 2006 gestart met het ontwikkelen van een Minimale Interventie Strategie (MIS) voor het aanpakken van overgewicht en obesitas onder volwassen patiënten in de Nederlandse huisartspraktijk. Het doel van de MIS is het geven van een leidraad voor Nederlandse huisartspraktijken voor de signalering en behandeling van overgewicht en obesitas, zodat overgewicht en obesitas vaker op een effectieve manier kan worden aangepakt.

In een rapport (Fransen, Hiddink et al. 2007) wordt de ontwikkeling van de MIS uitgebreid beschreven. De MIS materialen zijn gebaseerd op de resultaten van een literatuurstudie, op interviews en een vragenlijststudie onder een aantal experts (huisartsen, praktijkondersteuners, onderzoekers, fysiotherapeuten en diëtisten), op bestaande interventies en op psychosociale theorieën. De materialen bestaan uit een Signalering stroomdiagram (voor signalering van overgewicht/obesitas en peilen van motivatie door huisartsen), een Vervolg stroomdiagram (voor het aanpakken van overgewicht/obesitas), een handleiding en patiëntenvoorlichtingsmaterialen ter ondersteuning van de behandeling. De ontwikkelde materialen zijn in de vorm van een pretest voorgelegd aan 18 huisartsen en 24 praktijkondersteuners. Ze werden in een interview gevraagd of ze de materialen op het eerste gezicht bruikbaar vonden en wat ze de vorm, kleurgebruik, tekst en inhoud vonden. Uit de resultaten van de pretest blijkt dat vrijwel alle deelnemers, behoudens enkele suggesties voor verbetering, enthousiast waren over de materialen (Fransen, Hiddink et al. 2007).

Het doel van de pilot test is onderzoeken hoe de bruikbaarheid van de MIS materialen in praktijk is. Op basis hiervan kunnen we de materialen verder optimaliseren, zodat de materialen klaar voor gebruik zijn. Het is onze intentie om na de pilot een effect- en procesevaluatie te gaan uitvoeren, waarin de waarde van MIS en de verbeterde MIS materialen kan worden aangetoond en de implementatie van de MIS te starten.

Dit rapport zal eerst een korte beschrijving geven van de MIS en de materialen, en vervolgens de pilot test beschrijven met de resultaten en conclusies.

De MIS

De MIS sluit aan bij de CBO- richtlijn Obesitas (CBO 2007) en biedt een goede wetenschappelijk onderbouwde en gestructureerde methode om snel en effectief overgewicht en obesitas aan te pakken binnen de mogelijkheden van een huisartspraktijk. De MIS is gericht op overgewicht en obesitas bij *volwassen* patiënten in de eerste lijn, voor het aanpakken van gewichtsproblemen bij kinderen verwijzen wij graag naar het overbruggingsplan voor kinderen (www.overgewicht.org).

De MIS biedt een behandelstructuur en hulpmiddelen voor het begeleiden van patiënten bij het langdurig verbeteren van hun leefstijl: gezonder eten volgens de Richtlijnen Goede Voeding en meer bewegen voor langere tijd. Het is een interactieve methode, met hulp van de huisarts of praktijkondersteuner bepaalt de patiënt *zelf* wat hij of zij wil gaan verbeteren en op welke manier. Daarbij wordt geadviseerd te streven naar een gewichtsverlies van 5 tot 10% in een half jaar met minimaal een half jaar gewichtsbehoud (voordat een nieuwe poging tot gewichtsverlies gedaan kan worden).

Hoewel de MIS uitgevoerd kan worden door alleen de huisarts of de huisarts samen met de praktijkondersteuner, adviseren wij het om samen te werken met meerdere disciplines zoals de diëtiste, de fysiotherapeut, oefentherapeut of beweegconsulent, en de psycholoog.

De MIS materialen zijn:

- o Het signalering stroomdiagram (Bijlage 1)
- o Het vervolg stroomdiagram voor het aanpakken van overgewicht/obesitas (Bijlage 2)
- o Patiëntenvoorlichtingsmaterialen, bestaande uit een A5 klappertje met daarin:
 - o Patiënteninfo (Bijlage 3)
 - o Informatie over Gezonde Voeding (A4, 1 pagina dubbelzijdig bedrukt, dubbelgevouwen in een doorzichtig insteekhoes) (Bijlage 4)
 - o Brochure ‘Over Gewicht’ van de Nederlandse Hartstichting
- o Een handleiding

De stroomdiagrammen geven de structuur van de behandeling aan (de behandelfasen). Het signalering stroomdiagram is bedoeld voor gebruik door huisartsen tijdens reguliere consulten. Met behulp van dit stroomdiagram kan overgewicht worden gesignaleerd en motivatie om het gewichtsprobleem aan te pakken worden gepeild. Als de patiënt open staat

voor het aanpakken van het overgewicht geeft het vervolg stroomdiagram de structuur van de behandeling aan. Dit stroomdiagram kan gebruikt worden door de huisarts of de praktijkondersteuner.

De MIS gaat uit van vier behandelfasen:

1. De voorbereiding:
 - a. Wilt u starten?
 - b. Bepalen van doelstelling of streefgewicht
 - c. Klaar voor de start?
2. Het actieplan maken
3. Het actieplan uitvoeren
4. Op gewicht blijven

Tijdens de voorbereidingen wordt de anamnese afgenomen om onder andere de motivatie en zelfvertrouwen van de patiënt te peilen en de huidige leefstijl in kaart te brengen middels het bijhouden van een eet- en beweegdagboek. Dit kan de patiënt doen met behulp van de patiëntenvoorlichtingsmaterialen. Deze bestaan uit een klappertje op A5 formaat met een losbladig systeem. In dit klappertje zit de patiënteninfo zoals gepresenteerd in Bijlage 3. De patiënt kan thuis of in de wachtkamer de vragen beantwoorden en de informatie doorlezen, zodat dit tijd bespaart in het consult.

Ook het actieplan kan de patiënt invullen in dit klappertje. Het actieplan bestaat uit een lijst met implementatie-intenties: een lijstje met goede voornemens met daarbij zo concreet mogelijk aangegeven wat de patiënt gaat doen, wanneer hij/zij hiermee begint, welke moeilijkheden hij/zij hierbij verwacht en hoe hiermee om te gaan en wanneer en hoe hij/zij zich gaat belonen als het lukt. Er wordt geadviseerd om per consult maximaal twee tot drie goede voornemens te doen (bijvoorbeeld één voor voeding en één voor bewegen), en als het goed gaat, kan dit lijstje in fase 3 worden uitgebreid met nieuwe goede voornemens.

In de laatste fase is het van belang dat de patiënt nog steeds het actieplan blijft volgen, dit plan is immers geschreven voor levenslange gedragsverandering. Daarnaast wordt de patiënt gestimuleerd na te denken over het monitoren van het gewicht en hoe hij/zij ervoor gaat zorgen dat het verloren gewicht eraf blijft.

De handleiding is bedoeld als naslagwerk voor huisartsen en praktijkondersteuners. Het geeft uitgebreide informatie over onder andere de behandelfasen, gezonde voeding, bewegen, psychologische interventies en het motiveren van patiënten.

Methode

Onderzoeksvragen

In deze pilot test worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Wat vinden de huisartsen van de bruikbaarheid van de materialen? Waar kunnen de materialen nog verbeterd worden?
2. Wat vinden de praktijkondersteuners van de bruikbaarheid van de materialen? Waar kunnen de materialen nog verbeterd worden?
3. Wat vinden patiënten van de behandeling volgens de MIS? Waar kan de behandeling nog verbeterd worden?
4. In welke mate wordt de MIS uitgevoerd zoals hij bedoeld is (dwz volgen van handleiding)?

Voor het werken met de MIS kregen de huisartsen en praktijkondersteuners een korte instructie. Het is belangrijk om de training en begeleiding van de huisartsen praktijkondersteuners goed te evalueren en te optimaliseren. In dat kader de volgende onderzoeksvragen:

5. Hoe ziet de instructie van de hulpverleners eruit in praktijk? Hoeveel tijd kost dit?
6. Wat vinden de huisartsen en praktijkondersteuners van de geboden instructie en begeleiding aan de praktijken? Wat kan er nog verbeterd worden?

Werving van de huisartspraktijken

Om de onderzoeksvragen goed te kunnen beantwoorden werden 20 huisartspraktijken betrokken in de pilot. De werving vond plaats op twee verschillende manieren. Ten eerste werden de praktijken die deel genomen hadden aan de pretest en die hadden aangegeven geïnteresseerd te zijn in deelname aan de pilot, benaderd middels een brief met antwoordfax. Ten tweede geschiedde de werving via regionale ondersteuningstructuren (ROS). De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) verstrekke de contactgegevens van de directeurs van 23 ROSen. ROSen bieden eerstelijnsbreed ondersteuning en hebben veel contact met huisartspraktijken. Voor benadering van huisartsenpraktijken via ROS is gekozen omdat het ROS hoogstwaarschijnlijk goed inzicht heeft in welke praktijken interesse hebben in deelname aan het onderzoek en om zo veel mogelijk aan te kunnen sluiten bij al bestaande structuren/initiatieven. In eerste instantie werden twee ROSen benaderd vanwege hun geografische ligging: de ROS in Beekbergen en de ROS te Utrecht. De directeurs werden

gevraagd of er binnen hun regio huisartsenpraktijken zijn die geïnteresseerd zijn in deelname aan de pilot en of zij oproep wilden plaatsen in hun nieuwsbrief of een brief met antwoordfax wilden verspreiden onder de huisartsenpraktijken in hun regio.

Procedure

Met geïnteresseerde huisartspraktijken werd een afspraak gemaakt voor de instructie van de materialen. In dat gesprek werd ook de procedure voor de pilot uitgelegd. Na de instructie werd de huisartspraktijk uitgenodigd om gedurende één maand de MIS-materialen in de dagelijkse praktijk te gebruiken. Gedurende en na afloop van deze maand vonden de metingen plaats.

Metingen

Er vond een aantal verschillende metingen plaats:

Interviews met huisartsen en praktijkondersteuners

Een interview (na afloop van een maand gebruik van de MIS) is een goede methode om snel de mening van huisartsen en praktijkondersteuners over de bruikbaarheid van de MIS te evalueren. Om de interviews te structureren en zo veel mogelijk belangrijke informatie boven tafel te krijgen, is een vragenroute als leidraad bij het interview gebruikt. Het interview is opgenomen met behulp van een voicerecorder. Direct na het interview is een samenvatting van het interview geschreven, onderbouwd met een aantal belangrijke citaten. De geïnterviewde is gevraagd of de samenvatting correct/adequaat is. Met behulp van alle samenvattingen zijn de resultaten geanalyseerd.

Interviews met patiënten

Om een indruk te krijgen van de beoordeling van patiënten is een deel van hen worden geïnterviewd. Er werd beoogd om per huisartspraktijk één patiënt, waarbij de MIS wordt toegepast te interviewen. Het interview is bij de patiënt thuis af genomen. Door uit de praktijk weg te gaan, is de drempel voor de patiënt om vrij te spreken over de behandeling en de behandelaar(s) verlaagd. De methode voor het interview is dezelfde als gebruikt voor de interviews met huisartsen en praktijkondersteuners. Aan de patiënten werd eerst de procedure uitgelegd, verteld welke vragen er zullen worden gesteld, en nadrukkelijk verteld dat alles wat de patiënt verteld vertrouwelijk wordt behandeld en niet wordt teruggekoppeld naar de

behandelaar(s). De patiënten hebben een informed consent formulier getekend voorafgaand aan het interview.

Observatie van consulten

Het onderzoek naar de uitvoering/toepassing van de MIS in de praktijk is uitgevoerd middels observatie door een onafhankelijk onderzoeker. De metingen zouden ook door middel van zelfrapportage door huisartsen en praktijkondersteuners hebben kunnen plaatsvinden, maar dit heeft een aantal nadelen:

- het is een belasting voor huisartsen en praktijkondersteuners om precies te registreren wat hij/zij doet, het kost veel tijd.
- Het vraagt een groot bewustzijn van eigen gedrag, en daardoor kan zelfrapportage wel eens een niet geheel correcte weergave zijn van de werkelijkheid. Ook kunnen percepties betreffende sociaalwenselijkheid een rol spelen.

Observatie door een onderzoeker heeft als voordeel dat de huisarts en praktijkondersteuners hier geen extra werk mee hadden, terwijl de onderzoeker objectief kon registreren wat er gezegd werd en hoe de materialen gebruikt werden. Omdat alle observaties door dezelfde persoon gedaan zijn kunnen de onderlinge observaties (bijvoorbeeld mbt het taalgebruik) ook goed met elkaar vergeleken worden. Een nadeel is dat de aanwezigheid van een onderzoeker tijdens het consult het gebruik van de MIS materialen kan beïnvloeden. Uit de observatie kunnen geen conclusies worden getrokken over hoe vaak de MIS materialen toegepast worden, maar dit is ook niet het doel van deze pilot. Met de observatie is wel een indruk gekregen van hoe de materialen in praktijk toegepast gaan worden. De observaties schetsen hoogstwaarschijnlijk een beeld van de meest “ideale situatie”: door de aanwezigheid van een onderzoeker heeft de huisarts waarschijnlijk getracht om zo veel mogelijk het protocol te volgen. Dit hoeft echter niet overeen te komen met hoe de MIS in praktijk (zonder observatie) wordt uitgevoerd. Maar, met een beeld van de meest “ideale situatie” kunnen wel conclusies getrokken worden waar de MIS nog verbeterd kan worden als de uitvoering in de ideale situatie niet overeen komt met hoe de uitvoering bedoeld is.

Er werd beoogd om dat de onderzoeker aanwezig was bij minimaal één consult per huisarts/praktijkondersteuner waarin de MIS wordt toepast. Ieder gesprek is opgenomen met behulp van een voicerecorder. Tevens heeft de onderzoeker geregistreerd welke materialen gebruikt werden en hoe lang het consult duurde. Met behulp van de geluidsopnamen en de aantekeningen van de onderzoeker is gekeken hoe de verschillende onderdelen van de

voorgestelde MIS in praktijk ten uitvoer zijn gebracht (bijvoorbeeld gebruikt de huisarts/praktijkondersteuner hetzelfde taalgebruik als in de stroomdiagrammen of wordt het aangepast en op welke manier?).

Aan de patiënt is voorafgaand aan het consult toestemming gevraagd om te observeren en het geluid op te nemen. De anonimiteit van de patiënt is volledig gewaarborgd, de naam van de patiënt is niet geregistreerd en alle informatie is vertrouwelijk behandeld en is alleen ten behoeve van deze pilot gebruikt.

Kwantitatieve meting

Met de observatie kan onderzocht worden hoe de materialen worden toegepast. Aanvullend willen wij ook graag een beeld krijgen van of en zo ja welke MIS-materialen zijn toegepast, en hoe lang de consulten duurden, als de onderzoekers niet aanwezig waren in de praktijk. De huisarts en praktijkondersteuner zijn gevraagd om direct na afloop van een consult waarin de MIS is toegepast het volgende te registreren: de BMI en eventuele comorbiditeiten van de patiënt, de duur van het consult en welke MIS-materialen gebruikt zijn. Om de registratie te vergemakkelijken hebben alle hulpverleners hiervoor formulieren gekregen. De gegevens zijn geanonimiseerd aan de onderzoeker doorgegeven.

Voor het uitvoeren van de pilot test is toestemming gekregen van de Medisch Ethische Commissie van de WUR.

Resultaten

Deelnemers

Er hebben 13 huisartspraktijken deelgenomen aan de pilottest (Tabel 1). Deze huisartspraktijken zijn op drie manieren geworven: 1) huisartspraktijken die mee hebben gedaan aan de pretest zijn opnieuw per brief benaderd, 2) via een advertentie in een elektronische nieuwsbrief van ROS Raedelijk en 3) via persoonlijke contacten. Hoewel reeds een aantal maanden voor de pilot contact was gezocht met de ROS in Beekbergen, zijn er geen huisartsen via deze ROS geworven, mede omdat de nieuwsbrief vanwege ziekte te laat verscheen.

Tabel 1 Deelnemers Pilot test

Plaats	Naam en functie	Manier van werving	Observatie	Interview
Nijmegen	Caroline van Wayenburg, haio	Persoonlijk contact	N	J
Amersfoort	Françoise Langens, huisarts	Pretest	J	J
Nijmegen	Majella Libeton, praktijkondersteuner Nico Vlaar, huisarts Leny Geertsen, praktijkondersteuner	Pretest (alleen mevr Libeton)	J N J	J N J
Tienhoven	Ton Dapper, huisarts	Pretest	N	J
Zevenaar	Mevrouw Smits, huisarts	Pretest	J	J
Brakel	Mevrouw DiCrama, haio	Pretest	N	N
Muiderberg	Leny Zweers, praktijkondersteuner Jaap Weijmans, huisarts	ROS Raedelijk	J J	J J
Weesp	Ria Jochemsem, huisarts	Persoonlijk contact	J	J
Nijmegen	Frans van de Horne, huisarts Fiona Willemse, praktijkondersteuner Alice de Bie, praktijkondersteuner Maria Claassen, praktijkondersteuner	Pretest (alleen dhr van Horne)	N N J J	N N J J
Nuland	Elly van Zwam, praktijkondersteuner Inge Coolen, huisarts	Pretest (alleen mevr van Zwam)	N J	J J
Soest	Carla Post, praktijkondersteuner Laura Hilhorst, diëtiste Ageeth Lamberts, diëtiste Jacqueline vd Geest, huisarts	ROS Raedelijk	J N N N	J N N J
Groesbeek	Meneer Verblackt, huisarts Mevrouw Lenglet, huisarts Jessica Kulkens, praktijkondersteuner	Pretest	N J J	N J J
Utrecht	Hans Blankestijn, huisarts Annet v. Wijnbergen, praktijkondersteuner	ROS Raedelijk	J J	N J

De instructie

In vrijwel alle huisartspraktijken duurde de instructie over de MIS en de uitleg over de pilot niet meer dan een half uur. Er is informatie gegeven over wat de MIS inhoudt en de materialen zijn kort doorgenomen. Iedere deelnemende huisarts of praktijkondersteuner kreeg een klappertje met de stroomdiagrammen en informatie over de pilot test (inclusief de registratieformulieren voor de kwantitatieve meting en de toestemmingsformulieren) en één of twee klappertjes met de patiëntenvoorlichtingsmaterialen (afhankelijk van hun behoefte). Iedere huisarts/praktijkondersteuner kon dus één of twee gemotiveerde patiënten een klappertje geven. Daarnaast is er per praktijk een handleiding en een cd met de digitale bestanden van de MIS materialen gegeven, zodat zij eventueel zelf nog meer materialen konden uitprinten.

Het was opvallend dat tijdens het maken van een afspraak voor het observeren van een consult een aantal huisartsen een misconceptie lieten zien betreffende het toepassen van het signalering stroomdiagram. Zij gaven namelijk aan dat zij regelmatig aan patiënten vragen: “vindt u het goed dat we het de volgende keer eens over uw gewicht gaan hebben?” of een dergelijke vraag. Met deze vraag wordt feitelijk het signalering stroomdiagram toegepast: er wordt gepeild of de patiënt open staat voor het aanpakken van het gewichtsprobleem (bij het antwoord nee staat de patiënt er absoluut niet open voor, bij het antwoord ja wil de patiënt het overwegen en staat hij/zij er open voor maar dit wil uiteraard nog niet zeggen dat hij/zij ook gaat starten met de behandeling). Maar het leek erop dat de huisartsen dit niet als zodanig herkenden. Zij gaven aan dat zij (ten onrechte) dachten dat het observeren van het consult waarin zij zo’n vraag stellen niet interessant voor het onderzoek zou zijn (het “volgende consult” waarin overgewicht besproken wordt zou het enige interessante consult zijn). Dit wekt de indruk dat huisartsen al vaker (onbewust) werken volgens het signalering stroomdiagram en kan bijdragen aan een (onterecht) gevoel dat het toepassen van de MIS te veel werk is.

Observatie van consulten

Bijlage 5 geeft de samenvattingen van de geobserveerde consulten. Twintig consulten zijn er geobserveerd: 11 bij huisartsen (4 mannen/7 vrouwen, leeftijd variërend van 43 tot 67, BMI veelal onbekend) en 9 bij praktijkondersteuners (5 mannen/4 vrouwen, leeftijd variërend van 39 tot 66, BMI variërend van 31.4 tot 45.4, veelal met comorbiditeiten). Twee haio’s hadden

de beschikking over video-apparatuur en het was de planning dat zij beide een consult zouden opnemen na toestemming van de patiënt. Echter, vanwege de drukke agenda van een van deze haio's was het helaas niet mogelijk om een afspraak te plannen en het opgenomen consult van de andere haio kon vanwege technische problemen niet worden afgespeeld. Daarom zijn er geen video-observaties meegenomen in deze pilot.

De huisartsconsulten waarin het gewichtsprobleem werd gesignaleerd en besproken (naast de klacht waarvoor de patiënt kwam) duurden meestal zo'n 10 minuten. Een aantal dubbele consulten (20 minuten) zijn geobserveerd waarin de huisarts de patiënteninfo gebruikte in het kader van het aanpakken van het overgewicht. De consulten met de praktijkondersteuner duurden gemiddeld 20 minuten. Daarbij werden vooral de patiëntenvoorlichtingsmaterialen (patiënteninfo en het A4tje over Gezonde Voeding) gebruikt. De stroomdiagrammen en de handleiding werden in mindere mate gebruikt en veelal niet fysiek tijdens het consult.

Bij twee huisartsen was het mogelijk om gedurende het hele spreekuur (zo'n twee uur) te observeren, ook consulten waarbij de MIS niet werd toegepast (alle patiënten hebben hiervoor mondeling toestemming gegeven, en alleen van de consulten waarin de MIS is toegepast zijn aantekeningen gemaakt en opgenomen op geluidsband met opnieuw mondelinge toestemming van de patiënt). De aanwezigheid van de onderzoeker tijdens het gehele spreekuur heeft waarschijnlijk bevorderd dat beide huisarts meerdere keren er aan herinnerd werden om het gewicht ter sprake te brengen; zij hebben ieder bij drie patiënten de MIS toegepast binnen korte tijd. Bij een derde huisarts was de onderzoeker aanwezig gedurende een middag in de praktijk, waarop de huisarts een consult heeft uitgekozen waarin hij overgewicht ter sprake heeft gebracht (wat waarschijnlijk anders niet ter sprake zou zijn gekomen) en waarbij is geobserveerd. De andere geobserveerde consulten bij de huisartsen waren geplande consulten in het kader van het overgewicht waarin de aanpak van het gewichtsprobleem werd besproken. De geobserveerde consulten bij de praktijkondersteuners waren allen gepland voor het aanpakken van overgewicht.

Kwantitatieve meting

Alle huisartsen en praktijkondersteuners is gevraagd om de MIS gedurende 2 tot 4 weken na de instructie toe te passen in een of meerdere consulten en bij ieder consult (waarbij de onderzoeker niet heeft geobserveerd) een registratieformulier in te vullen. Hoewel veel hulpverleners hebben aangegeven in het interview dat zij de MIS hebben toegepast bij een aantal patiënten, zijn hiervan de registratieformulieren door slechts enkele hulpverleners

ingevuld. Veel huisartsen gaven aan dat zij alleen de consulten geregistreerd hebben van patiënten die ook geïnteresseerd waren in een behandeling volgens de MIS. De MIS is dus wel vaker toegepast dan geregistreerd. De resultaten van de beschikbare registratieformulieren, allen ingevuld door huisartsen, staan gepresenteerd in Tabel 2. Voor deze patiënten hebben de huisartsen zelf aan gegeven dat zij het signalering stroomdiagram hebben gebruikt tijdens deze consulten, hoewel dit bij de observaties (van andere patiënten) niet werd geconstateerd.

Tabel 2 Resultaten van de kwantitatieve meting

geslacht	geboortedatum	BMI	Comorbiditeiten	consultduur	Welke materialen gebruikt?
dhr	13-02-1956	30.7	Diabetes Hypertensie Dyslipidemie	20 min.	Signalering stroomdiagram
mevr	04-04-1975	? 30-35	Geen comorbiditeiten	10 min	Signalering stroomdiagram Patiënteninfo
dhr	24-01-1961	43.9	Hypertensie	? ong. 15 min	Signalering stroomdiagram Patiënteninfo
mevr	1-9-1930	?	Diabetes Hypertensie Artrose	15 min	Signalering stroomdiagram Patiënteninfo

Interviews met huisartsen en praktijkondersteuners

Na afloop van ieder interview is in korte samenvatting de belangrijkste feedback weergegeven, welke is geverifieerd door de geïnterviewde. Deze samenvattingen (met de reactie van de geïnterviewde op zijn/haar samenvatting) zijn gepresenteerd in Bijlage 6.

Interviews met patiënten

Er zijn in totaal 5 patiënten geïnterviewd, waarbij de MIS is toegepast. Zij hebben allen de patiënteninfo ontvangen. De interviews vonden enkele dagen tot weken na ontvangst van de patiënteninfo plaats. Dit zijn de samenvattingen van de interviews (Tabel 3).

Tabel 3 Samenvattingen interviews met patiënten

(19-03-2008) (man, 66 jaar, BMI 31.4, hypercholesterolemie) Op mijn vraag wat hij van het boekje vindt, weet hij in eerste instantie niet welk boekje ik bedoel. Op mijn uitleg zegt hij dat hij het een prima boekje vindt. Hij geeft aan dat hij wel wat nieuwe informatie heeft gelezen in het boekje, met name van de A4tje over gezonde voeding. Heeft van 6 dagen een eetdagboek bijgehouden (in het boekje maar ook in een aantekenblok). Hij heeft fase 1 helemaal ingevuld, vond de vragen niet te makkelijk of te moeilijk. Hij geeft aan dat het een fijn boekje is, hij vind het fijn om vrij te zijn in zijn keuzes en zegt dat hij het niet prettig vindt om een strikte lijstjes van bijvoorbeeld Sonja Bakker te volgen, waarbij je alles precies moet afwegen enzo. Hij mist geen informatie in de materialen. Wij hebben veel gepraat over volwaardige voeding, daar hadden hij en zijn vrouw veel vragen over en hij heeft me gevraagd om zijn eetdagboek te beoordelen. Ik heb hem verteld dat het me opviel dat hij op zich niet veel eet, maar dat hij kan opletten dat hij mager vlees eet,

melkproducten gebruikt, en oplet met het bier wat hij elke dag drinkt. Hij zegt dat hij elke dag zo'n 4-6 uur beweging heeft rondom zijn woonboot om deze te onderhouden en daarnaast nog dagelijks een half uur wandelt met de hond.

Op de vraag of hij het boekje gekocht zou hebben als hij er voor zou moeten betalen, zegt hij dat nu hij het heeft ingekeken en weet dat het iets is, er best een paar euro voor over heeft.

(19-03-2008) (vrouw, 40 jaar, BMI 34.9, angina pectoris)

Zij zegt dat het boekje goed is en je hoop geeft. Ze geeft aan dat ze niet goed wist hoe ze het actieplan moest invullen, of je meerdere dingen op 1 regel kan invullen. Verder vond ze het moeilijk om een beloning te verzinnen omdat ze niet veel geld heeft. Ze wil graag meer tips voor hoe ze (goedkoop) kan sporten. Ze vindt het prettig dat het lijnen in kleine beetjes gaat en fijn dat het boekje niet veroordelend is: niets is echt verkeerd maar het gaat om bewuster kiezen en een balans vinden. Ze geeft aan dat het boekje je bewuster maakt en ze bewuster is gaan nadenken over het eten en meer bewegen. Bij de introductie van de MIS door de POH vond ze het in eerste instantie allemaal een beetje vaag, maar nu ze het boekje heeft ingezien is het haar duidelijk. Ze heeft het boekje al goed ingevuld en heeft de A4tje over gezonde voeding gebruikt om in haar keuken op te hangen. Zij voelt zich wel gesteund door haar gezin, maar het lijkt of ze niet mee willen doen om gezonder te gaan eten (ze vertelde dat ze het moeilijk vindt om te variëren omdat haar zoon houdt van nasi en haar man van braadworst met spinazie dus dat ze dat elke week eten, dat haar zoon chips blijft eten, "maar ja hij is ook zo mager als een lat"). Op de vraag of ze het boekje gekocht zou hebben als ze er voor zou moeten betalen, zegt ze dat nu ze heeft ingekeken en weet dat het iets is, ze er best een paar euro voor over heeft, ondanks haar financiële situatie.

(18-03-2008) (vrouw, 50 jaar, BMI 43, hypertensie)

Zij zegt dat ze het leuk vond om te lezen, hoewel ze het meeste al wel wist. Ze heeft het boekje ingevuld en vond het interessant. Geeft aan dat het veel informatie is, maar niet teveel. Ze vindt 5 sneeën brood zoals aanbevolen erg veel. Ze vindt het moeilijk om het lijnen vol te houden, maar het boekje maakt het makkelijker. Ze zegt dat het boekje een goede leidraad is. Op de vraag of ze het boekje gekocht zou hebben als ze er voor zou moeten betalen, zegt ze dat ze er best een paar euro voor over heeft.

(21-03-2008) (man, 50 jaar, BMI ?, hypertensie)

Hij vindt de patiënteninfo heel duidelijk en zegt dat het zichzelf wijst. Hij geeft aan dat het hem geen moeite kost om zich eraan te houden en hij heeft vooral een aantal andere keuzes gemaakt (gezondere producten). Hij zegt dat hij nu gemakkelijker gebak en snacks kan laten staan. Hij had de huisarts geconsulteerd voor hypertensie en is toen doorverwezen naar de POH, 3-4 weken geleden, hij woog toen 102.6 kg en is sindsdien al 3 kg afgevallen. Hij streeft naar 10 kg afvallen in een half jaar tijd. Hij zegt dat van plan is om in de zomer de biertjes maar achterwege te laten, hij vult al 2 weken lang iedere avond een eetdagboekje in. Hij vindt het fijn dat hij gewoon met het gezin mee kan eten, al heeft zijn vrouw apart vleeswaren en kaas voor hem gekocht. Hij vindt het leuk dat er aandacht wordt besteed aan het belonen en het geeft hem een stok achter de deur. Hij zegt dat er nieuwe informatie voor hem in de patiënteninfo staat. Naast op de voeding letten, probeert hij ook meer te bewegen maar hij heeft een handicap aan zijn been. Toch pakt hij nu de trap in plaats van de lift en stapt hij een halte eerder uit bij de tram, als het mooi weer is hoopt hij meer de fietsen (met zijn fiets met een geprepareerde trapper). Hij heeft geen suggesties voor verbetering. Op de vraag of hij een paar euro over heeft voor het boekje antwoordt hij "maar natuurlijk, voor je gezondheid moet je iets over hebben, dat is toch belangrijk".

(21-03-2008) (man, 56 jaar, BMI 31.5, artrose)

Patiënt is al paar weken bezig met de patiënteninformatie en is al 4 kg afgevallen, terwijl hij medicatie heeft waardoor hij vocht vasthoudt. Hij geeft aan te sporten via een fysiotherapeut en hij wil gaan zwemmen. Daarnaast laat hij tussendoortjes staan en heeft gevonden dat een gehaktbal bij de benzinepomp even duur is als een stuk fruit dus nu pakt hij fruit. Hij zegt dat hij trots is op zichzelf dat hij dat bedacht heeft, maar geeft ook aan dat lekker en gezond nog niet met elkaar "matchen". Hij is tevreden over het boekje, hij zegt dat het er mooi uitziet en dat het hem helpt. Maar het belonen werkt voor hem niet, omdat hij als hij iets leuk vindt of iets wil hebben, hij het dan al koopt.

Aanvullend onderzoek onder psychologen

Een belangrijk onderdeel van de MIS is de psychologische interventie. Daarnaast is het belangrijk dat de materialen aansluiten bij een behandeling door de psycholoog. Daarom is besloten de materialen ook voor te leggen aan een aantal psychologen. We hebben een eerste lijnpsycholoog uit Utrecht en een psychologe werkzaam in een ziekenhuis in Amsterdam gevraagd of zij feedback wilden geven op de MIS materialen. Zij hebben de materialen

toegestuurd gekregen, met een (schriftelijke) korte uitleg bij de materialen, waarna zij per e-mail gereageerd hebben met suggesties ter verbetering. Dit zijn hun suggesties:

“Mijn complimenten over de opzet en vorm van de MIS. Het stuk over Gedragsverandering ziet er goed uit. Wat ik er in mis, is aandacht voor de functie van eten. Vaak is eten/snoepen een manier om spanning af te reageren. Je kunt hier informatie over geven en deelnemers leren op een andere manier met spanning om te gaan. Het lijkt me zinvol om dit te betrekken bij de interventie. Verder ben ik benieuwd naar de uitvoering van de interventie in de praktijk. Zijn huisartsen in staat om dit op een goed manier te doen in verband met hun drukke agenda's en manier van werken waardoor ze erg weinig tijd hebben per consult? Huisartsen zijn vooral gericht op het plegen van diagnostiek. Het uitvoeren van deze interventie betekent dat de huisarts op een andere manier omgaat met zijn patiënt. Bij mij niet bekend, maar ongetwijfeld onderzocht is de haalbaarheid van dit soort interventies in de huisartsenpraktijk.”

“Het gaat me helaas niet lukken om goede gedetailleerde feedback te geven ... Wat ik wel aan je kan geven is, waar je op moet letten in het algemeen (vooral toegespitst op de erge obesitas):

- ga niet te veel aan de patiënt trekken, of probeer deze over te halen.
- ik las in het stroomdiagram “signalering van overgewicht” ook kleine beetjes helpen zoals de trap pakken, dit komt wat kinderlijk over naar de patiënt. Meestal weten mensen onderliggend maar al te goed dat ze er wat aan moeten doen. Meestal kun je beter open zijn met vragen als “hoe komt het dat het zo ver is gekomen”. Natuurlijk wel zonder veroordeling. Iemand mag zelf kiezen om zo dik te worden net zo goed als iemand zelf mag kiezen om zelfmoord te plegen.
- Dik worden hangt meestal samen met slechte zelfzorg of slecht zelfbeeld. Het nare gevoel wordt gecompenseerd met troost eten. Door slechte zelfzorg geen “geestelijke voeding of aandacht” dit wordt dan gecompenseerd met voeding. Vraag naar stress of sombere stemmingen. Is het leven leuk of is het overleven. Als daar meer aandacht voor komt, voelt patiënt zich meer gehoord en ontstaat er mijns inziens minder behoefte aan eten (verslaving is veelal vermijding/toedekken van onderliggende problemen). Dan ook mogelijk een ingang voor psychologische begeleiding.
- Ten allen tijde blijft iemand zelf verantwoordelijk voor wat hij zij met zijn leven doet, maar ook ten allen tijde kunnen we als hulpverlener naast iemand staan als steun. Zo voor wat ik gelezen heb is dat ook de strekking van de benadering, mooi.

- Detailtip in stroomdiagram “signalering van overgewicht” punt 3 bij nee complimenteer dat patiënt zelf aan de slag gaat.

Nou ik wens je heel veel succes en hoop je toch nog iets gegeven te hebben voor het mooie materiaal wat je mij hebt toegestuurd. Leer ik ook weer van.”

Conclusies

Bruikbaarheid van de materialen en suggesties ter verbetering

In interviews hebben huisartsen, praktijkondersteuners en patiënten aangegeven wat zij van de bruikbaarheid van de materialen vonden en waar de materialen volgens hen verbeterd kunnen worden. De resultaten laten zien dat nagenoeg iedereen enthousiast was over de materialen. De bruikbaarheid werd als goed beoordeeld, zowel door huisartsen, praktijkondersteuners en patiënten. In vrijwel iedere huisartspraktijk werd tijdens het interview gevraagd om meer patiënteninfo of waar ze meerdere mapjes kunnen bestellen. Aan de hand van de suggesties van de geïnterviewden zal het volgende worden aangepast:

- o er worden pagina's aan de patiënteninfo toegevoegd waarop iedere hulpverlener die betrokken is bij de behandeling in het kader van de MIS ruimte krijgt om aantekeningen te maken en gemaakte afspraken te noteren. Dit kan de multidisciplinaire samenwerking bevorderen en verschaft meer inzicht in de voortgang van de behandeling voor alle hulpverleners en voor de patiënt.
- o Middels kleine tekstuele aanpassingen zal duidelijk gemaakt worden dat de achterkant van de stroomdiagrammen alleen informatie ter verdieping op de voorkant bevat (geen vervolgstappen).

De twee psychologen die de materialen beoordeeld hebben, hadden beide de suggestie dat er meer aandacht besteed kan worden aan de functie van eten. Bij het invullen van het eetdagboek wordt er nu al wel gevraagd aan patiënten om bij ieder eetmoment aan te geven waarom ze eten, maar hoeveel ruimte dit tijdens de behandeling krijgt zal afhangen van de behandelaar(s). Wij zijn het met de psychologen eens dat dit veel aandacht verdient en zullen in de handleiding hier dan ook meer informatie over toevoegen. Daarnaast is dit ook een belangrijk onderwerp dat in de instructie van huisartsen en praktijkondersteuners naar voren moet komen. Daar het bespreken van problemen gerelateerd aan de functie van eten (bijvoorbeeld eten uit verveling, verslaving, neerslachtige gevoelens en andere eetstoornissen) veel tijd kost, adviseren wij hierbij een multidisciplinaire behandeling in nauwe samenwerking met deskundigen op dit gebied (psycholoog en diëtist).

Wordt de MIS uitgevoerd zoals bedoeld?

Middels observaties is gekeken hoe de MIS wordt toegepast. Daarbij is geconstateerd dat de MIS in grote lijnen wordt gevolgd, hoewel de stroomdiagrammen fysiek weinig gebruikt zijn tijdens de consulten. Huisartsen brengen het gewicht redelijk makkelijk ter sprake tijdens het normale spreekuur en deze consulten duurden niet langer dan normaal. Na een opening zoals “het viel me net op dat u toch wat last heeft van overgewicht. Uw klachten kunnen samenhangen met uw gewicht, dus daar wil ik het graag even met u over hebben. Bent u tevreden met uw gewicht?” is het in het antwoord van de patiënt snel duidelijk of de patiënt open staat voor de behandeling. Hoewel het ter sprake brengen van het gewicht slechts een klein aantal mensen opleverde die ook gemotiveerd genoeg waren om aan de slag te willen gaan via de huisartspraktijk, geeft een aantal huisartsen aan dat ze het mee vonden vallen hoe positief de reacties van patiënten waren. De meeste “niet-gemotiveerde” patiënten tijdens de observaties reageerden in de trant van “ja, u heeft gelijk en ik ben er al wel mee bezig” of “ja, maar ik ben al veel afgevallen de afgelopen tijd” maar geen negatieve reacties zoals “waar bemoeit u zich mee” die zij wellicht hadden verwacht. Een huisarts schatte in dat “ongeveer één op de vijf patiënten waarbij je het ter sprake brengt graag aan de slag wil gaan met jou hulp” en vond dit een prima “succespercentage”.

De derde vraag uit het signalering stroomdiagram “wilt u deskundige hulp” wordt niet letterlijk gesteld, maar aan gemotiveerde patiënten wordt wel verteld over de MIS en gevraagd of ze een afspraak willen maken voor het vervolg (veelal met de praktijkondersteuner). Dus hoewel het signalering stroomdiagram niet fysiek gebruikt wordt, zijn de stappen uit dit stroomdiagram wel goed te herkennen in het merendeel van de geobserveerde consulten.

Verder wordt er op een aantal belangrijke punten afgeweken van de MIS:

- o Het actieplan werd maar in een aantal gevallen daadwerkelijk concreet ingevuld. In veel gevallen werden de acties of goede voornemens geformuleerd in termen zoals “minder tussendoortjes eten”, “gewoon niet zo snoepen en geen gebak” of “ik probeer meer te bewegen”, zonder heel concreet te formuleren hoe ze dit dan tot stand willen brengen of hoe ze dit dan op langere termijn gaan volhouden.
- o Het eetdagboek en beweegdagboek werden niet in alle gevallen gebruikt, maar als ze gebruikt werden wilden mensen graag van meerdere dagen bijhouden wat ze aten. Dit deden ze dan in een schrijfblok of via de computer of via www.wateetenbeweegik.nl.
- o Het beoordelen van het eetdagboek en beweegdagboek blijkt moeilijk: als patiënten veel dagen hebben bijgehouden kost het de praktijkondersteuner of huisarts te veel tijd

om dit door te kijken. De eetgewoonten worden globaal beoordeeld en niet naast het A4tje over Gezonde Voeding gelegd om samen met de patiënt te bekijken wat er beter kan en te kiezen waar ze zich op gaan richten (bijvoorbeeld op meer fruit eten of op het vervangen van vette vleeswaren door magere vleeswaren).

- o De aanwezigheid van de onderzoeker tijdens de observaties had duidelijk een positieve invloed op de implementatie; het is zelfs door een aantal huisartsen gebruikt om het gewicht ter sprake te brengen. Dit betekent dat het te verwachten is dat er voor de implementatie in praktijk meer nodig is dan alleen het beschikbaar stellen van de materialen en een korte instructie.

De instructie van huisartsen en praktijkondersteuners

De instructie is aan alle deelnemende huisartsen en praktijkondersteuners gegeven, tijdens de instructie zijn alle materialen besproken. Deze gesprekken vonden meestal met alle deelnemende hulpverleners per praktijk tegelijk plaats en duurden ongeveer een half uur.

Binnen dit half uur was er ook ruimte om de procedure van de pilot test te bespreken.

Aangezien de MIS veelal uitgevoerd is zoals bedoeld, is het aannemelijk dat deze summiere instructie voldoende is om de materialen uit te leggen. Daarentegen werd het gebruik van de materialen waarschijnlijk erg gestimuleerd door het meedoen aan de pilot test, waarbij de huisartsen en praktijkondersteuners toe hebben gestemd tot observatie van een consult waarin ze de MIS moesten toepassen en het interview daarna. Alleen het beschikbaar stellen van de materialen samen met een korte instructie zal dan ook niet voldoende zijn om de materialen te gaan gebruiken in de dagelijkse praktijk en hier zullen de hulpverleners op een andere manier in gestimuleerd moeten worden. Meer hierover in de volgende sectie.

Conclusies

De resultaten van de pilot test zijn veelbelovend. De deelnemende huisartspraktijken en de geïnterviewde patiënten zijn enthousiast over de ontwikkelde materialen. Na een korte instructie zijn de hulpverleners in staat om de MIS in grote lijnen toe te passen zoals bedoeld. Er is veel vraag onder de deelnemende praktijken naar meer materialen en de eerste patiënten die gestart zijn met de MIS zijn een aantal kilo's afgevallen in korte tijd. Maar er zijn ook een aantal punten waarop de MIS nog verbeterd moet worden, die we puntsgewijs zullen bespreken.

Wat moet er verbeterd worden aan de MIS en de materialen?

Aandacht voor implementatie

Het toezeggen om mee te doen aan de pilot test, het persoonlijke contact met de onderzoeker tijdens meerdere bezoeken aan de praktijk (de instructie, de observatie en het interview) en de aanwezigheid van de onderzoeker tijdens de geobserveerde consulten heeft het aantal mensen waarop de MIS is toegepast waarschijnlijk bespoedigd. Dit betekent dat voor een adequate implementatie van de MIS in praktijk er meer nodig is dan alleen het beschikbaar stellen van de materialen en een korte instructie aan huisartspraktijken die gemotiveerd zijn om met de MIS te gaan werken. De huisartspraktijken moeten gestimuleerd worden om de MIS te gaan gebruiken, enerzijds door de bekendheid van de MIS te vergroten en minder-gemotiveerde praktijken te overtuigen van het belang van het signaleren en behandelen van overgewicht, anderzijds door gemotiveerde praktijken te stimuleren. Enkele opties hiervoor zijn bijvoorbeeld het meer oefenen met de materialen in nascholing en training zodat het gewoontes worden, het persoonlijk begeleiden/ondersteunen van de huisartspraktijken bij de implementatie door een ‘MIS-specialist’ (naar het goede voorbeeld van het Counterweight programma (Laws and Counterweight Project 2004)) of een financiële stimulans.

Vergemakkelijken van het invullen van het actieplan

Het was de bedoeling van de MIS dat het ingevulde eet- en beweegdagboek door de patiënt (met hulp van de hulpverlener) werd vergeleken met de aanbevelingen voor voeding en beweging en dat de patiënt hieruit conclusies zou trekken waar hij/zij het eerste mee aan de slag wil gaan. Deze goede voornemens zouden dan zou concreet mogelijk in het actieplan moeten worden geformuleerd. Uit de observaties blijkt dat dit nauwelijks werd gedaan, waardoor een goede evaluatie van de behandeling wordt bemoeilijkt: als het goede voornemen van de patiënt weinig concreet is zoals “minder tussendoortjes te eten” en de patiënt is bij het eerste vervolgconsult 2 kg afgevallen, wordt er al heel snel aangenomen dat het de patiënt heel goed lukt om minder tussendoortjes te eten. Het is dan ook de vraag of dit zo is en of het vol te houden is op lange termijn. Een voornemen als “minimaal 7 stuks fruit per week eten” is beter te beoordelen, hiervan kan gezegd worden of het wel of niet behaald is. Blijkbaar is het met de huidige materialen nog te moeilijk om het actieplan goed in te vullen, dit zal dan ook verbeterd moeten worden. Daarnaast zou het suboptimale gebruik van

het eet- en beweegdagboek wellicht ook verbeterd kunnen worden als er een goede ondersteuning van de behandeling is van een diëtist en fysiotherapeut/beweegconsulent.

Discussie

Er waren de nodige problemen met de werving van praktijken en met de metingen, waardoor er niet de aantallen consulten geobserveerd zijn en interviews gehouden zijn die beoogd werden. Desondanks geeft de pilot test een goed beeld van de bruikbaarheid van de materialen in praktijk en waar de materialen nog verbeterd kunnen worden.

Vrijwel alle deelnemers aan deze pilot test waren enthousiast over de materialen. De materialen zijn duidelijk na een korte instructie van maximaal een half uur en zijn te gebruiken tijdens normale consulten. De pilot test geeft de noodzaak aan van het duidelijk communiceren naar huisartsen en praktijkondersteuners dat het signaleren van overgewicht/obesitas en het peilen van motivatie een actie is die veel huisartsen relatief gemakkelijk eigen kunnen maken. Het ligt dichtbij hun normale gespreksvoering en dat het kan met een minimale tijdsinvestering.

Daarnaast laat de pilot ook duidelijk zien dat de aanwezigheid van een onderzoeker ondersteunend was voor de implementatie. Het is dan ook heel erg belangrijk dat er in het vervolgtraject veel aandacht wordt besteed aan het stimuleren van het gebruik van de MIS. Deze pilot test heeft aangetoond dat, met enkele kleine aanpassingen, de materialen er in ieder geval klaar voor zijn.

Referentielijst

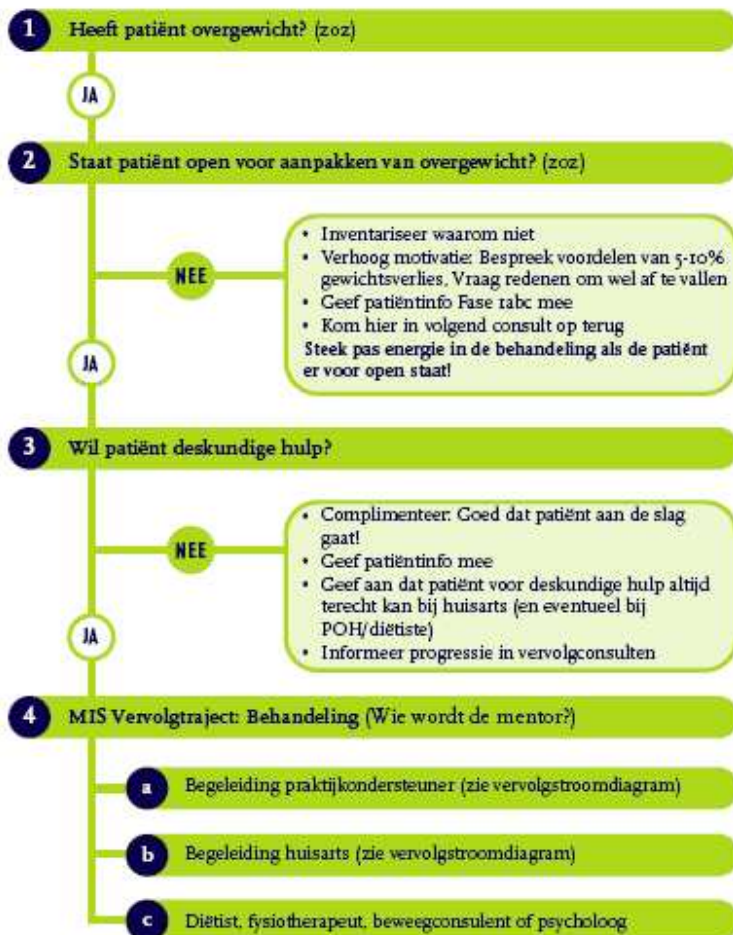
- CBO. (2007). "Conceptrichtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen." Retrieved Februari 2008, from http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/con_obesitas_2007.pdf/view.
- Fransen, G., G. Hiddink, et al. (2007, October). "Minimale interventie strategie voor volwassenen met overgewicht en Obesitas. De ontwikkeling van een MIS voor het aanpakken van overgewicht en obesitas in de huisartspraktijk." Retrieved 22-01-2008, from <http://www.cis.wur.nl/UK/Staff/Homepage+Gerdine+Fransen/>.

Laws, R. and T. Counterweight Project (2004). "A new evidence-based model for weight management in primary care: the Counterweight Programme." Hum Nutr Diet **17**: 191 - 208.

Bijlage 1 Signalering stroomdiagram

Signalering van overgewicht

voor patiënt die niet zelf met een hulpvraag komt



Dit stroomdiagram is bedoeld om snel te beslissen of een behandeling voor overgewicht of obesitas gestart kan worden. In het vervolgtraject wordt bepaald hoe deze behandeling eruit gaat zien. Een multidisciplinaire behandeling is altijd aan te bevelen, de 'mentor' zal de behandeling begeleiden.

1 Heeft de patiënt overgewicht?

Bereken BMI: lichaamsgewicht (kg) delen door lichaamslengte in het kwadraat (m²)
Buikomvang: meetlint om buik tussen onderste ribbenboog en heupbeen.

CBO Richtlijn Obesitas	Buikomvang	Comorbiditeit*
BMI (kg/m ²)	< 102 cm (m), < 88 cm (v)	> 102 cm (m), < 88 cm (v)
25-30 overgewicht		
30-35 obesitas gr. I		
35-40 obesitas gr. II		
>40 extreme obesitas		

- Algemene adviezen over leefstijl en gezonde voeding
- Combinatie leefstijlinterventies (dieet, lichamelijke activiteit en psychologische interventie)
- Combinatie leefstijlinterventies; overweeg medicatie**
- Combinatie leefstijlinterventies; overweeg medicatie**; overweeg chirurgie**

* Diabetes Mellitus type 2, hypertensie, cardiovasculaire aandoeningen, dyslipidemie, artrose, slaap apnoe of andere aan obesitas gerelateerde aandoeningen bijv. fertiliteitsproblemen bijv.
** Deze interventies pas overwegen indien gewichtsverlies met gecombineerde leefstijlinterventies onvoldoende effectief blijkt na 1 jaar (<5% gewichtsverlies)

2 Staat patiënt open voor de aanpak van overgewicht?

Om inzicht te krijgen in de 'readiness to change' kan de patiënt fase 1a van de patiënteninfo invullen. Of de huisarts kan hem de volgende vragen stellen.

A. Is de patiënt zich bewust van overgewicht en de gevolgen?

- Bent u tevreden met uw gewicht?
- Denkt u dat uw klachten iets te maken kunnen hebben met uw gewicht?
- Wist u dat een paar kilo minder al veel winst kunnen geven voor uw gezondheid?

B. Wil patiënt er energie in steken?

- Afvallen gaat vaak niet vanzelf. Wij hebben goede mogelijkheden om u te helpen bij het afvallen, maar u zult het zelf moeten gaan doen. Wat zegt u daarvan?
- Heeft u al eens vaker geprobeerd af te vallen? Wilt u het (nogmaals) proberen?

C. Suggesties wanneer een patiënt twijfelt

- PATIENT: Ik heb het al zo vaak geprobeerd > ARTS: We hebben nu een nieuwe methode.
- PATIENT: Dan moet ik streng lijnen en veel aanpassen, daar heb ik geen zin > ARTS: Ook kleine aanpassingen, bijvoorbeeld wat vaker de trap pakken, of meer fruit eten, kunnen al heel veel doen voor uw gezondheid. U bepaalt met de praktijkondersteuner wat u gaat doen.
- PATIENT: Na de vakantie begin ik > ARTS: Zou het niet fijn zijn als de praktijkondersteuner u kan helpen de vakantiekilos wat te beperken, en u toch kunt genieten van uw vakantie?
- PATIENT: Algemene twijfels > ARTS: Wij hebben nu een nieuwe methode, waarbij u samen met de praktijkondersteuner bekijkt hoe we dit aan kunnen pakken.

3 Hulp nodig?

Stimuleer het gebruik van deskundige hulp en ondersteun altijd waar mogelijk.

Bijlage 2 Vervolg stroomdiagram

Aanpak van overgewicht en obesitas



* Informeer ieder consult naar de progressie

** De termijn voor consultafspraken is indicatief: dit kan langer of korter zijn afhankelijk van de patiënt.

*** De plateau fase is de fase waarin het gewicht van de patiënt stabiel blijft ondanks adherence met het afvalplan. Bijna iedere patiënt ervaart zo'n fase, waarin extra aandacht voor het volhouden van het afvalplan nodig is, evt. met frequenter contact.

Om inzicht te krijgen in de 'readiness to change' kan de patiënt fase 1a van de patiënteninfo invullen. Of de huisarts kan hem de volgende vragen stellen.

Fase 1a: Wil de patiënt starten?

Bewustwording	Bent u tevreden met uw gewicht? Kent u de gevolgen van overgewicht?
Motivatie	Ervaart u gezondheidsklachten door uw gewicht? Zou u willen afvallen? Afvallen gaat vaak niet vanzelf. Wilt u er energie in steken? Wat zijn voor u redenen om af te willen vallen?
Historie	Heeft u al vaker geprobeerd af te vallen? Zo ja, hoe ging dat?
Vertrouwen in zichzelf	Denkt u dat het u zal lukken om af te vallen? Waarom wel/niet?

Fase 1b: Doelstelling

Hoeveel zou u willen afvallen? In hoeveel tijd?
Hoeveel kilo verwacht u af te kunnen vallen in 6 maanden?
En in de komende maand?

Fase 1c: Klaar voor de start?

Inzicht in oorzaken	Wat denkt u dat de oorzaak van uw overgewicht is?
Steun uit omgeving	Wat zal uw omgeving (uw partner, kinderen, broers, zussen, vrienden, etc.) ervan vinden als u gaat proberen af te vallen? Denkt u dat zij u zullen helpen of ondersteunen?
Barrières	Welke moeilijkheden verwacht u bij het afvallen?
Plan	Heeft u al een idee hoe u het afvallen wilt gaan aanpakken? Zo ja, hoe? Wat verwacht u van mij?
Eetpatroon	Is uw eetritme regelmatig?
Hoeveelheden eten	Vergelyk uw voeding met de aanbevolen hoeveelheden voedingsmiddelen. Waar ziet u verschillen?
Gezonde keuze	Welke voedingsmiddelen die u eet of drinkt zitten in de categorie 'bij voorkeur', 'middenweg', en welke 'bij uitzondering'?
Bewegen	Hoeveel beweegt u in het dagelijks leven?

Fase 2: Het actieplan maken

Inhoud actieplan	• Concrete en haalbare afspraken over wat de patiënt wil veranderen om gezonder te eten en meer te bewegen (bijv. ik ga minstens 3 keer per week 15 min. wandelen na het eten). • Oplossing voor verwachte moeilijkheden (bijv. als 't regent). • Tips hoe belonen als het lukt en wat te doen als het niet lukt (Niet opgeven, 't is normaal als 't niet meteen lukt, leer ervan) • Vul actieplan in en noteer gemaakt afspraken in dossier.
------------------	--

Fase 3: Het actieplan uitvoeren en Fase 4: Op gewicht blijven

Bijlage 3 Patiëntenvoorlichtingsmaterialen



Informatie voor patiënten

Afsprakenplanner	2
Fase 1	
A Wilt u starten?	3
B Bepalen van doelstelling of streefgewicht	7
C Klaar voor de start?	11
Extra informatie	19
Fase 2	
Uw actieplan maken	25
Fase 3	
Leven volgens uw actieplan	37
Fase 4	
Op gewicht blijven	47

Fase 1a		Afsprakenplanner	
	Datum	Tijd	Met wie?
Consult 1			
Consult 2			
Consult 3			
Consult 4			
Consult 5			
Consult 6			
Consult 7			
Consult 8			
Consult 9			
Consult 10			

Het is afhankelijk van hoe het gaat, hoeveel consulten nodig zijn: als het goed gaat hoeft u niet zo vaak te komen.

In principe kunt u uitgaan van ongeveer consulten en wordt u (voornamelijk) begeleid door uw huisarts / praktijkondersteuner. (streep door wat niet van toepassing is)

Fase 1a

Wilt u starten?

3

Fase 1a

Waarom afvallen?

De meeste mensen willen afvallen om er beter uit te zien.

Andere redenen voor veel mensen:

'Zodat mijn kleding beter past en ik kleding kan kopen in normale winkels'

'Zodat ik langer met mijn (klein)kinderen kan spelen zonder me moe te voelen'

'Zodat ik me wat fitter voel'

'Zodat ik comfortabeler kan zitten, bijvoorbeeld in de auto of in het vliegtuig'

Wat kunnen voor u redenen zijn om af te willen vallen?

4

Uw huisarts en/of de praktijkondersteuner hebben u gevraagd wat u vindt van afvallen omdat dit goed kan zijn voor uw gezondheid. Wist u dat u door een paar kilo's af te vallen minder kans hebt op het krijgen van:

- * een hartaanval,
- * diabetes (suikerziekte) (als u dat nog niet heeft), en
- * kanker?

Maar daarnaast kan een paar kilo's afvallen er óók voor zorgen dat uw gezondheid NU veel verbeterd. Het kan:

- * uw bloeddruk verlagen,
- * uw bloedsuiker verlagen als u diabetes hebt,
- * uw cholesterolgehalte in het bloed verbeteren,
- * uw rugpijn of gewrichtspijn verminderen,
- * uw ademhalingsproblemen verminderen.

Dit betekent dat u zich waarschijnlijk fitter voelt als u een paar kilo's afvalt en u wellicht zelfs minder medicijnen nodig heeft.

Fase 1a

Wilt u starten?

U beslist of u wilt starten met het aanpakken van overgewicht. Dit kaartje is bedoeld om u te helpen bij het maken van deze beslissing. Beantwoord de volgende vragen en bespreek uw antwoorden met uw huisarts of praktijkondersteuner.

Wat vindt u van uw gewicht? Bent u tevreden met uw gewicht?

Ervaat u gezondheidsklachten door uw gewicht? Zo ja, welke?

Zou u willen afvallen?

☐ Ja ☐ Misschien ☐ Nee, (nu) niet

Afvallen gaat vaak niet vanzelf, het kost veel energie. Wilt u die energie er in steken?

☐ Ja ☐ Misschien ☐ Nee, (nu) niet

Heeft u al vaker geprobeerd om af te vallen? Zo ja, hoe ging dat?

Denkt u dat het u zal lukken om af te vallen, heeft u er vertrouwen in? Waarom wel/niet?

Wilt u starten met de behandeling voor overgewicht? Waarom wel/niet?

☐ Ja ☐ Misschien ☐ Nee, (nu) niet

Fase 1b

Bepalen van doelstelling of streefgewicht

Fase 1b Bepalen van doelstelling of streefgewicht

Beantwoord de volgende vragen:

Hoeveel zou u af willen vallen?

Wanneer wilt u dit gewicht bereikt hebben?

Hoeveel kilo verwacht u af te kunnen vallen in de komende maand?

En in het komende half jaar?

Fase 1b Wat is voor u een gezond gewicht?

Een gewichtsverlies van 5 tot 10% van uw huidige gewicht in een half jaar tijd is een goed doel. Dit is voor veel mensen haalbaar. Meer afvallen maakt het vaak moeilijk om het gewicht er ook af te houden en kan ervoor zorgen dat u gaat "jojo-en", wat slecht is voor uw gezondheid. Bovendien kan met 5 tot 10% gewichtsverlies uw gezondheid al aanzienlijk verbeteren.

Allereerst is het belangrijk om gedurende een half jaar te proberen om deze 5-10% af te vallen, om daarna minimaal een half jaar te proberen dit gewicht ook eraf te houden. Als u wilt, kunt u daarna proberen opnieuw wat af te vallen.

Hardlopers zijn doodlopers: het is goed om te proberen niet meer dan een halve tot één kilo per week af te vallen. Het is heel normaal dat er weken zullen zijn waarom u niet of nauwelijks afvalt. Dit is niet erg, zolang u het maar niet opgeeft! Gewoon doorgaan met gezond eten en blijven bewegen is dan heel belangrijk. Uw huisarts/praktijkondersteuner zullen u hierbij helpen!

Doelstelling: Afvallen of niet meer aankomen?

Wellicht heeft u al vaker geprobeerd om af te vallen en ziet u er tegen op om opnieuw te beginnen. Of misschien spelen er nu andere dingen in uw leven, waardoor u besluit geen moeite te willen doen om af te gaan vallen. Zorgen dat u in ieder geval niet meer aankomt, kan dan ook een heel goed doel zijn. Immers, alleen al gezond eten en voldoende bewegen kan uw gezondheid al veel verbeteren, zelfs als u niet afvalt. Besluit samen met uw huisarts of praktijkondersteuner wat uw doelstelling is.

Fase 1b Wat is uw doelstelling?

Niet meer aankomen

Uw huidige gewicht:

Datum	Uw gewicht

Afvallen

Uw huidige gewicht:

5% van dit gewicht:

10% van dit gewicht:

Streefgewicht 6 mnd:

Datum	Uw gewicht

Fase 1c

Klaar voor de start?

Fase 1c: Ter voorbereiding

Beantwoord de volgende vragen:

Wat denkt u dat de oorzaak van uw overgewicht is?

Wat zal uw omgeving (uw partner, kinderen, broers/zussen, vrienden etc.) ervan vinden als u gaat proberen om af te vallen?

Denkt u dat uw omgeving u zal gaan helpen/ondersteunen?

☐ Ja ☐ Misschien ☐ Nee, (nu) niet

Denkt u dat het u lukt om af te vallen? Waarom wel/niet?

☐ Ja ☐ Misschien ☐ Nee, (nu) niet

Wat verwacht u dat wel eens moeilijk kan worden bij het afvallen?

Heeft u al een idee hoe u het afvallen wil gaan aanpakken? Zo ja, hoe?

Wat verwacht u van uw huisarts of praktijkondersteuner?

Fase IC

Eetdagboek

U kunt de tabellen op de volgende bladzijden invullen of een test doen op www.wateetenbeweegik.nl. Print het advies wat u dan krijgt uit en voeg dit bij in dit mapje.

Waarom een eetdagboek bijhouden?

Door het opschrijven van wat u eet en drinkt krijgt een goed beeld van wanneer, wat en waarom u eet en drinkt. Het geeft u aanwijzingen over wat u zou kunnen verbeteren. Mensen die goed een eetdagboek bijhouden slagen er vaker in om af te vallen en dat gewicht eraf te houden dan mensen die dat niet doen.

Het bijhouden van het eetdagboek

Vul de tabellen op de volgende bladzijden in:

- Houd in ieder geval voor 1 doordeweekse dag en 1 weekenddag bij wat u eet en drinkt. Als u wilt, kunt u het voor een aantal dagen meer opschrijven (bijvoorbeeld in een oud schrift), zodat u een nog beter beeld krijgt van wat u eet en drinkt.
- Schrijf iedere keer als u wat eet of drinkt precies op wat u eet en drinkt. Wacht niet te lang met opschrijven, want anders vergeet u misschien wel iets.
- Hoe eerlijker en preciezer u alles opschrijft, hoe meer informatie het u geeft. Met deze informatie kunt u bijvoorbeeld kijken naar wat u eet, wanneer u te weinig eet en wanneer te veel, op welke momenten u vaak last heeft van 'lekkere trek' en kijken hoe u dit kunt gaan verbeteren.

Fase 1c

Eetdagboek doordeweekse dag

Schrijf van 1 doordeweekse dag op wat u gegeten heeft. Schrijf op wat en hoeveel u heeft gegeten, hoe laat dit was en waar u op dit moment was. Schrijf ook op waarom u toen at, hoe voelde u zich op dat moment?

Tijdstip?

Wat en hoeveel?

Schrijf van rweekenddag op wat u gegeten heeft. Schrijf op wat en hoeveel u heeft gegeten, hoe laat dit was en waar u op dit moment was. Schrijf ook op waarom u toen at, hoe voelde u zich op dat moment?

*Waar?**Waarom?*

15

*Tijdstip?**Wat en hoeveel?*

16

17

Beweegdagboek

Schrijf van een normale week op hoeveel minuten u ongeveer beweegt per dag:

* Actiemomenten zijn bijvoorbeeld traplopen, dansen, stoeien of spelletjes zoals tikkertje doen met (klein)kinderen, rek- en strekoefeningen.

** Activiteiten rondom huis en tuin zoals poetsen, ramen zemen, stofzuigen, dweilen, tuinieren, auto wassen.

18

Fase I

Extra informatie

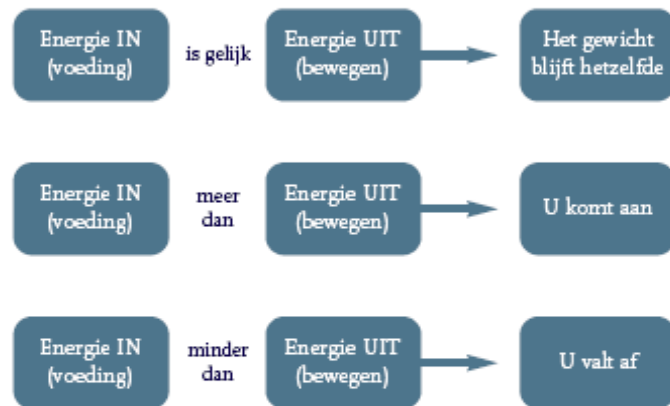
Fase I Wat houdt het aanpakken van overgewicht in?

- De behandeling wordt voor u op maat gemaakt en wordt u aangeboden via uw huisartsenpraktijk.
- Uw huisarts en praktijkondersteuner willen u graag helpen om (nog) gezonder te gaan eten en te bewegen gedurende langere tijd, zodat
 - u in ieder geval niet meer aankomt en wellicht zelfs 5 tot 10% van uw huidige gewicht kunt afvallen;
 - u na het afvallen niet weer opnieuw aankomt;
 - en uw gezondheid verbetert, voor nu en voor uw toekomst.
- Dus: NIET streng lijnen (voor korte tijd), maar gewoon gezond eten en bewegen (voor langere tijd). Dit is belangrijk voor iedereen (ook mensen die niet te zwaar zijn), dus uw hele gezin kan meedoen!
- Samen met uw huisarts of praktijkondersteuner bekijkt u wat u gaat doen. U bepaalt dit zelf en uw huisarts of de praktijkondersteuner helpen u hierbij. Als u wilt kunnen ook andere hulpverleners, zoals de diëtiste of fysiotherapeut, u helpen.

Uw huisarts of praktijkondersteuner kunt u vragen om thuis een paar kleine opdrachten te doen. Het doen van deze opdrachten zorgt ervoor dat u zoveel mogelijk uit elke bezoek aan de huisarts of praktijkondersteuner kan halen. Er blijft dan meer tijd over voor het stellen van vragen, het bespreken van wat u moeilijk vindt en het samen zoeken naar oplossingen.

Fase 1 Hoe komt het dat u overgewicht heeft?

Zoals een auto brandstof nodig heeft om te kunnen rijden, heeft u eten en drinken nodig. Eten en drinken geeft het lichaam energie (calorieën) om bijvoorbeeld te kunnen bewegen, uw hart te laten pompen, uw hersenen te laten werken, adem te kunnen halen en uw darmen te kunnen laten werken. Als we meer energie binnen krijgen met het eten en drinken dan het lichaam nodig heeft, dan zal het lichaam dat opslaan voor tijden waarin er minder te eten is. U komt dan aan:



Overgewicht ontstaat vaak niet in een nacht, maar is het gevolg van lange tijd te veel calorieën eten en te weinig bewegen.

Maar daarnaast kunnen ook andere factoren een rol spelen, bijvoorbeeld genetische factoren: bij sommige mensen zit het 'in de familie'. Dit betekent niet dat deze mensen er niets aan kunnen doen, maar dat betekent wel dat zij extra goed moeten oppassen om niet te dik te worden, omdat zij sneller last kunnen krijgen van overgewicht.

Waarom de één alles kan eten en de ander het gevoel heeft 'al aan te komen van water' is moeilijk te zeggen. Maar het is wel duidelijk dat gezond eten en voldoende bewegen voor **iedereen** goed is, zelfs als u er niet van afvalt. Dus door goed te kijken hoe u gezonder kunt gaan eten en meer bewegen kunt u al heel veel winst boeken voor uw gezondheid. Het zorgt er voor dat u in ieder geval niet verder aankomt en wellicht dat zelfs u afvalt.

Fase 1 Voorbeelden van gezonde dagmenu's

Op de menu's kan gevarieerd worden met behulp van A.4tje 'Hoe gezond eet u?'

Hoeveelheden voor een vrouw

Ontbijt	2 sneetjes volkorenbrood Dun besmeerd met dieethalvarine 1 plak 30+ kaas 1 kop koffie (bijv. met scheutje halfvolle koffiemelk en een zoetje)
Rond 10.30 u	1 kop koffie 1 volkorenknäckebröt Dun besmeerd met dieethalvarine Appelstroop
Lunch	1 glas karnemelk 2 sneetjes volkorenbrood Dun besmeerd met dieethalvarine 1 plak schouderham 1 kop thee
Rond 15.30 u	1 appel 1 kop thee
Diner	3 gekookte aardappelen met een beetje magere jus 4 groentelepels broccoli 1 tartaartje 1 schaalje magere yoghurt met ongeveer 10 verse aardbeien 1 glas water
's Avonds	1 kop koffie met bijvoorbeeld een plakje ontbijtkoek 2 glazen (mineraal)water of light frisdrank Eventueel bijvoorbeeld een handje Japanse mix

Hoeveelheden voor een man

Ontbijt	2 sneetjes volkorenbrood Dun besmeerd met dieethalvarine 1-2 plakjes kipfilet 1 kop koffie (bijvoorbeeld met scheutje halfvolle koffiemelk en een zoetje)
Rond 10.30 u	1 kop koffie 1 snee ontbijtkoek 1 banaan
Lunch	1 glas halfvolle melk 4 sneetjes volkorenbrood Dun besmeerd met dieethalvarine 1 plak schouderham 1 plak 30+ kaas 1 kop thee
Rond 15.30 u	1 appel 1 kop thee
Diner	1 kop heldere groentesoep 5 opscheplepels spaghetti met tomatensaus met bijvoorbeeld: champignons, paprika en prei en beetje rundergehakt 3 groentelepels (kornkommer)salade met magere (bijvoorbeeld zure azijn) dressing 1 glas water
's Avonds	1 kop koffie 2 glazen (mineraal)water of light frisdrank Eventueel bijvoorbeeld 1 glas rode wijn en een paar zoute stokjes

Fase 2

Uw actieplan maken

25

Fase 2

Actieplan

Wat is een actieplan?

Een actieplan is het plan dat u samen met uw huisarts of praktijkondersteuner maakt, waarin staat hoe u het afvallen gaat aanpakken. Het actieplan bestaat uit doelen die aangeven wat u wilt gaan veranderen in het eten/drinken of bewegen. Tijdens ieder consult kiest u twee of drie doelen (gewoonten die u wilt veranderen, bijvoorbeeld meer fruit eten) waarmee u na het consult aan de slag wilt gaan. Als u deze doelen gehaald hebt, maakt u in het volgende consult nieuwe doelen.

Hoe maakt u een actieplan (samen met uw huisarts en praktijkondersteuner)?

Voor het invullen van het actieplan kunt u de tabellen op de volgende bladzijden gebruiken.

1. U bekijkt uw eetdagboek (of de uitgeprinte adviezen van de website www.wateetenbeweegik.nl).
2. Vergelijk wat u eet en drinkt met de adviezen op het A4tje 'Hoe gezond eet u'. Waar kunt u uw voeding verbeteren?
3. Bekijk op welke dagen u meer kunt bewegen (dagen waarop u minder dan een half uur tot een uur beweegt).
4. Kies wat u graag als eerste wil gaan veranderen en vul in wanneer u hiermee gaat beginnen.
5. Bedenk hoe u zichzelf gaat belonen als het u het een tijdje heeft volgehouden. Geef aan wanneer u zichzelf dan gaat belonen. Beloon uzelf niet met eten en drinken, want dan zitten die gewonnen kilo's er zo weer aan!
6. Moeilijke momenten komt iedereen tegen, het is goed om hierop voorbereid te zijn. Bedenk wanneer u moeilijke momenten verwacht en bedenk alvast een oplossing.

26

Tips

- Vul het actieplan zo specifiek en gedetailleerd mogelijk in.
- Wees niet te streng en stel haalbare doelen; het veranderen van gewoonten is moeilijk, dus het hoeft niet meteen perfect te gaan. U kunt leren van de momenten waarop het minder goed gaat, zodat het in de toekomst beter gaat.
- Kies 2-3 doelen uit om te gaan veranderen, niet meer doelen tegelijkertijd. Kies eerst de gewoonten die het gemakkelijkst lijken om te veranderen. Als het veranderen van deze gewoonten goed gaat, kunnen 2-3 nieuwe doelen worden uitgekozen om mee aan de slag te gaan.
- Als u zichzelf heeft kunnen belonen, dan kan eventueel de lat wat hoger gelegd worden bijvoorbeeld i.p.v. 4 dagen 5 dagen per week fruit gaan eten.

Fase 2

Voorbeeld Actieplan

Eetgewoonten die ik ga veranderen

<i>Wat ga ik veranderen</i>	<i>Begin</i>	<i>Wanneer beloning</i>
-----------------------------	--------------	-------------------------

Aanpassen van het eten van de Basis hoeveelheden

<i>Ik ga meer fruit eten; ik neem 's middags fruit tijdens mijn pauze op minimaal 4 van de 5 werkdagen</i>	<i>Volgende week maandag</i>	<i>Als ik dit een maand volhoud</i>
--	------------------------------	-------------------------------------

Minderen van extraatjes

<i>Ik neem alleen in het weekend een koekje bij de koffie</i>	<i>Volgende week maandag</i>	<i>Als ik dit 2 weken volhoud</i>
---	------------------------------	-----------------------------------

Kiezen van voedingsmiddelen uit de 'bij voorkeur' categorie

<i>Ik ga 30+ kaas eten ipv gewone (48+) kaas</i>	<i>Komen de zaterdag</i>	<i>Als ik dit een maand volhoud</i>
--	--------------------------	-------------------------------------

Zorgen voor regelmaat in het eten

<i>Ik ga iedere dag ontbijten met een schaaltje magere yoghurt en muesli</i>	<i>Morgen</i>	<i>Als ik dit 2 weken volhoud</i>
--	---------------	-----------------------------------

Welke beloning	Probleem	Mijn oplossing
Dan trakteer ik mezelf op 'n bioscoop*	Als ik geen fruit mee-neem naar het werk	Ik neem in het begin van week fruit voor die week mee van thuis
Nieuw tijdschrift	De buurvrouw me een koekje aanbiedt	Zorgen dat ik goed gegeten heb, zodat ik minder trek heb
Kaartjes voor die voetbalwedstrijd*	Op verjaardagen waar een blokje kaas wordt aangeboden	Dan neem ik niet meer dan 1 blokje en eet overdag fruit/zoet op mijn brood ipv kaas
Een nieuw armbandje of kettinkje	Als ik laat ben voor mijn werk	Ik zet de avond daarvoor het schaalje en het pak muesli al klaar op het aanrecht

* Pas wel op met bijvoorbeeld de popcorn en dergelijke bij de bioscoop of de biertjes bij de voetbalwedstrijd.

Beweeggewoonten die ik ga veranderen

Wat ga ik veranderen	Begin	Wanneer beloning
Meer bewegen in het dagelijks leven		
Ik ga met de fiets de dagelijkse boodschappen doen	Morgen	Als ik dit 2 weken volhoud
Meer sporten		
Ik ga elke donderdag zwemmen	Komende donderdag	Als ik dit 1 maand volhoud

Welke beloning	Probleem	Mijn oplossing
----------------	----------	----------------

Meer bewegen in het dagelijks leven

Dan trakteer ik mezelf op een nieuwe fietstas	Als het regent	Dan wandel ik zodat ik mijn paraplu kan gebruiken.
---	----------------	--

Meer sporten

Koop ik 'n nieuwe gaai	Als ik geen zin heb	Afspreken om samen met iemand te gaan.
------------------------	---------------------	--



Fase 2 Uw persoonlijke actieplan Eetgewoonten

Consult 1, datum

Vul in totaal maximaal 2-3 doelen voor de eetgewoonten in.

Eetgewoonten die ik ga veranderen

Wat ga ik veranderen	Begin	Wanneer beloning
----------------------	-------	------------------

Aanpassen van het eten van de Basis hoeveelheden

--	--	--

Minderen van extraatjes

--	--	--

Kiezen van voedingsmiddelen uit de 'bij voorkeur' categorie

--	--	--

Zorgen voor regelmaat in het eten

--	--	--

32

Welke beloning	Probleem	Mijn oplossing
----------------	----------	----------------

Aanpassen van het eten van de Basis hoeveelheden

--	--	--

Minderen van extraatjes

--	--	--

Kiezen van voedingsmiddelen uit de 'bij voorkeur' categorie

--	--	--

Zorgen voor regelmaat in het eten

--	--	--

33

Fase 2 Uw persoonlijke actieplan Beweeggewoonten

Consult 1, datum

Vul in totaal maximaal 2-3 doelen voor de beweeggewoonten in.

Beweeggewoonten die ik ga veranderen

Wat ga ik veranderen	Begin	Wanneer beloning
----------------------	-------	------------------

Meer bewegen in het dagelijks leven

--	--	--

Meer sporten

--	--	--

Welke beloning	Probleem	Mijn oplossing
----------------	----------	----------------

Meer bewegen in het dagelijks leven

--	--	--

Meer sporten

--	--	--

Fase 3

**Leven volgens
uw actieplan**

Fase 3 Uw persoonlijke actieplan Eetgewoonten

Consult 2, datum

Vul in totaal maximaal 2-3 doelen voor de eetgewoonten in of pas de doelen van het vorige consult aan.

Eetgewoonten die ik ga veranderen

Wat ga ik veranderen	Begin	Wanneer beloning
----------------------	-------	------------------

Aanpassen van het eten van de Basis hoeveelheden

--	--	--

Minderen van extraatjes

--	--	--

Kiezen van voedingsmiddelen uit de 'bij voorkeur' categorie

--	--	--

Zorgen voor regelmaat in het eten

--	--	--

38

Welke beloning	Probleem	Mijn oplossing
----------------	----------	----------------

Aanpassen van het eten van de Basis hoeveelheden

--	--	--

Minderen van extraatjes

--	--	--

Kiezen van voedingsmiddelen uit de 'bij voorkeur' categorie

--	--	--

Zorgen voor regelmaat in het eten

--	--	--

39

Fase 3 Uw persoonlijke actieplan Beweeggewoonten

Consult 2, datum

Vul in totaal maximaal 2-3 doelen voor de beweeggewoonten in of pas de doelen van het vorige consult aan.

Beweeggewoonten die ik ga veranderen

Wat ga ik veranderen	Begin	Wanneer beloning
----------------------	-------	------------------

Meer bewegen in het dagelijks leven

--	--	--

Meer sporten

--	--	--

Welke beloning	Probleem	Mijn oplossing
----------------	----------	----------------

Meer bewegen in het dagelijks leven

--	--	--

Meer sporten

--	--	--

Fase 3 Uw persoonlijke actieplan Eetgewoonten

Consult 3, datum

Vul in totaal maximaal 2-3 doelen voor de eetgewoonten in of pas de doelen van het vorige consult aan.

Eetgewoonten die ik ga veranderen

Wat ga ik veranderen	Begin	Wanneer beloning
----------------------	-------	------------------

Aanpassen van het eten van de Basis hoeveelheden

--	--	--

Minderen van extraatjes

--	--	--

Kiezen van voedingsmiddelen uit de 'bij voorkeur' categorie

--	--	--

Zorgen voor regelmaat in het eten

--	--	--

42

Welke beloning	Probleem	Mijn oplossing
----------------	----------	----------------

Aanpassen van het eten van de Basis hoeveelheden

--	--	--

Minderen van extraatjes

--	--	--

Kiezen van voedingsmiddelen uit de 'bij voorkeur' categorie

--	--	--

Zorgen voor regelmaat in het eten

--	--	--

43

Fase 3 Uw persoonlijke actieplan Beweeggewoonten

Consult 3, datum

Vul in totaal maximaal 2-3 doelen voor de beweeggewoonten in of pas de doelen van het vorige consult aan.

Beweeggewoonten die ik ga veranderen

Wat ga ik veranderen	Begin	Wanneer beloning
----------------------	-------	------------------

Meer bewegen in het dagelijks leven

--	--	--

Meer sporten

--	--	--

Welke beloning	Probleem	Mijn oplossing
----------------	----------	----------------

Meer bewegen in het dagelijks leven

--	--	--

Meer sporten

--	--	--

Fase 4

Op gewicht blijven

Fase 4

Op gewicht blijven

Het veranderen van uw leefstijl (gezonder eten en meer bewegen) is de eerste grote stap bij het afvallen. Deze veranderingen volhouden en gezond blijven eten en voldoende bewegen als u uw streefgewicht hebt bereikt is de tweede grote stap. Om te zorgen dat u niet meer aankomt, zult u deze veranderingen moeten blijven volhouden.

Iedereen heeft wel eens een (kleine) terugval; een korte periode (een dag of een week) waarin het even niet lukt om gezond te eten of te bewegen zoals u gepland had in het actieplan. Dit is niet erg; u bent dan niet meteen terug bij af. Maar wat u doet als u zo'n terugval heeft, dat is belangrijk.

Wat te doen bij een terugval?

Bedenk hoe het komt dat u een terugval hebt. Mogelijke oorzaken van een terugval kunnen zijn:

- Sommige mensen gaan eten uit verveling of omdat ze zich niet gelukkig voelen, verdrietig zijn of last hebben van stress.
- Omdat u in situaties komt waarin het moeilijk is om de verleiding te weerstaan, bijvoorbeeld:
 - Op verjaardagen of feestjes waar familie of vrienden u lekkers aanbieden.
 - Wanneer u alleen moet eten en u geen zin hebt om te koken.
 - Het regent terwijl u gepland had om te gaan wandelen of fietsen.
 - Omdat u het druk had en geen tijd had om boodschappen te doen of om te gaan sporten.
- Als u uw streefgewicht heeft bereikt, lijkt het misschien wat minder belangrijk om goed op te letten dat u gezond blijft eten en voldoende bewegen. U bent er misschien minder bewust mee bezig en let er minder op. Maar let op: als u weer gaat leven zoals u deed voordat u met deze behandeling startte, komt u zeker weer aan, en wordt u misschien zelfs zwaarder dan u al was.

Als u weet hoe het komt dat u terugvalt, kunt u een oplossing zoeken, bijvoorbeeld hoe u omgaat met verleidelijke situaties. Bekijk hierbij ook eens opnieuw in uw actieplan.

Tips

- Houd uw gewicht in de gaten, en als u ziet dat u weer wat aankomt, neem dan contact op met uw huisarts of praktijkondersteuner. U kunt ook met de praktijkondersteuner afspreken om u regelmatig te blijven wegen op de praktijk.
- Schrijf opnieuw op wat u eet en hoeveel u beweegt en vergelijk zelf eens wat u kunt verbeteren of doe de test op de website www.wateetenbeweegik.nl
- Zoek steun in uw omgeving. Wellicht wil er iemand in uw familie of een vriend samen met u opletten om gezond te blijven leven.

Uw actieplan om op gewicht te blijven

Vul in

Wat gaat u doen om te zorgen dat u niet meer aankomt?

Hoe vaak gaat u zichzelf wegen (of u laten wegen in bijvoorbeeld de huisartspraktijk)?

Wat doet u als u toch (onverhoopt) wat aankomt?

Bijlage 4 Informatie over Gezonde Voeding

Hoe gezond eet u?

GEZONDE KEUZES:

Kies producten uit het vak "bij voorkeur", en zorg dat u in ieder geval de basis hoeveelheden eet.

WAT HEEFT U NODIG PER DAG?

Onderstaande basis hoeveelheden gelden voor personen tussen de **20-50 jaar** oud. De kleinste hoeveelheden zijn voor vrouwen, grootste voor mannen (bijv. 5 sneetjes brood voor vrouwen, 7 voor mannen). De hoeveelheden zijn zoals ze gegeten worden, dus bijv. gaar vlees, gekookte pasta en dergelijke.

BASIS HOEVEELHEDEN:

Deze basis hoeveelheden kunt u aanvullen met **extraatjes** (zoz):

5- 7 sneetjes	Brood
Dun besmeerd	Halvarine, margarine
1 plak	Kaas
2 glazen (400 ml)	Melkproducten
2 stuks (200 gr)	Fruit
Minstens 200 gr (4 groentelepels)	Groente
3- 5 stuks/ opscheplepels (150-250 gr)	Aardappelen, rijst, pasta
100-120 gr (bijvoorbeeld 1-2 plakken vleeswaar plus een klein stukje vlees)	Vleeswaren & Vlees, vis, kip, ei, of vlees- vervangers
Minimaal 1 ½ liter	Drinken

REGELMAAT:

Zorg dat u dagelijks ongeveer op dezelfde tijden eet.

VARIATIE:

Eet niet dagelijks hetzelfde, maar varieer, het liefst met producten uit de "bij voorkeur" categorie.

Vragen? Vraag het uw huisarts, praktijkondersteuner of diëtiste of kijk op www.voedingscentrum.nl

Bij Voorkeur	Middenweg	Bij uitzondering
Volkorenbrood, roggebrood, volkorenknäckebröd, volkorenkrentenbrood, brinta (zonder suiker)	Bruinbrood, volkorenbeschuit, ontbijtbiscuit, muesli zonder suiker	Wittebrood, krentenbrood, broodjes, croissant, beschuit, toast, cornflakes
Dieethalvarine	Halfvolle boter, dieetmargarine	Roomboter, margarine met meer dan 24gr verzadigd vet per 100gr
20+ of 30+ (smeer) kaas	40+ kaas	48+ of 60+ kaas (bijv. Goudse kaas, Maasdammer, brie, gorgonzola)
Magere melk, karnemelk, magere kwark, magere yoghurt, sojamelk	Magere chocolademelk, halfvolle melk, magere vla, magere vruchtenyoghurt	Volle melk, halfvolle en volle kwark, vla, yoghurt, milkshake, pudding, halfvolle vruchtenkwark
Alle soorten vers fruit	Fruit uit blik/pot, sinaasappelsap,	Appel-, peren-, druiven-, wortelsap, gedroogd fruit, appelmoes
Vers, diepvries of blik, gekookt, gestoomd of rauw. Zonder boter of saus.	-	-
Gekookte aardappelen, peulvruchten, volkorenmacaroni, volkorenspaghetti, zilvervliesrijst	Aardappelpuree, macaroni, spaghetti	Gebakken aardappelen, trites, witte rijst, rösti, aardappelkroket
Achterham, schouderham, rookvlees, rosbief, fricandeau, Kipfilet, casselerrib	Rauwe ham	Bacon, Cornedbeef, leverkaas/worst, salami, paté, alle soorten worst
Biefstuk, runderpoelet, magere runderlappen, tartaar, varkensfiletlappen, hamlappen, ongepaneerde schnitzel, kipfilet, Forel, verse paling, sardines, zoute haring, poon, zalm, gekookte tahoe en tempé, quorn	Entrecote, haaskarbonade, blinde vink, kip met vel, Baars, garnalen, kabeljauw, koolvis, krab, mosselen, schelvis, schol, tong, tonijn, zure haring, gekookt ei, vegetarische schnitzel, gebakken tahoe en tempé	Gehakt, hamburger, sucadelappen, klapstuk, schouderkarbonade, slavin, speklappen, rook- en braadvorst, kipburger, Vissticks, makreel, lekkerbekje, kibbeling, gebakken ei, noten
Water, light frisdrank, koffie en thee (zonder suiker)	Tomatensap, light vruchtensap	Frisdrank, vruchtensap

EXTRAATJES

De BASIS HOEVEELHEDEN heeft u nodig om alles binnen te krijgen wat uw lichaam nodig heeft (vitaminen, mineralen, voedingsstoffen). Zij zorgen ook voor een goed vol gevoel, zodat u minder trek heeft in iets ongezoets. Zorg dat u in ieder geval deze basis hoeveelheden eet.

Naast de basis hoeveelheden is er ruimte voor extraatjes. Deze extraatjes bevatten vaak géén belangrijke vitaminen of mineralen, maar wel veel extra calorieën. Dus, het eten van de extraatjes zorgt ervoor dat het moeilijker is om af te vallen of niet meer aan te komen!

Als u voor wat extraatjes wilt kiezen, kunt u het beste voor een extraatje uit de categorie "bij voorkeur" kiezen. Hier een aantal voorbeelden, kijk voor meer informatie op www.voedingscentrum.nl:

	Bij Voorkeur	Middenweg	Bij uitzondering
Ander broodbeleg	fruit (bijv plakjes appel, banaan, aardbei), groente (bijv. komkommer, radijs, tomaat), groentespread, jam, honing, (appel)stroop, sandwichspread	vruchtenhagel, gestampte muisjes, anijshagel, chocoladehagel, gekookt ei	chocoladevlokken, chocoladepasta, hazelnootpasta, pindakaas, kokosbrood, gebakken ei
Soep	heldere, magere, vetarme bouillon		gebonden soep, soep met toevoegingen zoals room, geraspte kaas, croutons, vet vlees, worst
Sausjes, jus en dressings	rode sauzen (bijv. ketchup, barbecueaus, schaschliksaus, chilijsaus), piccalilly, ketjap, magere jus van vet dat in de rij met voorkeur staat, saus op basis van pakje met minder dan 3 gram vet per 100 gram, dressing zonder olie	fritessaus en slasaus met 25% olie, yogonaise, satésaus, saus op basis van pakje met meer dan 3 gram vet per 100 gram	mayonaise, dressing met olie, fritessaus met 35% olie, gemiddeld vette jus, pesto, roux saus (bloem, margarine, melk of bouillon), zure room, halfroom, slagroom, crème fraîche
Koek en gebak	(volkoren)biscuitje, rijstwafellange vinger, café noir, kanee biscuit/beschuitje, (volkoren)ontbijtkoek	voedingsbiscuit, speculaas, eierkoek	gevulde koek, cake, stroopwafel, spits, vruchtenvlaai, kwarkgebak, slagroomgebak, crèmegebak
Snoep	(suikervrije) kauwgom, drop, pepermunt, spekkie, zuurtje, walgum, rozijnen/ krenten	toffee, bonbon	candybar, chocola
IJs	waterijs		consumptie-ijs, roomijs, softijs
Snacks	bitterbal, kipnugget	kroket, klein huzarenslaatje	minipizza loempia, frikadel, bamibal, saté met saus, saucijzenbroodje, worstenbroodje
Noten, zoutjes, kleine snacks	Japane mix, zoute stokjes, augurken/uitjes in zoetzuur	croepoek, popcorn, wikkels, blokje kaas, blokje worst, zonnebloempitten, studentenhaver	noten, pinda's, (light) chips, tortillachips
Alcoholische dranken			(alcoholvrij) bier, wijn, sherry, jenever en andere sterke dranken

Bijlage 5 Samenvattingen van de geobserveerde consulten

- o P=patiënt, H=huisarts, POH=praktijkondersteuner - o Bij de meeste hulpverleners is één consult geobserveerd, maar bij drie hulpverleners zijn er meerdere consulten geobserveerd. In dat geval zijn de consulten genummerd (consult 1, consult 2 etc). - o Iedere huisarts en praktijkondersteuners is gevraagd om de samenvatting te verifiëren en eventueel aan te vullen in een schriftelijke reactie. Deze reactie van de huisartsen en praktijkondersteuner wordt na iedere samenvatting (in letterlijke bewoording) gepresenteerd.
Observaties Consulten met huisartsen
Datum: 17-03-2008; consult 1 Consultduur: 10 minuten; vrouwelijke patiënt, 46 jaar, BMI onbekend, geen comorbiditeiten P komt met een pijnlijke voet, er is een kind op haar voet gevallen. Na lichamelijk onderzoek blijkt de pees geïrriteerd te zijn. H zegt “even iets heel anders, omdat wij mee doen aan een onderzoek over overgewicht. Ik zie dat u overgewicht heeft.” P zegt ja en lacht. H zegt “een gemene vraag?” P zegt “ja, het klopt wel, ik weet het. Ik weet zelf heel goed waar het aan ligt en probeer al meer te sporten en te fietsen. Het lukt me aardig zo, ik ben er wel mee bezig.” H zegt dat ze het aangeeft omdat ze nu met een nieuwe methode starten en dat de POH haar zou kunnen begeleiden als ze dat zou willen; “om je te laten weten dat je ook prima bij ons terecht kan, als je hulp wilt hebben.” P antwoordt dat ze dat ook wel weet. Ze eindigt het gesprek (tijdens het afscheid nemen) met de opmerking “en zo ontevreden ben ik ook nog niet, hoor.” Consult 2; Consultduur: 10 minuten, mannelijke patiënt, 50 jaar, BMI onbekend, geen comorbiditeiten P komt voor uitslag op zijn borst, rug en benen en wordt door de huisarts verwezen naar de dermatoloog. H zegt “even iets heel anders, er loopt hier een onderzoek naar overgewicht en het viel me op dat u ook wat overgewicht heeft.” P zegt “ja, behoorlijk ja.” H vraagt “bent u tevreden met uw gewicht? Zegt u daar wil ik wel wat mee doen?” P vertelt dat een paar jaar geleden 12kg is afgevallen, maar dat hij zich niet beter voelde, hij vond het vervelend dat hij allemaal nieuwe pakken moest kopen omdat zijn kleding niet meer paste. Hij is nu niet veel aangekomen, hij woog 105-106 kg en is altijd wel wat te zwaar geweest, maar nu is hij stabiel 92 kg. P is tevreden en is blij met wat hij bereikt heeft en zegt dat dit voor hem al heel wat is. Hij let wel op en zegt “ik weet ook wel dat ik er zo nog 10kg vanaf kan krijgen, maar dat wil ik niet.” H zegt dat hij trots mag zijn op wat hij bereikt heeft. Consult 3; Consultduur: 10 minuten, mannelijke patiënt, 57 jaar, BMI onbekend, comorbiditeiten: cva (1993, nu goed hersteld maar nog wel last van epilepsie), hypercholesterolemie, diabetes P komt met verdenking bronchitis. P vraagt waarom ik observeer waarop de H vertelt dat het gaat om overgewicht. P vertelt dat hij ook onder behandeling is van de internist en bij de internist gewogen wordt, dat hij graag van de 92kg naar de 88 zou gaan, en dat hij al veel is afgevallen: hij startte met een gewicht van 118kg. Hij zegt dat let op het bewegen en zijn dieet, maar dat het bewegen moeilijk is om op te brengen. P vraagt wat de insteek van de huisarts is. H geeft aan dat zij hem ook kunnen begeleiden bij het afvallen maar dat dat dubbelop zou zijn. P antwoordt dat zijn neuroloog en internist het goed in de gaten houden, maar dat het fijn is om te horen dat hij ook bij de huisartspraktijk terecht kan. Hij zegt dat het nu lastig is om op bezoek te komen omdat hij nu niet mag rijden vanwege zijn epilepsie, maar dat hij het in gedachten houdt. Hij geeft ook aan dat hij goed gemotiveerd is omdat hij in de Maartenskliniek wel wat gezien heeft “daar word je niet vrolijk van”, en hij daar niet meer terecht wil komen. Conclusies: MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld: - o Alle patiënten waren niet gemotiveerd voor begeleiding van de huisartspraktijk, maar reageerden allemaal wel bevestigend op het probleem van overgewicht. - o Hoewel de huisarts niet de link tussen klachten en het gewicht heeft gebruikt om over het gewicht te beginnen, kon ze gemakkelijk het probleem van overgewicht ter sprake brengen veelal door te refereren naar een nieuw onderzoek en had ze niet meer tijd nodig dan een normaal consult. - o De materialen zijn niet gebruikt, hoewel het signalering stroomdiagram wel in grote lijnen gevolgd is. <i>Reactie Huisarts: Ik vind de samenvattingen helder en correct. Ik heb er eigenlijk niets aan toe te voegen.</i>

Datum: 12-03-2008

Consult 1; Consultduur: 10 minuten, vrouwelijke patiënt, 43 jaar, BMI onbekend, Comorbiditeit: pijn in knie (was ook de aanleiding voor het consult), COPD/ astmatische bronchitis, urine-incontinentie

P komt op met pijn in haar knieën. Na lichamelijk onderzoek en anamnese zegt H dat het waarschijnlijk littekenweefsel is wat haar pijn veroorzaakt en legt dit uit. H zegt dat het haar opvalt dat ze x-benen heeft, maar dat dit vertekend kan zijn door haar overgewicht. H zegt “is dat niet een mooie aanleiding om het eens over het overgewicht te hebben, want dat gewicht draag je toch allemaal met je mee, ook op je knieën.” P antwoordt dat ze dat weet en dat ze al 18 kg is afgevallen in het afgelopen driekwart jaar. H geeft complimenten en vraagt hoe ze dat gedaan heeft, P antwoordt dat ze begonnen is samen met de diëtiste en dat ze het nu alleen doet. Het gaat goed.

Consult 2; Consultduur: 10 minuten, vrouwelijke patiënt, 51 jaar, BMI onbekend, Comorbiditeit: astma, hypertensie

P komt met klachten van benauwdheid en vermoeidheid. H doet lichamelijk onderzoek en anamnese. H zegt “wat een rol kan spelen is het gewicht. Heb je daar al eens aan gedacht om daar iets aan te doen?” P zegt dat ze met sonjabakkeren al 15 kg is afgevallen. P zegt dat het goed gaat, dat ze het wel moeilijker vindt in het weekend en dat ze doordeweeks strenger voor zichzelf kan zijn. H zegt “onze praktijkondersteuner kan je hierbij begeleiden, wist je dat?” Dat wist ze niet. Er wordt afgesproken om over 1 maand terug te komen bij H om medicatie te bespreken (ze krijgt nu een dubbele dosis). Er zijn geen afspraken gemaakt over het gewicht, de patient zegt dat ze er over na zal denken.

Consult 3; Consultduur: 15 minuten, vrouwelijke patiënt, 67 jaar, BMI onbekend, Comorbiditeit: hypertensie, verdenking agina pectoris in verleden

P komt voor pijn in de heupen, heeft veel pijn. Ze is bij fysiotherapie geweest maar zegt dat dit niet geholpen heeft en wil graag een verwijzing. Na lichamelijk onderzoek besluit H te verwijzen voor verder onderzoek (maken van een foto). P geeft aan dat ze iedere dag een half uur naar het kerkhof wandelt. H zegt dat dat heel goed is, “wat samenhangt met de heup is het gewicht.” P geeft aan dat ze dat wel weet maar dat het haar nog niet gelukt is. H vraagt waarom niet. P zegt dat ze veel verjaardagen enzo heeft gehad de laatste tijd. H vraagt of ze hulp zou willen hebben. P zegt van wel en H legt uit dat de praktijkondersteuner haar daarbij kan helpen. P zegt dat ze in verleden wel bij een lijnclub heeft gezeten, maar dat ze moeilijk vindt om vol te houden daarna. H geeft aan dat het of ze kan afvallen of niet, het sowieso goed is om gezonder te eten en meer te bewegen. Ze spreken af om een afspraak met de praktijkondersteuner te maken voor over 3 weken. H meet de bloeddruk, deze is hoger dan de vorige keer. H geeft aan dat als ze wat af kan vallen dit ook goed kan zijn voor haar bloeddruk, hoewel dat wel een lange adem kan vragen. De praktijkondersteuner zal ook haar bloeddruk in de gaten houden.

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o De huisarts gebruikt in ieder consult de link tussen de klachten waarmee de patiënt komt en het gewicht.
- o Twee van de drie patiënten waren al veel afgevallen voor dit consult en stonden niet open voor begeleiding via de huisartspraktijk, de derde wel.
- o Naast de geobserveerde consulten heeft de huisarts al meerdere keren de MIS toegepast en een aantal patiënten verwezen naar de praktijkondersteuner (waarvan 2 geobserveerd bij de praktijkondersteuner).
- o De materialen worden niet fysiek gebruikt tijdens de consulten, maar het signaleringstroombiagram wordt wel in grote lijnen gevolgd.

Reactie Huisarts: De samenvatting van de consulten vind ik prima.

Datum: 7-03-2008

Consultduur: 20 minuten, vrouwelijke patiënt, 49 jaar, BMI 41, lengte 1.75m, gewicht 112.7kg, middelomtrek 115cm, nuchter bloedglucose 5.7, Comorbiditeit: leververvetting. In het 1^e consult was het boekje al meegegeven, observatie van het daaropvolgende consult.

H vraagt hoe het gaat. P vertelt over ski-vakantie, ze is na een burn-out weer rustig aan, opbouwend aan het werk. P zegt dat ze al veel verder is dan wat er in het boekje staat. Ze zegt dat ze niet het idee heeft dat ze te weinig beweegt en vertelt wat ze doet aan beweging. H complimenteert P met het netjes invullen van het beweegdagboek. H zegt dat ze vorige keer besproken hebben dat ze streeft naar 25 kg afvallen voor de kerst, “ik heb getracht dat bij te stellen, wat vind je daar nu van?” P antwoordt dat ze met dat gewicht nu in haar hoofd zit.

H rekent dat 5% of 10% van 112 kg zou betekenen dat het streefgewicht richting de 100 kg zou gaan. “en toen hebben we gezegd laten we nu eens proberen om met je verjaardag, eind september, onder de 100 te zitten. Dus daar waren we op dit moment uitgekomen” H bekijkt het boekje, P heeft aangegeven dat ze denkt dat de oorzaak van haar overgewicht zit in haar bouw, te veel eten en te weinig bewegen. H zegt dat ze weet dat het hele gezin mee doet met gezonder eten. P verwacht van huisarts steun in de rug en een stok achter de deur. H vraagt of ze preciezer kan zeggen hoe ze dat zou willen. P zegt “om mij te motiveren, gemotiveerd te houden.” H zegt “en wat moet ik daarvoor doen?” P zegt “me zeggen of ik op de goede weg ben, en zeggen dat gaat goed en dat kan beter.” P vertelt over het eten op de ski-vakantie en geeft aan dat ze er wel op gelet heeft op vakantie. Ze heeft snoepjes gekocht voor in de auto, maar bewust een kleinere zak en snoepjes die ze zelf niet zo lekker vindt. H vraagt waarom ze die dan toch gekocht heeft. P geeft aan voor haar dochter, want het is toch een lange reis. H vraagt haar of ze door heeft dat het in Nederland normaal is om iets te snoepen als we ons vervelen, terwijl dat helemaal niet zo hoeft te zijn. P zegt dat ze zoiets pas in de krant las, dat het vroeger inderdaad veel minder normaal was om zoveel eten op tafel te zetten als er bezoek komt in vergelijking met nu. P geeft aan dat ze bewust met eten bezig is en H complimenteert P. H bekijkt het eetdagboek en vraagt of het goed is vol te houden. P zegt van wel, maar zegt ook dat ze zichzelf af en toe iets toestaat, waarbij ze wel naar gezondere dingen zoekt, die ze ook lekker vindt. H kijkt naar het actieplan en ze bespreken de steun van thuis: haar dochter doet mee en ze spreekt haar man er nu vaker op aan dat hij ook het goede voorbeeld moet geven. H vraagt of er nog dingen zijn waar ze naar moeten kijken, waarbij P aangeeft of ze misschien nog iets moet doen met de verwijzing naar de diëtiste. H geeft aan dat in het actieplan de termen misschien ipv van “wat wil ik veranderen” moeten worden “wat wil ik vasthouden” omdat het goed gaat. H geeft aan dat ze haar graag wil begeleiden, maar geen stok achter de deur is. P stelt vragen over het peil houden van haar stofwisseling en of een appel een goed tussendoortje is om haar bloedsuiker op peil te houden (ipv een mueslibroodje). H zegt dat een appel prima is, en dat ze dit soort vragen zeker ook met de diëtiste eens moet overleggen. P geeft aan dat ze het A4tje over de voeding nog een beter gaat bekijken en zich gaat concentreren op het vasthouden van deze goede weg. Vervolgafpraak over 2 weken. P vraagt of ze gewogen wordt, H zegt dat als ze dat wil dat kan, maar dat het gewicht niet het belangrijkste is, dat ze zich moet concentreren op gezonder eten, en dat je bovendien het afvallen het eerst ziet in de middelomtrek. Materialen gebruikt: patiënteninfo en A4tje over Gezonde Voeding.

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- H neemt de antwoorden uit de patiëntinfo door en vraagt ter verdieping hierop door.
- H volgt de volgorde van behandelfasen zoals aangegeven in de patiënteninfo.
- Het actieplan wordt niet concreet ingevuld in dit consult omdat de patiënt al op de goede weg is en door gaat, dit gaat proberen vast te houden.

Reactie Huisarts: Ik denk dat het belangrijkste er wel in staat.

Datum: 17-03-2008

Consultduur: ? minuten, was wel langer dan 10 minuten, waarschijnlijk een dubbel consult., vrouwelijke patiënt, leeftijd, BMI en comorbiditeiten onbekend

P komt samen met haar moeder en heeft een brief van een fysiotherapeut bij zich. Fysiotherapeut vindt dat ze verder moeten kijken naar de oorzaak van haar klachten. Ze spreken af dat H overlegt met haar reumatoloog. H zegt “heb je zelf ideeën ontwikkeld hoe je klachten veroorzaakt zijn?” P vertelt dat ze er last van heeft met het op de fiets stappen, ze zegt dat ze misschien te veel gelopen heeft en iets heeft geforceerd. Moeder geeft aan dat ze altijd al meer wil doen dan ze aankan, H vraagt waarom. P geeft aan dat ze vroeger graag sportte ter ontspanning. H vraagt of ze lekker in haar vel zit, P antwoordt van niet, ze heeft geldproblemen omdat ze al 2 jaar geen werk heeft en dat ze last heeft van veel spanningen. Verder voelt ze zich in de steek gelaten door de UVW en wil ze financiële hulp. H en P bespreken de eventuele relatie tussen haar klachten en deze problemen/spanningen. H zegt “nu even iets heel anders” en bespreekt mijn aanwezigheid bij dit consult en vertelt over de MIS. Hij vraagt “ben je tevreden over je gewicht?”, waarop moeder en dochter beide zeggen “nee”. P zegt dat ze de laatste tijd veel is aangekomen. H vraagt of dat iets te maken heeft met haar klachten. P antwoordt in eerste instantie met “nee”, maar zegt daarna “ja misschien toch wel.” H vraagt wat ze in het verleden al gedaan heeft, P vertelt dat ze boulimie gehad heeft maar dat ze dat nu onder controle heeft. H vraagt aan wat voor programma ze wel eens mee gedaan heeft. P antwoordt “vanalles, ik eet niet veel hoor, in het weekend eet ik meer, het is wisselend.” H vraagt “hoeveel kcal eet je per dag?”, P zegt dat ze dat niet weet, maar zegt dat ze er wel bewust mee bezig is en bijvoorbeeld wel verpakkingen leest in de supermarkt. H herhaalt wat hij gehoord heeft: “je zegt dat je wel zou willen afvallen”. P geeft aan dat ze nu 71kg weegt en graag naar de 62 zou willen en dat ze anders beweegt aan de hand van bootcamp (een beweegvideo), maar dat dat nu te zwaar is. H zegt “dus jij bent redelijk gemotiveerd, en moeder?” Moeder zegt dat ze ook wel graag zou willen maar dat ze in verband met knieklachten niet veel kan. H vraagt wat ze al gedaan heeft. Moeder antwoordt dat ze minder is gaan eten, dat ze 10kg eraf heeft

gekregen maar dat er nu weer 4kg erbij zit. H vraagt hoe dat komt, moeder antwoordt door de spanningen. H vraagt of ze het samen willen gaan doen, ze antwoorden “ja, graag”. H vertelt dat ze dan naar de praktijkondersteuner worden verwezen en vraagt of ze dan bij de balie een afspraak met haar willen maken. Na afloop van het consult wordt een afspraak gemaakt voor over 2 weken met de POH en krijgen ze een mapje van de POH. De POH vraagt of de fase 1 willen invullen.

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o Hoewel de materialen niet fysiek gebruikt zijn, worden wel een aantal belangrijke vragen uit de MIS gesteld en is de motivatie goed gepeild.

Datum: 7-03-2008

Consultduur: 3 minuten, vrouwelijke patiënt, leeftijd, BMI en comorbiditeiten onbekend. Observatie van het toepassen van signaleren van overgewicht en peilen motivatie door de huisarts bij een praktijkondersteuner.

H opent het gesprek met “[naam P], jij bent hier naar toegekomen met een aantal fenomenen, maar daarnaast is het denk ik ook belangrijk om iets te doen met je gewicht. Is dit iets waar je je de laatste tijd al mee bezig bent geweest op de een of andere manier?”. P zegt “Ja, langer dan de laatste tijd.” H vraagt naar wat ze al gedaan heeft, waarop P zegt dat ze een module probeert te vinden om in gewicht te verminderen. H vraagt waar ze dan tegenaan loopt. P zegt dat het veel energie kost, en dat het naar haar idee zit in het bewegen. H zegt “dat de verbranding niet hoog genoeg is, dat je bewegingspatroon ontoereikend zou kunnen zijn?” P bevestigt en zegt dat het in combinatie met haar medicatie dat het probleem is. H zegt “Dan is er een andere methode gevonden, om te kijken of we het gewicht, of we het op een andere manier kunnen aanpakken. Want het blijkt dat heel veel mensen die het op eigen houtje aanpakken tegen dit soort dingen aanlopen. Herken je dat? Merk je dat in je omgeving op?” P bevestigt, H zegt dat het ook veel mensen grote stappen nemen, “herken je dat?” P zegt “ja” en H vraagt door “wat herken je daarin dan?” P denkt dat de doelen te hoog gesteld worden, en dat die doelen op zich wel gehaald worden, maar dat er na het behalen van die doelen er nog een leven is. H geeft aan dat als 10% van je lichaamsgewicht het doel is waar je naar toe gaat en je dat op een rustige manier bereikt, de resultaten op lange termijn gunstiger blijken te zijn. H introduceert de MIS: “we hebben daar hier in de praktijk een strategie voor gekregen., vind je het goed dat we daar eens naar kijken?” P vindt dit een goed idee, H vraagt “zullen we dat zelf doen, of zullen we het door de assistente laten doen?”. De voorkeur van P gaat naar de assistente. H geeft aan deze verwijzing te regelen en vraagt of zij dan een paar keer naar de assistente wil gaan en over een maand of drie weer terug te komen bij de huisarts om te kijken hoe het gaat. P zegt “ja, graag.”

nabespreking H en onderzoeker:

Volgens P heeft de huisarts een prettige manier van gespreksvoering, hij is niet sturend in zijn antwoorden, waardoor je voelt dat de keuze helemaal bij jezelf ligt. Huisarts geeft aan dat hij gewend is om methodisch te werken, waarbij veel nadruk ligt op het goed uitvragen van de vraagstelling (nagaan welke problemen/vragen er liggen achter de hulpvraag van de patiënt).

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o Keuze om te starten met de begeleiding ligt heel duidelijk bij de patiënt. Patiënt gaf meteen aan wel met afvallen bezig te zijn en open te staan voor behandeling, motivatie was snel duidelijk.
- o Hoewel de materialen niet fysiek zijn gebruikt, is de MIS wel uitgevoerd zoals bedoeld. Blijkbaar sluit de methode wel aan zoals de huisarts al normaal gesproken werkt. De huisarts heeft in korte tijd ook al meerdere patiënten (4) doorverwezen naar de assistente om te starten.

Reactie Huisarts: Prima verslaglegging van consultvoering en MIS procedure.

Datum: 5-03-2008

Consultduur: 15 minuten, mannelijke patiënt, 55 jaar, BMI 31.5, gewicht 106 kg, lengte 1.83m, Comorbiditeit: leververvetting (was ook de aanleiding voor het 1e consult)

H start het gesprek door aan te geven dat het om overgewicht gaat en vraagt heeft u er zelf al over nagedacht. P geeft aan dat hij graag zo’n 15 kg wil afvallen, over langere termijn (een half jaar tot een jaar). In het verleden is hij al eens 15 kg afgevallen, maar in korte tijd en hij vermoedt dat ze er daarom zo weer aanzaten, hij heeft dus ervaring met jojo-en. H legt uit dat je met jojo-en moet oppassen voor spierafbraak, en dat het gaat om meer gaan bewegen en gezonder eten. H vraagt “welke problemen verwacht je?”. P zegt dat hij moeite heeft zich aan strakke regels te houden. H zegt dat deze methode uitgaat van kleine stapjes tegelijkertijd en geen strakke regels stelt, het gaat om gedragsverandering en op een manier die bij je past. P geeft aan dat hij nu te voet naar het werk

gaat, maar sindsdien is aangekomen. H geeft aan dat dat waarschijnlijk toeval is, en dat bewegen altijd belangrijk is, zelfs als je niet afvalt.

H bekijkt de vervolgstroomdiagram en zegt dat er 2 keuzes zijn: 1) de diëtiste of 2) mis methode. H legt uit de mis uitgaat van kleine stapjes tegelijkertijd, dat de patiënt een infopakket mee krijgt, en dat hij kleine doelen zelf gaat stellen. H gaat naar het actieplan en zegt dat de patiëntinfo een voorbeeld hiervan geeft. H zegt dat wandelen naar het werk zo'n doel is wat een goed voorbeeld is van de doelen in het actieplan. H pakt A4tje over gezonde voeding en zegt dat iedereen een andere energiebehoefte heeft: een kort persoon versus een lang persoon of een marathonloper of iemand die weinig beweegt bijvoorbeeld. P maakt een opmerking over ontbijten, waarop h zegt dat dat wel heel belangrijk is om goed te ontbijten (niet alleen met een crackertje). H maakt grapje: Pak een glas wijn en een zak borrelnoten en kijk dit boekje eens door. Kom over 2 weken terug en stel 2 doelen die je wil veranderen". Afspraak voor over 2 weken wordt gemaakt.

Materialen die gebruikt zijn: voornamelijk de patiëntinfo, het A4tje over gezonde voeding, en in mindere mate de stroomdiagrammen.

Nabespreking H en onderzoeker:

Er hing een luchtig, ontspannen sfeertje tijdens het consult. H geeft aan dat zij het belangrijk vindt dat mensen het echt voor zichzelf doen en niet omdat zij het zegt. Ze vindt het ook belangrijk dat ze informatie kan geven en heeft het gevoel dat de patiënt dat wil horen, bijvoorbeeld over dat jojo-en.

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o Eetdagboek en beweegdagboek zijn niet ter sprake gekomen, ze begon meteen met actieplan, omdat ze inschatte dat deze patiënt wel heel slim is en gemotiveerd.
- o Concrete afspraak gemaakt dat patiënt zelf 2 doelen gaat verzinnen en snel weer terug komt om dit te bespreken.
- o H heeft veel informatie verstrekt en een aantal vragen gesteld (zie bovenstaande)

Verbeterpunten MIS nav van observatie:

- H heeft een aantal stappen van de MIS snel genomen of overgeslagen, maar ik verwacht dat dit met name komt door het nog niet bekend zijn met de materialen. Wellicht dat het oefenen met de materialen en daarop concrete feedback krijgen (in bijvoorbeeld een training/nascholing) dit al zou kunnen verbeteren. Verder geen verbeterpunten nav observatie.

Reactie Huisarts: Ik kan me vinden in je verslag van het consult en van de nabespreking. Het komt overeen met mijn eigen herinnering.

Datum: 28-02-2008

Consultduur: 20 minuten, mannelijke patiënt, 56 jaar, BMI 31.5, gewicht 92 kg, lengte 1.70m,

Comorbiditeit: artrose (was ook de aanleiding voor het 1e consult). In het 1^e consult was het boekje al meegegeven, observatie van het daaropvolgende consult.

H neemt samen met P het boekje door, wat P heeft ingevuld. P zegt dat hij gemotiveerd is, wil graag afvallen om zich fitter te voelen en omdat hij dat mooier vindt om wat slanker in het gezicht te zijn. Hij heeft zichzelf als doel gesteld 5 a 10 kilo af te vallen gedurende het komende half jaar tot jaar. P geeft aan dat hij niet wil dat het afvallen zijn leven gaat beheersen.

Eetdagboek wordt doorgenomen, P lijkt redelijke kennis van voeding te hebben door zijn werk: voorproever, en lijkt zich redelijk bewust van zijn voeding. H geeft extra informatie mee over de voeding (foldertje schijf van vijf van voedingscentrum). H geeft complimenten over zijn voeding waarop P reageert door te zeggen: "maar ik denk dat het beter kan." H geeft aantal praktische tips over het eten, om bijvoorbeeld meer groente te eten en paprika klein snijden terwijl de kant en klare maaltijd warm wordt in de magnetron. P reageert positief op tips en zegt dat hij er nog zo over nagedacht had. P is alleenstaand met een (volwassen?) zoon. H adviseert om het met kleine stapjes tegelijk aan te pakken, kleine verbeteringen die haalbaar zijn in het dagelijks leven van meneer om gezonder te gaan eten.

Het beweegdagboek is niet ingevuld en komt niet ter sprake in dit consult.

Het actieplan heeft P nog niet ingevuld, hij vond dit lastig. Hij zegt dat hij gewoon moet opletten op wat hij koopt en wat hij eet op het werk. H gebruikt hierbij zinnen als "wat zou u op het werk anders kunnen doen?" "heeft u voor uzelf helder wat u wel en wat u niet gaat doen?". P reageert door te zeggen dat het bedenken wat te doen het halve werk is en noemt ook dat het wellicht handig is om tegen collega's te vertellen dat hij op zijn gewicht let, maar zegt ook dat hij daar mee op moet passen omdat sommigen je daar mee kunnen pesten.

H vat tussendoor samen: u weet dat u wilt afvallen, u weet waar u op moet letten, u bent geïnteresseerd in gezond eten. H geeft de vervolgacties aan: over 2 weken terug komen, opschrijven waar u keihard aan wil gaan

werken. P reageert door te zeggen: ja gewoon meer opletten op het werk, minder snoepen. H zegt dat “het blijkbaar niet gewoon is en niet zo gemakkelijk want anders had u het al gedaan”. P gaat concreet opschrijven wat hij precies wil gaan doen. Hierbij komt het actieplan uit het boekje niet meer ter sprake. P stelt nog een paar vragen: “hoeveel moet ik drinken en wat moet ik dan drinken”, waarop H wederom schijf van vijf folder erbij pakt. P vraagt wat betekent MIS, H legt uit. En zegt dat obesitas toch die mensen zijn die veel dikker zijn dan hij, dat hij toch geen obesitas heeft, waarop zijn BMI berekend wordt en hij wordt geconfronteerd met het feit dat hij wel obesitas heeft. Hij reageert door het te nuanceren en te zeggen: maar een klein beetje boven de 30 dus toch niet zo erg, waarop H reageert met: nee we gaan het niet wegwuiven maar u zit wel boven de 30, maar onder de 30 komen lijkt me haalbaar (het is geen verloren zaak). P wordt gewogen aan einde van consult, gewicht genoteerd in klappertje, moest wel even zoeken naar juiste pagina.

Nabespreking H en onderzoeker:

Na afloop van gesprek geeft H aan te twijfelen aan zijn motivatie, of hij er wel echt iets voor over heeft om te gaan veranderen. Als ik niet geobserveerd had, had H waarschijnlijk daar wat dieper op ingegaan, maar ze dacht dat dat nu misschien minder interessant was voor mij en dat P hier wellicht minder goed op zou reageren, daarom toch rustig aan begonnen met bespreken van het actieplan.

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o Beweegdagboek overgeslagen, bewegen niet genoemd, blijkt later omdat P in 1^e consult al aangaf dat iedereen altijd over dat bewegen zeurt en hij daar niets over wil horen. H heeft dat voor nu dus even laten zitten.
- o Actieplan had meer gebruikt kunnen worden tijdens het bepalen van strategie.
- o Informatie over voeding werd niet gebruikt, maar folder die H vaker gebruikt (die wist ze te vinden en de andere (nog) niet)
- o Stroomdiagrammen zijn in dit consult niet gebruikt, alleen patiënteninformatie.
- o Motiverende gespreksvoering werd toegepast.

Verbeterpunten MIS nav van observatie:

- Term MIS uitleggen in patiënteninfo
- Term obesitas uitleggen in patiënteninfo
- Opzoeken van info in patiëntklapper moet gemakkelijker, wellicht met tabbladen?

Reactie Huisarts: Correcte samenvatting, geen aanvullingen

Observaties Consulten met praktijkondersteuners

Datum: 14-03-2008

Consultduur: 15 minuten, mannelijke patiënt, 66 jaar, BMI 31.4, gewicht 92 kg nu (startgewicht 95kg), Comorbiditeit: hypercholesterolemie (onder controle). 3^e consult in het kader van de MIS, vorige keer 1 kg afgevallen, hij laat de ongezonde tussendoortjes weg, en is afgesproken dat hij een eetdagboekje bij gaat houden.

P was afspraak vergeten en komt te laat na een telefoontje, in de haast is hij het mapje vergeten. POH vraagt hoeveel dagen hij het eetdagboek heeft bijgehouden, P antwoordt “de hele week”. POH vraagt wat hem is opgevallen. P antwoordt dat hij “het zo kan opnoemen, dat hij moet letten op de tussendoortjes en opletten op het vet”. POH vraagt wat dat voor hem inhoudt. P vertelt dat hij het A4tje over gezonde voeding heeft bekeken en zag dat hij maar één keer iets uit de categorie “bij uitzondering” gebruikt. Hij probeert nu vaker de gezondere producten te kiezen. POH geeft complimenten. P geeft aan dat hij de basis hoeveelheden gezonde voeding zoals beschreven op het A4tje niet haalt. POH vraagt wat hij dan eet, P noemt dit op. Hij noemt dat hij geen boter op zijn brood smeert en geen suiker in zijn koffie doet, geen melkproducten gebruikt. POH en P bespreken de voeding. POH vraagt of hij geen honger heeft als hij de tussendoortjes weg laat. P zegt van niet. POH vraagt wat hij doet als hij toch honger heeft, P antwoordt dat hij dan een crackertje of iets dergelijks pakt, en dat hij elke dag ongeveer hetzelfde eet. P wordt gewogen en is 2 kg afgevallen. POH zegt dat het hard gaat en vraagt wat zijn doel was. P antwoordt 5% in een half jaar, ongeveer 7 kg. POH vraagt “denkt u dat het vol kunt houden, ook op de lange termijn?” P antwoordt bevestigend, en zegt “als ik weer mijn streefgewicht bereikt heb kan ik misschien wel weer een blokje kaas”. POH waarschuwt P dat dit wel een valkuil is. P antwoordt dat het hem vaak niet lukt om meer dan 4kg eraf te krijgen, dat hij dan altijd blijft hangen. POH geeft aan dat elke kg winst is voor zijn gezondheid en dat hij misschien helemaal niet meer moet willen afvallen. P geeft aan dat hij toch wel graag naar de 85 zou willen. Ze spreken af om eerst te kijken hoe het verder gaat. Er wordt een vervolgspraak voor over 2

weken gemaakt.

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o Hoewel de patiënt het boekje was vergeten, wist de POH nog goed de structuur van de MIS te volgen en ging ze in op de voeding.
- o P heeft weinig kennis van voeding en laat een aantal misconcepties zien, waarop de POH goed ingaat (hoewel er waarschijnlijk meer tijd nodig is voordat deze misconcepties de wereld uit zijn).

Reactie POH: Wat mij betreft heb je een goede samenvatting gemaakt van het gesprek, ik kan me erin vinden.

Datum: 11-03-2008

Consultduur: ? minuten, vrouwelijke patiënt, 50 jaar, BMI 43, gewicht 126 kg, lengte 1.72m, Comorbiditeit: hypertensie (aanleiding voor het consult, huisarts heeft MIS (signaleringsstroombiagram) toegepast en verwezen naar POH), dit is 2^e consult bij POH in kader van MIS.

POH opent het gesprek door te vragen wat de P nog is bij gebleven van de vorige keer. P antwoordt dat ze meer is gaan wandelen. POH vraagt “en wat vindt u daarvan? En voelt dat goed?”. P zegt dat het goed bevalt, dat ze wel wat pijn in haar knie heeft maar ze aan het veranderen is. POH vraagt hoeveel ze beweegt per dag. P somt op dat ze op de trimfiets zit, dat ze wandelen, dat ze nu de kleinkinderen te voet uit school haalt, dat het goed voelt. POH zegt dat ze gezegd heeft dat ze te weinig om handen heeft en vraagt of ze daar nog verder over nagedacht heeft. P geeft aan dat ze 1 keer per week naar het koor gaat en nu daar ook te voet naar toe gaat, maar haar hobby is tv kijken. POH vraagt naar de camping, of ze daar ook kan wandelen of zwemmen met haar man. P zegt dat ze wel van plan is daar te gaan wandelen, maar zwemmen niet want ze vindt dat omkleden zo vervelend. POH vraagt of ze het afvallen ook besproken heeft met anderen in haar omgeving en P geeft aan dat ze dat gedaan heeft, dat ze haar steunen. POH vraagt of ze zich al fitter voelt, maar P zegt dat ze pas 2 weken bezig is en het nog niet merkt. POH vraagt “bent u wel trots op uzelf ” (voor het meer bewegen), wat de P bevestigt. POH vraagt naar het eten en regelmaat in het eten, maar daar heeft ze nog geen tijd voor gehad om daarop te letten. Het is druk met de kleinkinderen, als ze hen te eten geeft dan eet ze zelf niet. Ze zegt dat ze dat misschien toch maar eens moet gaan doen. POH laat het A4tje over gezonde voeding zien, P zegt die 5 sneden brood dat haal ik echt niet. POH legt het A4tje uit en legt uit dat regelmaat belangrijk is en ook om gezonde tussendoortjes te pakken, “om te voorkomen dat u tussendoor gaat snoepen”. P zegt dat dat al beter gaat. POH vraagt of ze al wat afgevallen is, waarop P zegt dat ze dat niet verwacht, omdat ze afgelopen weekend naar de camping is geweest en chinees heeft gegeten. POH vraagt naar haar concrete plannen voor de voeding: “wat zou u dan gaan eten voor het ontbijt?” P: “1 snee brood”, POH: “met wat erop?”. Op deze manier neemt de POH de hele dag door. P geeft aan dat ze slecht fruit eet, POH vraagt waarom. P geeft aan dat als het op lijstje staat dat ze het dan wel zal doen. Ze heeft het vroeger ook wel zo gedaan, maar heeft het nu weer losgelaten, en moest gewoon weer er even aan herinnerd worden. P is wel gemotiveerd om af te vallen, want haar zoon gaat trouwen en ze wil mooi op de foto's staan. P wordt gewogen en is een halve kilo aangekomen (126.1 naar 126.5) sinds het eerste consult. POH vraagt “valt het tegen?” P zegt dat het viel te verwachten na het uit eten. POH vraagt of P met het A4tje uit de voeten kan. POH neemt samen met P boekje door, P schrijft iedere dag op wat ze eet. Ze spreken af voor de volgende keer, het bewegen verder uit te breiden, het boekje door te nemen en het A4tje te bekijken. POH vraagt aan P hoe ze het vond om het hier over te hebben, waar P positief op reageert. POH vraagt naar haar echtgenoot, P zegt dat hij er niet zo veel om geeft en het voor haar meedoet. POH zegt “denkt u er maar eens over na wat u leuk vindt om te gaan doen”. P reageert “ik vind niet zo veel leuk, maar ik denk er over na.” Haar zoon vraagt haar nu mee als hij de hond gaat uitlaten, POH zegt dat erg leuk is en vraagt wat er gebeurd als hij dat niet meer zou doen. P zegt dat ze dan niet meer gaat, of misschien met mijn man. POH geeft complimenten dat het goed is dat ze zo wandelt en vraagt wanneer zij weer terug wil komen. P zegt dat ze 4weken te lang vindt, dat ze een stok achter de deur nodig heeft, dat ze anders pas 1 week voordat ze terug moet begint te lijnen. POH vraagt “u doet het toch wel voor uzelf?” P zegt dat ze heel graag wil afvallen voor haar zoons trouwdag. POH vraagt of haar man het volgende consult mee komt zoals afgesproken, P zegt ja.

Materialen die gebruikt zijn: patiënteninfo en A4tje

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld.

Reactie POH: een opmerking; vlg de MIS is het derde consult toch na 3-4 weken ? Daarom vond ik in eerste instantie de 2 wekentermijn van mevr kort. Verder geen opmerkingen.

Datum: 10-03-2008

Consultduur: 20 minuten, mannelijke patiënt, 61 jaar, BMI 32.7 (start), gewicht 86 kg nu (startgewicht 26-02-2008 89kg), lengte 1.65m, Comorbiditeit: diabetes. Dit is 2^e consult bij POH in kader van MIS.

POH opent het gesprek door te zeggen “we hadden afgesproken de vorige keer dat u wat huiswerk zou maken”. P laat een aantal printjes zien waarop hij van aantal weken precies heeft bijgehouden wat hij gegeten heeft. POH vraagt “jij hebt wel wat gehad aan het voorbeeld wat hierin zit?”, ja, P houdt sonja bakker aan. Hij houdt bloedsuikers bij en ziet dat zijn suikers gezakt zijn naar onder de 10. Hij houdt het goed in de gaten dat hij geen hypo krijgt en is voorbereid op een eventuele hypo. POH geeft compliment over de voeding. P zegt dat het moeilijk is, vooral ’s avonds, en dan gaat hij maar vroeg naar bed. POH zegt dat het lichaam er ook even aan moet wennen (aan minder eten). P wordt gewogen en lengte gemeten, de patiënt is 3 kg afgefallen sinds het vorige consult. POH zegt dat ze het vorige keer over het streefgewicht gehad hebben, P streeft naar 15kg gewichtsverlies gedurende een jaar, en zegt “of denkt u dat ik dan te hard ga”. POH antwoordt “nou 8kg in half jaar lijkt me nog wel te doen, maar het hoeft niet hard te gaan, beter langzaam”.

P vertelt dat hij geen brood kan eten voor het ontbijt en nu yoghurt pakt en dat hij groente en fruit nu erg lekker vindt, en kabeljauw lekker vindt maar duur is. POH bladert de patiënteninfo door en vraagt of het bewegen nog goed gaat. P vertelt dat veel met de hond wandelt maar dat dat moeilijker wordt als hij moet werken (hij is internationaal vrachtwagenchauffeur). POH leest in patiënteninfo dat hij moeilijkheden vooral ’s avonds verwacht en dat hij als oplossing ziet om vroeg naar bed te gaan en veel water te drinken. P zegt dat hij nu al merkt dat hij veel minder insuline kan spuiten, hij controleert zijn bloedsuiker regelmatig. Hij wil gaan proberen om ’s morgens niet meer te spuiten, omdat zijn bloedsuiker ’s morgens al laag is. POH adviseert om dit ook eens met diabetes verpleegkundige te overleggen. POH vraagt hij het met zijn echtgenote gaat. P zegt dat zij mee doet, maar dat hij niet goed weet hoe het afvallen bij haar gaat omdat zij dit erg voor zichzelf houdt. POH zegt “eens kijken wat we voor de volgende keer kunnen doen, want je merkt, ik ben heel erg tevreden.” POH zoekt naar pagina om het gewicht in te vullen, er wordt een vervolgspraak voor over 3-4 weken gemaakt zoals het stroomdiagram aangeeft. POH vult deze datum in bij het actieplan i.p.v. van bij de afsprakenplanner.

Onderzoeker vraagt aan einde van consult aan patiënt wat hij van de patiënteninfo vindt. P zegt dat hij het goed vond, bruikbaar. Vooral de voorbeelddagmenu’s vindt hij handig, het valt hem op hoeveel je mag hebben en dat je daar enorm op kan variëren. Hij vindt het fijn om concrete voorbeelden te krijgen en recepten en dat vindt hij fijn aan Sonja bakker. Hij zegt dat hij dit mist bij de diëtiste, dat de diëtiste tegen hem zegt dat hij zoveel koolhydraten mag en dan moet gaan tellen. Hij zegt dat liever dat Sonja Bakker heeft, omdat je dan niet moeilijk hoeft te doen, niet hoeft te denken en wel kan variëren op haar recepten.

Materialen die gebruikt zijn: patiënteninfo en vervolgstroomdiagram (in mindere mate).

Conclusies:

- MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:
 - o POH bespreekt goed de antwoorden van de P uit de patiënteninfo.
 - o Hoewel er wel naar het actieplan wordt gekeken, worden er geen concrete afspraken gemaakt over wat de P precies gaat veranderen, het actieplan wordt niet ingevuld. Dhr gaat door met wat hij al aan het doen was en dit gaat goed.

Reactie POH: het is altijd moeilijk om precies terug te halen hoe het consult verlopen is wanneer je het zelf voert maar ik denk dat de samenvatting in grote lijnen goed weergeeft hoe het consult verlopen is.

Datum: 18-03-2008

Consultduur: 15 minuten, vrouwelijke patiënt, 40 jaar, BMI 45.4, gewicht 112 kg, Comorbiditeit: COPD

POH introduceert de MIS en geeft P het boekje. POH zegt dat ze het boekje mee naar huis mag nemen en vraagt of ze Fase 1 thuis wil invullen, ze loopt het boekje samen met P door. POH vraagt of ze het eetdagboek goed wil invullen en zegt dat ze de volgende keer dan de doelen gaan afspreken. POH geeft aan dat het bedoeling is dat ze 1 of 2 doelen gaat stellen en niet 6 en dat het bedoeling is doelen te stellen die ze langdurig kan volhouden. Als dat lukt dan kunnen ze eventueel kijken of het uitgebreid kan worden naar nieuwe doelen. POH geeft aan dat het niet voor een korte periode geldt, maar voor de langere termijn. P zegt dat ze liefst volgende week al 50 kg eraf heeft (maar beseft wel dat dat niet lukt) en dat ze veel ‘gedieet’ heeft en dat het soms voelt als een echte straf. POH geeft aan dat ze te streng voor zichzelf is en dat dit geen dieet is, dat het niet de bedoeling is dat ze gaat lijnen, maar dat het langzaam gaat. Dat ze doelen voor zich zelf gaat stellen. POH en P bekijken het A4tje over gezonde voeding, P zegt dat ze het meeste wel eet uit de categorie “bij voorkeur”. POH vraagt of ze al begonnen is. P zegt dat ze wat feestjes heeft gehad. POH zegt “maar de vorige keer was je bijna 4 kg kwijt.” P zegt dat ze het niet weet want ze gaat thuis nooit op de weegschaal staan, maar dat ze wel had gemerkt dat ze die broek die te klein geworden was ze nu weer aan kon. P wordt gewogen en is wederom 1 kg kwijt en weegt nu 108kg. P zegt dat ze doordeweeks heel streng voor zichzelf kan zijn maar de weekenden moeilijk vindt. POH zegt dat ze er desondanks toch een kilo er af heeft. P geeft aan dat ze de MIS nog wil proberen en als het niet helpt ze een maagbandje wil. Ze heeft zichzelf tot het einde van het jaar gegeven om dat te beslissen. POH

adviseert haar om hierover ook al van tevoren met de huisarts te overleggen. P geeft aan dat veel mensen om haar heen ook een maagbandje hebben en ze goed de voor en nadelen met deze mensen aan het bespreken is. POH adviseert haar om ook veel te lezen hierover. P zegt dat ze alle diëten al wel gevolgd heeft, en dat dit het laatste is. Vervolgafpraak voor over 2 á 3 weken, P grapt dat ze dan de feestjes weer achter de rug heeft. P vertelt dat ze zich nu veel beter voelt, beter slaapt en weer langzaam aan het werk gaat. De vervolgafpraak wordt ingevuld in de afsprakenplanner.

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o Het boekje wordt stap voor stap doorgenomen met de patiënt en het lijkt duidelijk voor de patiënt wat ze moet gaan doen. De MIS wordt goed geïntroduceerd en uitgelegd aan de patiënt.
- o De patiënt lijkt voldoende gemotiveerd om te willen afvallen, al lijkt ze ook heel hoge verwachtingen te hebben.

Reactie POH: Het verslagje van jouw observatie klopt in grote lijnen vlgs mij wel.

Datum: 11-03-2008

Consultduur: 25 minuten, vrouwelijke patiënt, 39 jaar, BMI onbekend, gewicht 101 kg, Comorbiditeit: hypertensie

POH zegt “u bent door de huisarts gevraagd om hier te komen. Kun je aangeven waarom en wat je al is verteld?” P vertelt dat ze al langere tijd klungelt met haar hoge bloeddruk, haar vader is overleden aan een hartkwaal, en ze zegt “ik ben nog jong en eens kijken wat ik nu kan doen om het voor te zijn... en toen kreeg ik bij de dokter de vraag van “nou zou u er iets voor voelen? Ik vind het eigenlijk wel prima zo, het zit echt wel in de weg en dat ik denk het kan wel wat minder, maar ik weet niet of dat ik het volhoud, ik ben echt wel iemand die van wat lekkers houdt, maar ik wil het proberen. POH vraagt of ze al eens iets heeft ondernomen, P vertelt dat ze bij de diëtiste geweest, ze weet niet meer wanneer. P geeft aan dat het in de familie zit om dikker te zijn, ze hoeft ook niet superdun te zijn, al vindt ze dat er best 20kg vanaf kan. POH vraagt of ze voordelen ziet van afvallen, P geeft aan dat ze dan mooiere kleding aankan, maar dat ze dat niet het belangrijkste vindt. Ze doet het echt voor haar gezondheid, niet voor het uiterlijk, daar heeft ze geen last van, en kan ook nog wel mooie kleding kopen in grote maten. POH geeft compliment dat ze goed de link legt tussen haar hoge bloeddruk en overgewicht. POH vraagt naar de diëtiste en wat zij zei. P zegt “ ik moest een bepaald dieet gaan volgen en dat ik schijnbaar niet zo goed kan doorzetten” P zegt dat ze heel goed weet waar het aan ligt, ze zegt dat ze veel beweegt, ze “altijd bezig met iets te doen en zit nooit aan tafel, dus ik beweeg heel veel, maar chocola... en die koekjes”. Ze vertelt verder over de voeding (ze drinkt nooit frisdrank, alleen bij de friet, wat ze “maar één keer per week eten”, alleen ranja of water of koffie of thee met suiker (“want dat vind ik lekker, maar ik kan de thee wel zonder suiker drinken hoor”). POH reflecteert “je zegt ik weet het wel” P zegt “ja ik weet het allemaal heel goed, maar de uitvoering...” POH vraagt hoe het gekomen is, door de zwangerschap? P zegt dat ze toen onderdruk had, en dat ze nu wel een hoge bloeddruk heeft maar niet de klachten ervan ervaart. POH vraagt een aantal dingen zoals over haar werk, hoeveel kinderen ze heeft en of ze regelmatig eet. P geeft aan dat ze rond 16.00u honger krijgt, waarop POH aangeeft dat dat een normale tijd is om honger te krijgen en dat daarom wordt aanbevolen om 3 hoofdmaaltijden en 3 kleine tussendoortje te eten. P geeft aan dat ze allergisch is voor appels en dat alleen banaan lust. POH vat samen, zegt dat ze gemotiveerd is vanwege haar gezondheid, “en dan is het een kwestie van wat pakken we als eerste aan, je geeft aan het snoepen, maar van de andere kant ook de gewoon gezonde voeding. Wat zou je als eerste willen aanpakken?” P grapt “is er geen pilletje dat ik die eerste 5kg zo kwijt ben?” P vindt sporten veel te duur, dat wil ze best, ze fietst iedere dag, en wil een hondje gaan kopen. POH adviseert om één ding te kiezen om eens mee te beginnen. POH adviseert om bijvoorbeeld de suiker uit de thee weg te laten, ze praten over melk, zoetjes in plaats van suiker, light frisdrank en kaas. Ze spreken af dat ze de suikers (uit de suikerpot) staan en dat ze magere producten gaat nemen, over 3 weken terug komen. P wordt gewogen. P vraagt naar pilletjes tegen de honger, heeft ze vaker gehad, maar weet niet meer of dat werkte. POH geeft aan dat het aan haar is, of ze het op eigen kracht gaat doen of ze naar iets gaat grijpen buiten zichzelf. P wil het eerst het zo proberen. POH vertelt over 5-10% afvallen dat dat gezondheidswinst geeft, dat dat voor de bloeddruk aanzienlijk kan verlagen. “ik zou het prettig vinden als je over een half jaar een 5-6 kg eraf kan krijgen en eraf houden”. P geeft aan dat ze minder moet drinken, POH geeft praktische tips hierover. P heeft gelezen over een ballonnetje inslikken dat ze daarmee afvalt en ze dacht “dat is het maar toen zeiden ze dat het niet werkt”, dus ik moet het toch op mijn eigen houtje doen en de kilo's er ook af houden. POH geeft de patiënt info mee, en zegt “lees het maar eens door, bespreken we dat de volgende keer”. P geeft aan dat ze dit niet tegen haar partner en familie gaat vertellen, omdat dat druk geeft. POH zegt dat ze moet doen waar ze zichzelf prettig bij voelt. POH herhaalt wat ze hebben afgesproken (suikers laten staan, magere producten, drinken, regelmaat).

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o Patiënteninfo wordt aan het einde van het consult geïntroduceerd, en vluchtig uitgelegd.
- o POH stelde (zonder de materialen te gebruiken) wel de vragen zoals in MIS aangegeven, en heeft de motivatie goed geïnventariseerd, zoals bedoeld in de MIS.

Consult 2; Consultduur: 20 minuten, vrouwelijke patiënt, 40 jaar, BMI 34.9, gewicht 91 kg, lengte 1.70m, Comorbiditeit: angina pectoris

POH zegt “overgewicht is de reden dat u hier bent?” P antwoordt dat ze dat heeft, sinds een paar jaar, omdat ze ze sindsdien medicijnen slikt en zich geestelijk niet goed voelt. “voordat ik het in de gaten had zat er 20kg bij”. POH vraagt of ze last van haar gewicht heeft. P antwoordt dat ze zich niet lekker voelt, “mensen zeggen tegen je dat je dik bent geworden”, dat ze het voelt aan haar kleding en dat ze omdat ze zich niet lekker voelt, ze wat meer gaat eten en zo in een vicieuze cirkeltje terecht komt. POH vraagt wat ze al geprobeerd heeft, waarop P vertelt dat ze een persoonlijkheidsstoornis heeft en dat neemt nog wel eens de overhand, dat ze vooral ’s nachts boterhammen en melk gaat eten. Ze zegt “ik weet waar het zit, maar de uitvoering... Het lukt me gewoon niet” Ze is vroeger bij een diëtiste geweest, maar daar kon ze maar 1 keer per maand terecht, “dat werk gewoon bij mij niet, 1 keer per maand”, nu doet ze aan Sonja Bakker. Ze heeft soms vreetbuien en weet dat ze een eetstoornis heeft. POH geeft aan dat ze daar niet veel verstand van heeft en dat dat eigenlijk een specialist vereist maar dat ze wel wil helpen voor zover ze kan. POH vraagt naar het streefgewicht, P zegt dat ze graag wil beginnen met 5 kg eraf dit jaar, ze wil graag stoppen met roken, maar daarvoor wil ze eerst afvallen om wat meer speling te hebben. P wordt gewogen. POH zegt “ik wil voorstellen om het streefgewicht goed af te bakenen, wat je de komende 3 maanden kwijt wil zijn.” POH introduceert de patiënteninfo: “ik zou graag 2 doelen willen stellen”, POH bladert in het boekje op zoek naar de vragen, vraagt of P deze vragen willen beantwoorden. POH zegt “ik hoop dat je het niet als falen ziet als je eens terugvalt”. P reageert door te zeggen dat ze “het thuis best wel eens moet horen, van ik zal wel eens kijken of dat dat wel mag van Sonja”. POH vraagt of ze hen wil vragen of ze haar positief kunnen willen steunen, P antwoordt dat ze dat ook wel doen, maar haar reactie is moeilijk door haar stemmingsstoornissen. P geeft aan dat ze het prettig vindt als POH streng tegen haar is. POH zegt dat ze zelf moet aangeven wat ze gaat doen en wat je nodig hebt. POH geeft compliment over hoe ze dan reageert op de opmerkingen van het gezin en geeft advies om op te schrijven hoe ze dan reageert, zodat ze dat later nog een terug kan kijken en zien wat ze allemaal al goed doet. P geeft aan dat het misschien ook wel goed is als ze eens precies opschrijft wat ze eet. POH zegt dat ze graag wil helpen, dat ze boekje maar eens moet bekijken, haar streefgewicht bepalen en 2 dingen moet kiezen waar ze aan wil werken. P ziet in boekje staan “dat je je fitter voelt” en geeft aan dat ze laatste tijd ook wel met haar ademhaling zit en dat dat ook voor haar wel een belangrijke reden is om het te gaan doen. POH vraagt naar bloedwaarden en diabetes in de familie. P antwoordt “ja mijn vader, hebben ze bij ook als een getest, maar dat heb ik niet.” P zegt dat ze het fijn vindt dat de dokter er iets van zei. Vervolgafpraak voor over 2 weken. P vraagt wat POH vindt van Sonja Bakker, POH antwoordt dat ieder dieet als het gevarieerd en volwaardig is het op zich prima is, maar dat het toch gaat om het volhouden, het gewicht behouden. Wellicht kan P stukken van het dieet inbouwen in haar gewoonten, kan ook winst zijn. P zegt dat het haar houvast geeft, hoor ik wel goede dingen vinden, “ze zeggen ook wel dat het een crash dieet is”, maar ik vind het wel fijn. POH waarschuwt ook dat op het bewegen belangrijk is, maar dat ze het daar de volgende keer over gaan hebben.

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o Patiënteninfo is gebruikt en wordt gevolgd, patiënt is gevraagd om thuis het goed door te nemen en dat wordt in het volgende consult besproken.
- o POH vraagt motivatie na.

Reactie POH: Ik kan me prima vinden in de verslagen. Leuk om zo letterlijk terug te lezen wat er gezegd wordt. Ik zal voorafgaand aan het volgende consult met de mensen de verslagen nog even goed lezen, zodat ik hopelijk direct weer kan insteken en sneller tot de kern kan komen. Ben benieuwd.

Datum: 7-03-2008

Consultduur: 19 minuten, mannelijke patiënt, 61 jaar, BMI 33.6, gewicht 97 kg, lengte 1.70m, Comorbiditeit: hypercholesterolemie. In het 1^e consult (2 weken terug) was het boekje al meegegeven, observatie van het daaropvolgende consult.

POH vraagt wat P van het boekje vindt. P zegt dat hij het goed vindt, dat hij het eigenlijk allemaal al wel weet en dat hij meteen begonnen is. Hij heeft het actieplan nog niet opgeschreven. POH vraagt “u hebt wel gedacht, dit of dat wil ik gaan veranderen?” P zegt dat hij meer op de tussendoortjes let en de alcohol, want hij denkt dat dat de boosdoeners zijn en heeft ze fors geminderd. POH zegt “dus nadat u dit geheel gelezen heeft, zegt u ik ben

toch zo gemotiveerd, ik wil nu aan de gang, of niet?" P zegt "ja absoluut ik ga ervoor". POH zegt dat ze wel even moeten kijken of ze niet te hoog in zetten en dat het op langere termijn ook vol te houden is. P zegt dat hij niet denkt dat ze te hoog inzetten, hij zegt dat hij al 2 kg kwijt is. POH vraagt of het alleen het eetpatroon is of ook het beweegpatroon wat hij heeft aangepast. Hij heeft het bewegen niet aangepast omdat hij al veel beweegt. P heeft veel materialen bij zich: hij heeft de A4tje gezonde voeding geplastificeerd en dat hangt in de keuken, hij heeft op www.wateetenbeweegik.nl uitgebreid ingevuld wat hij eet en beweegt en daarvan de printjes meegenomen. Vond hij erg prettig om mee te werken. POH bekijkt de printjes en concludeert dat hij minimaal 30 minuten per dag beweegt waaronder cardiotraining, ze legt uit dat als de afvallen nu niet meer zo goed gaat dat ze dan eens kunnen kijken naar meer bewegen. POH geeft veel complimentjes over voeding en bewegen en de printjes. POH merkt op dat hij sneller afvalt dan hij van plan was. P zegt dat hij alleen de tussendoortjes veranderd heeft (gezonder) en het avondeten. POH geeft compliment, en waarschuwt dat er misschien wel een periode aan komt dat het moeilijker gaat. POH bespreekt het streefgewicht, ze hebben de vorige keer dit al besproken. P geeft aan dat het goed vol te houden is. POH zegt dat ze niets kan toevoegen qua adviezen omdat het goed gaat. POH bekijkt het boekje en bespreekt motivatie, ze noemt dat zijn hoge glucose wellicht ook naar beneden kan gaan door het afvallen. POH zegt dat in het boekje staat 10-15 kilo en dat dat doel hoger is dan die 5-10%. P wil geen crashdieet, POH zegt dat hij moet oppassen voor de valkuil van te snel te gaan. POH legt uit hoe de energiebalans werkt. POH neemt de antwoorden door in het boekje, het gaat nu goed, het moet een gewoonte worden, en het bewegen is al een gewoonte, dus P richt zich vooral op voeding, vervolgconsult over 4 weken. P vindt het materiaal prettig, maar heeft het actieplan nog niet ingevuld. P is van plan om zijn eetdagboek en bewegen goed bij te houden op de website, hij is nu al calorieën aan het tellen en kiest bewust voor producten met minder calorieën. P wil graag 10 kg eraf, POH raadt aan om dan even een tijdje op hetzelfde gewicht te blijven voordat er een nieuwe poging te doen. P geeft aan dat hij verwacht dat het dadelijk toch wel wat langzamer gaat, maar is nu tevreden. Over het actieplan, P geeft aan dat hij geen beloning voor het volhouden nodig heeft, als het gewicht eraf gaat is dat de beloning, of als hij die broek in een maat kleiner kan kopen. Materialen die gebruikt zijn tijdens het consult: Patiënteninfo, het A4tje gezonde voeding en beide stroomdiagrammen.

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o POH stelt veel vragen uit de materialen en gebruikt de materialen als leidraad tijdens het consult.
- o P maakt goed en veelvuldig gebruik van website www.wateetenbeweegik.nl.
- o Het actieplan wordt niet concreet ingevuld, omdat het heel goed gaat, het actieplan zit min of meer in zijn hoofd.

Reactie POH: Duidelijk verslag, niets aan toe te voegen. We blijven met plezier het materiaal gebruiken.

Datum: 11-03-2008

Consultduur: 20 minuten, mannelijke patiënt, leeftijd onbekend, BMI 34, Comorbiditeit: DM, hypertensie, artrose.

P zit aan het maximum aantal tabletjes voor de DM en krijgt een pakket mee om zijn bloedsuikers te gaan prikken. POH legt uit dat als P nu gaat prikken hij zelf zal zien wat bewegen en voeding doen voor het bloedsuiker. P krijgt hierna de patiënteninfo mee, POH vraagt aan P om fase 1a en b in te vullen en vraagt aan observer of fase 1c ook al moet. Na overleg denkt ze dat dat te veel is voor dat moment. Ze vertelt P dat het gaat om het nemen van kleine stapjes, en dat P zelf zijn doelen gaat stellen, bijvoorbeeld meer gaan bewegen of 5% afvallen. Vervolgafpraak over 3 maanden. POH zegt "als u deze paar vraagjes wilt beantwoorden voor dan en dit mapje dan weer mee wilt nemen, dan bespreken we dat de volgende keer".

Materialen die gebruikt zijn: vervolgstroomdiagram en de patiënteninfo

Nabespreking POH en onderzoeker:

Patiënt lijkt gemotiveerd mede omdat hij nu aan maximum tabletten zit en liever niet insuline wil gaan spuiten. Als hij dadelijk ziet wat voeding en bewegen doen voor de bloedsuiker kan dit de motivatie verhogen om beter op de voeding en het bewegen te gaan letten.

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o POH heeft een goede uitleg over de MIS gegeven en hoewel zij nog even moest zoeken naar hoe zij het wilde gaan toepassen, is het toegepast als bedoeld.
- o De vervolgafpraak voor 3 maanden is wellicht wat lang, maar dat komt omdat de patiënt dan terug komt voor de DM.

Reactie POH: geen reactie ontvangen.

Datum: 10-03-2008

Consultduur: 26 minuten, mannelijke patiënt, 59 jaar, BMI onbekend, gewicht 85 kg, Comorbiditeit: DM, Angina Pectoris, hypertensie, ongecompliceerd achterwandinfarct. Dit consult is in het kader van DM, het is de 2^e keer dat zij elkaar spreken, er hebben nog geen consulten in het kader van MIS plaatsgevonden.

POH opent het gesprek door te zeggen waar ze over wil gaan hebben tijdens dit consult. P geeft aan dat hij het boekje met de bloedsuikers is vergeten, hij vertelt over de bloedsuikers. Hij probeert meer te bewegen. POH herhaalt wat ze de vorige keer besproken hebben, de P heeft een verwijzing gekregen voor de diëtiste. P zegt dat hij de persoonlijk diëtiste kent, maar heeft nog geen afspraak met haar. De P heeft haar vaker gesproken en jaren geleden heeft zij hem een soort van gedragscode voorgeschreven, geen dieet. Zijn gewicht schommelt, en P zegt dat hij in de zomer altijd afvalt doordat hij dan meer beweegt.

POH geeft aan dat ze dagcurves nog wel nodig heeft voor het instellen van de medicatie, waarop P beloofd ze morgen af te geven. POH praat over de bloedsuikers, bloedsuiker is 's morgens nog te hoog. P geeft aan dat hij het 's avonds vooral moeilijk heeft en veel honger heeft, maar de laatste anderhalf jaar niet meer behalve als er bezoek komt.

POH zegt "laten het gewicht bespreken, de vorige keer zei u ik ben een sociaal eter, ik vind het moeilijk om het eten af te slaan. P zegt dat dat klopt. POH: Hoe tevreden bent u met uw gewicht?" P zegt dat hij redelijk tevreden is. Hij geeft aan dat hij liever niet te vaak op de weegschaal gaat staan, maar nu er toch wel op gaat staan. Hij wil graag in december graag 80 willen. POH zegt "dus u bent er wel mee bezig". P zegt "Ja, als ik in de spiegel kijk en ik zie die buik dan denk ik tjonge". POH zegt dus uw streefgewicht is 80 kilo aan het einde van het jaar. Dat is goed denk ik, al vind ik het gewicht minder belangrijk, als u meer beweegt en gezonder eet dan vind ik dat net zo belangrijk. Wat doet u aan bewegen?" P vertelt dat hij met mooi weer meer beweegt, en dat hij een 4-5 keer per week een half uurtje wandelt of fietsen. POH zegt "de vorige keer hebben we het gehad over iedere dag minimaal een half uur, lukt u dat?" P zegt niet altijd. POH zegt "en als het slecht weer is?" P geeft aan dat het minder is als het winter is, als de kinderen uit school komen, en als ik moet koken dan heb ik het te druk en als het donker is dan kan het ook niet, dus als het langer licht wordt dan kan ik weer meer lopen. POH zegt "dus u wilt 80 wegen in december, hoe wilt u dat gaan doen?" P zegt dat hij het in kleine stapjes wil gaan doen, minder kaas, lekker fruit eten, en dergelijk" POH vraagt "heeft u er wel vertrouwen in dat het u gaat lukken?" P zegt "ja vorig jaar is het me ook gelukt, na mijn infarct toen ik stopte met roken woog ik 94 kg. Mijn cardioloog zei dat mijn grens bij 89 lag. Maar ik weeg liever zo rond de 80." POH vraagt "heeft u vaker geprobeerd om af te vallen?" P zegt "ja met hulp van de diëtiste." POH vraagt of de P hulp wil hebben bij het afvallen en of hij het goed vindt dat zij hem gaat helpen. POH legt de MIS uit, de patiënt krijgt dan het boekje. P is bang dat hij dan op korte termijn veel moet afvallen, slank moet worden. P zegt dat hij weet dat hij er nu iets aan moet doen. POH legt uit dat het kleine stapjes tegelijk gaat, en dat hij een mapje meekrijgt en huiswerk meekrijgt. We spreken we af dat u alleen fase 1a, b en c doorleest en invult en dat ik over niet al te lange tijd weer terug zie. POH bladert samen met de patiënt het boekje door. POH zegt dat P sommige vragen al wel besproken zijn. POH vindt 7 maanden best een lange termijn voor 5kilo en vraagt aan de patiënt hoeveel hij dan in de komende maand wil afvallen. POH vraagt om het eetdagboekje in te vullen. POH vraagt "ziet u dat zitten?" P zegt "jawel". POH laat zien dat achterin meer informatie zit over de voeding en de brochure van de hartstichting, en zegt dat het boekje nu van hem is. Er wordt er een nieuwe afspraak gemaakt voor over 2 weken. P vraagt welk verband er zit tussen leeftijd en gewicht. POH legt uit dat naar mate mensen ouder worden, ze minder gaan bewegen en dan juist moeten gaan oppassen.

Nabespreking POH en onderzoeker:

POH geeft aan dat ze nog even moet wennen, en nog even moet zoeken naar hoe het ook al weer moest. Het beweegdagboek is niet besproken, omdat ze dit vergeten was zo aan het einde van het consult, door het nog niet gewend zijn aan de materialen.

Materialen die gebruikt zijn: patiënteninfo, A4tje Gezond eten, en brochure "Over Gewicht".

Conclusies:

MIS wordt in grote lijnen toegepast zoals bedoeld:

- o De vragen zoals in de stroomdiagrammen en de patiënteninfo worden al voordat het boekje is geïntroduceerd aan de patiënt gesteld. Het leek alsof de POH op dat moment nog niet bewust de MIS aan het toepassen was (het boekje werd pas later geïntroduceerd), wat aangeeft dat de vragen normaal gesproken ook al worden gesteld en dus goed aansluiten bij de normale praktijkgang.
- o Er is gesproken over bewegen en over voeding, hoewel het beweegdagboek nog niet ter sprake is gekomen.

Reactie POH: Wanneer ik de observatie, geschreven door observator Gerdine Fransen, lees komt het geheel (de inhoud van het consult), op mij nogal "rommelig" over. Enerzijds meegenomen dat dit mijn eerste "MIS-consult" was en ik nog niet zo vertrouwd ben met de MIS-materialen heb ik anderzijds mogelijk toch teveel binnen dit consult willen "proppen".

Bijlage 6 Samenvattingen interviews met huisartsen en praktijkondersteuners

Samenvattingen interviews met huisartsen

(17-03-2008). Ze heeft de MIS een aantal keer toegepast, twee mensen hadden geen interesse: een man zei dat het komt omdat hij nu niet kan sporten vanwege zijn klachten maar als hij dadelijk weer kan sporten het er zo weer af is, en een vrouw die al bij diëtiste loopt. Twee mensen hadden wel interesse in begeleiding door POH. Ze vindt de materialen overzichtelijk, patiënten vonden de mapjes mooi. Ze zegt dat ze vooral het signaleringstroombdiagram heeft gebruikt en de patiënteninformatie heeft meegegeven. Ze vindt dat de materialen de praktijk goed volgen en bruikbaar zijn. Ze was in eerste instantie bang dat het mapje de patiënten afschrikt, maar zegt dat als je het mapje uitlegt dit goed gaat, zij laat dan voorbeeld van het actieplan zien om het uit te leggen aan de patiënt wat ze dan gaan doen. Ze geeft aan dat ze denkt dat het goed in combinatie met behandeling door de diëtiste te gebruiken is, omdat het advies van de diëtiste dan in het actieplan kan worden ingevuld.

Suggesties ter verbetering van de materialen: Geen.

Reactie huisarts: Ik vind de samenvattingen helder en correct. Ik heb er eigenlijk niets aan toe te voegen.

(12-03-2008). Zij geeft aan nog even te moeten wennen aan de materialen, en weet nog niet zo goed hoe ze kan werken met de materialen, wat ze kan doen, omdat het allemaal nog nieuw is. Zij heeft de MIS nu wel bij een paar mensen toegepast (zonder de MIS-materialen fysiek te gebruiken tijdens de consulten), waarbij een aantal patiënten begonnen is bij de POH. Ze geeft aan dat ze af en toe mensen doorstuurt naar de diëtiste, deze mensen vallen dan ook vaak wel af, maar zij heeft niet de indruk dat leefstijlverandering op de lange termijn bereikt wordt. Ze vindt de MIS is een goede drijfveer om meer patiënten door te sturen voor behandeling, het krijgt nu meer aandacht.

Suggesties ter verbetering van de materialen: Geen.

Reactie huisarts: Als ik nog nadenk over de materialen en MIS: een klapper op mijn buro erbij is erg onhandig. Toch is het goed om een reminder te hebben, want het is zo gemakkelijk om het te vergeten en er niet actief aan te denken. Jouw aanwezigheid hielp me goed. Is het mogelijk iets te maken daarvoor?

(07-03-2008) De sterke punten of voordelen van de materialen zijn dat het uitgaat van kleine stapjes en het systematische aanpakken van het probleem. Het is nog wel veel, uitgebreide informatie en even wennen aan de materialen en duurt even voordat je het onder de knie hebt. Ze vindt de patiënteninfo goed, maar de informatie voor de huisarts te uitgebreid. Ze gebruikt met name de patiënteninfo, de stroomdiagrammen zitten al in haar hoofd. Sterk punt dat het een handvat biedt voor iedere persoon, watvoor soort eter deze persoon dan ook is, het kan heel goed aansluiten bij de situatie van iedere patiënt. Een klein kaartje met de stroomdiagrammen op het bureau voor huisartsen in opleiding is handig, zodat haio's hier vroeg mee leren werken.

Suggesties ter verbetering van de materialen: Zie bovenstaande.

Reactie huisarts: Ik denk dat het belangrijkste er wel in staat.

(19-03-2008) Zij geeft aan dat het fijne materialen zijn. Ze zegt dat ze nog even moet wennen aan de materialen en dat ze nog elke keer even moet zoeken en de materialen voor het consult bekijkt. Ze gebruikt hiervoor de handleiding en de stroomdiagrammen, de patiënteninfo heeft ze allemaal al uitgedeeld en vraagt om meer boekjes. In de handleiding heeft ze belangrijke woorden/zinnen gemarkeerd. Ze vraagt zich af of het in fase 1c wel toepasbaar is om www.wateetenbeweegik.nl te gebruiken, zij gebruikt zelf de eetmeter (computerprogramma van het voedingscentrum). Verder vindt ze het onduidelijk wanneer je het boekje mee kan geven met de patiënt en of het invullen van fase 1 a, b en c niet te veel is voor patiënten. Ze plant wel een dubbel consult (20min) in als ze de patiënteninfo wil bespreken.

Ze geeft aan dat als ze het gewicht ter sprake brengt, ze vaak te reactie krijgt "dokter ik doe het zelf wel" of "ik weet wel waar het hem in zit" en schat in dat ongeveer één op de vijf mensen geïnteresseerd en gemotiveerd is. Ze heeft nu drie patiënten die gemotiveerd zijn en met de MIS aan de slag willen (zie registratieformulieren van twee patiënten). De derde patiënt is een vrouw die bang is om diabetes te krijgen, haar BMI is 30, ze is wel gemotiveerd en geïnteresseerd. Ze heeft deze patiënt uitgelegd dat 10% afvallen al voldoende is en dat het ook een positief effect kan hebben op haar rugklachten. Aangezien de patiënteninfo op was, is deze patiënt nog niet begonnen met de MIS. Zij geeft aan dat patiënten wel te motiveren zijn aan de hand van hun comorbiditeiten.

Suggesties ter verbetering van de materialen: Geen.

Reactie huisarts: geen reactie ontvangen.

(18-03-2008) Hij geeft aan dat hij het een aantal keer heeft toegepast maar hij geen patiënten heeft gevonden die geïnteresseerd waren. Hoewel het niet veel tijd kost om de MIS toe te passen, is hij niet tevreden over de MIS. Hij zegt dat hij een goede opening om het te hebben over het gewicht mist in de materialen. Het is moeilijk als iemand komt voor klachten zoals een ingegroeide teennagel om te beginnen over het gewicht, dit is gemakkelijker om te doen als hij de bloeddruk meet. De patiënten geven aan dat zij niet gewogen hoeven worden en dat ze wel op eigen houtje aan de gang gaan. Hij geeft aan dat hij vooral de opening en het peilen of iemand er voor open staat mist in de materialen, dat de materialen kernachtiger en meer diepgang mogen hebben: ze moeten aangeven hoe je het feitelijk moet doen. En daarnaast moet je onderhandelen met de patiënt waarom dat ze naar jou moeten komen, ze willen niet naar de diëtiste. Als je geen praktijkondersteuner hebt, dan moet je naar een programma in de regio of naar de diëtiste kunnen verwijzen. De patiënten die hij de patiënteninfo liet zien vonden het teveel en wilden het niet mee naar huis nemen en het viel hem tegen hoe weinig mensen er gemotiveerd zijn. Hij denkt dat veel patiënten toch een lage eigeneffectiviteit hebben en veel barrières zien. Via zijn huisartspraktijk loopt er al een programma gericht op meer bewegen, waarvoor het animo groot is, hiervoor melden patiënten zich zelf aan. Diabeten zijn over het algemeen meer gemotiveerd omdat zij de directe gevolgen van hun gewicht merken, maar het kleine aantal diabeten in zijn praktijk staat al onder goede behandeling.

Bij de MIS roken worden de weerstanden die mensen hebben geïnventariseerd, dat mist hij in de materialen. Hoewel je bij overgewicht sommige weerstanden ook moet laten zitten omdat er zoveel psychopathologie kan meespelen. Wanneer we de vragen die op de stroomdiagrammen bespreken geeft hij aan dat de zin “we hebben nu een nieuwe methode” volgens hem niet klopt, omdat er niets nieuws aan de MIS is, het is gewoon gezonder eten en meer bewegen zoals de behandeling altijd al was. Hij is voorstander van een goed gestructureerd programma waarin de patiënt meer praktische vaardigheden krijgt aangeleerd, bijvoorbeeld door te leren koken of etiketten lezen in de supermarkt en beweegprogramma's, maar is het met me eens dat dit moeilijker te realiseren is in een de huisartspraktijk. Hij zegt dat de MIS wel structuur biedt, maar dat het materiaal verfijnd moet worden en meer diepgang moet krijgen. Hij geeft aan dat het beoordelen van een eetdagboek veel tijd kost voor de huisarts en dat dit dan ook vergoed moet worden en dat het handig zou zijn als hier een computerprogramma voor zou bestaan.

Suggesties ter verbetering van de materialen: Gebruik maken van goede pakkende zinnen zoals bij de MIS roken en meer inventariseren van de weerstanden die er leven bij mensen. Meer diepgang en praktische voorbeelden van zinnen die de huisarts kan gebruiken. Omdat de opening van een gesprek over gewicht en het peilen van motivatie moeilijk is, vergt dit training van huisartsen.

Reactie huisarts:geen reactie ontvangen.

(14-03-2008) Huisarts heeft materialen bekeken en toegepast. Onderstaande opmerkingen zijn via de assistente telefonisch doorgegeven, op de ochtend waarin ik in de praktijk aanwezig was had zij geen geschikte patiënten op haar spreekuur waarbij zij de MIS kon toepassen.

Zij had geen opmerking over de materialen, ze vond het er prima uitzien. Ze zegt dat dat ze een aantal keer gebruikt heeft en dat het allemaal duidelijk was.

Suggesties ter verbetering van de materialen: Geen.

(7-03-2008) MIS lijkt op MIS roken, de methode is logisch en zit al in zijn hoofd. Hij merkt dat patiënten vaak erg grote stappen nemen en denkt dat deze methode de patiënten kan begeleiden bij het nemen van kleinere stapjes.

Suggesties ter verbetering van de materialen: Geen.

Reactie huisarts: Prima verslaglegging van consultvoering en MIS procedure.

(5-03-2008) Duidelijke methode, gemakkelijk te gebruiken. Is enthousiast over de patiëntinfo en ziet duidelijk mogelijkheden/markt voor de patiëntinfo in de vorm van een zelfhulpboek. Ze verwacht dat veel patiënten geïnteresseerd zijn in zo'n boek. Wat betreft de signalering van overgewicht geeft H aan dat het belangrijk is om een gewichtsprobleem te signaleren bij 1) mensen die zelf met hulpvraag komen, 2) mensen met hart- en vaatziekten, en 3) mensen met verhoogde kans op diabetes. Signalering bij anderen doet ze zelf nauwelijks.

Suggesties ter verbetering van de materialen:

- o De achterkant van signalering stroomdiagram, het tabelletje uit de obesitas richtlijn kan weg, er kan

volstaan worden met de tekst: bereken de BMI –meet middelomtrek. - o Het was haar niet duidelijk dat de achterkant verdiepende informatie betrof van de voorkant, zij dacht dat de achterkant meerdere stappen aangaf. Er moet duidelijker worden dat het alleen achtergrondinformatie is op de achterkant. <i>Reactie huisarts: Ik kan me vinden in je verslag van het consult en van de nabespreking. Het komt overeen met mijn eigen herinnering.</i> (28-02-2008) Bruikbaarheid van de materialen wordt als goed beoordeeld. Zij denkt wel dat er een cursus/training/deskundigheidsbevordering voor huisartsen nodig is aanvullend bij de materialen. Dit met name om de huisartsen te motiveren om de MIS toe te passen, en in mindere mate om de kennis van huisartsen te vergroten (taak van meeste huisartsen zal alleen het signaleren en verwijzen zijn, en daar is niet veel extra kennis voor nodig). De handleiding is niet gebruikt, vooral de patiënteninformatie is gebruikt, in de consulten worden delen van het klappertje samen met de patiënt doorgenomen. De voorbeelden van vragen op het signalering stroomdiagram zijn goed, al gebruikt zij zelf liever in plaats van “Denkt u dat u klachten iets te maken kunnen hebben met uw gewicht” zinnen als “Uit onderzoek blijkt dat deze klachten samenhangen met overgewicht. Herkent u dat?” of zoiets. Zij zegt dat kleine stapjes tegelijk de voeding en bewegen aanpassen veel mensen aanspreekt. Zij heeft nog niet meegemaakt dat mensen negatief reageren wanneer zij het gewicht ter sprake brengt. Zij vraagt wel altijd na in het volgende consult wat de patiënt ervan vond dat zij het gewicht ter sprake bracht en daar reageren mensen positief op, zij vinden het over het algemeen fijn en weten dat ze iets moeten doen aan hun gewicht. Ze zegt wel dat als je het gewicht ter sprake brengt je wel de tijd moet hebben, want als je alleen zegt “u moet afvallen” richt je alleen maar schade aan. Zij merkt dat ze zelf minder toe komt aan het wegen van patiënten, doordat ze meer aandacht besteedt aan praten met de patiënt, ze is ook wat minder geïnteresseerd in het precieze gewicht, maar het is wel handig om te weten hoeveel iemand weegt om de volgende keer de progressie te kunnen beoordelen. Soms kan het ook het vertrouwen schaden door patiënten te wegen (alsof je niet gelooft wat de patiënt daarvoor heeft gezegd over zijn/haar gewicht). Suggesties ter verbetering van de materialen: - o In patiënteninfo uitstekende tabbladen toevoegen - o In patiënteninfo ruimte toevoegen waarop verschillende disciplines kunnen aangeven wat er besproken is in het consult, het gewicht ed (noteren van bijvoorbeeld gewicht, datum, hulpverlener, bijzonderheden/ gemaakte afspraken) - o In signalering stroomdiagram verwijzen naar het meegegeven van concrete patiënteninformatie, misschien dat je als huisarts de mogelijkheid hebt om een brief mee te geven waarin staat: “u bent op dit moment niet gemotiveerd om ...” <i>Reactie huisarts: Correcte samenvatting, geen aanvullingen</i>

<i>Samenvattingen interviews met praktijkondersteuners</i> (14-03-2008) Ze vindt de materialen heel compleet. Ze geeft aan dat het werken met de materialen enige oefening vergt, ze moet er even aan wennen. Ze vindt het op het eerste gezicht onduidelijk wat ze precies moet doen en wat de huisarts al doet. Daarnaast vindt ze het A5-formaat minder handig omdat ze nu zelf geen blaadjes kan toevoegen aan de klappertjes. Ze heeft de MIS nu bij één patiënt toegepast (waarvan 1 consult geobserveerd). Suggesties ter verbetering van de materialen: Zie bovenstaande. <i>Reactie POH: Voor wat de materialen betreft is het jammer dat ik er niet meer dan 1x ervaring mee heb. Anders had ik er beslist wat genuanceerder op kunnen reageren.</i> (17-03-2008) Zij heeft de materialen nog niet gebruikt (huisarts heeft al wel aan twee patiënten de materialen meegegeven maar zij zijn nog niet op consult bij POH geweest). Ze ziet dat het op de MIS roken lijkt, het lijkt allemaal logisch en sluit goed aan bij de praktijk. Zij denkt het een goede leidraad kan bieden en vindt het goed dat het uitgaat van het nemen van kleine stapjes. Ze vindt het een sterk punt dat het vele patiënten te gebruiken is en denkt dat vooral het doorsturen van patiënten door de huisarts nu beter wordt. Suggesties ter verbetering van de materialen: Geen. <i>Reactie POH: het is oke wat betreft het stukje, ik ga accoord met plaatsing.</i> (10-03-2008) Bruikbare materialen. Zij is een POH met veel ervaring, de meeste protocollen/stroomdiagrammen zitten dan ook wel in haar hoofd en ze werkt niet veel vaak met schemaatjes of stroomdiagrammen. Ze geeft aan dat ze nog even moet wennen aan de materialen, maar is wel enthousiast over de materialen. Ze vraagt waar ze
--

nog meer patiënteninfo-boekjes kan bestellen. Suggesties ter verbetering van de materialen: Een spelfoutje op pagina 9 van de patiënteninfo (waarom moet waarin worden). <i>Reactie POH: ik ben geen ervaren PO-er, heb in december de opleiding afgesloten en werk pas enkele maanden als Po-er. Ik heb wel een lange ervaring in de huisartsenpraktijk als praktijkassistente.</i>
(11-03-2008) Bruikbare materialen, gebruikt vooral de patiënteninfo. Ze vindt het prettig dat het gestructureerd is, uitgaat van het stellen van doelen en veel aandacht besteed aan terugvalpreventie. Het maakt het makkelijker, en geeft een soort van kapstok aan. Ze hoopt dat het tijdswinst gaat opleveren, en dat het een stukje effectiviteit en efficiëntie gaat geven. Het lijkt haar handig dat je kan teruggrijpen naar de motivatie die de patient in het begin aangeeft. Ze vindt het een sterk punt dat er niet te veel voorlichtingsmaterialen in zitten, dat het niet te veel wordt voor de patiënt. De stroomdiagrammen heeft ze nog niet gebruikt, omdat ze daar nog niet mee gewend is om mee te werken, maar dat is wel haar bedoeling, lijkt haar handig. Ze heeft de handleiding bekijken, het is duidelijk en een goed naslagwerk en vindt de genoemde links naar websites goed. Suggesties ter verbetering van de materialen: Op dit moment niet. <i>Reactie POH: Ik kan me prima vinden in de verslagen.</i>
(11-03-2008) Ze heeft al aan een aantal mensen het klappertje meegegeven en geeft aan dat het prettig is om iets mee te kunnen geven aan patiënten. Het A4tje over Gezonde voeding is handig, prettig om mee te werken en geeft goede informatie. De stroomdiagrammen geven een goede leidraad en de vragen gepresenteerd op de beide stroomdiagrammen zijn handig om te gebruiken tijdens de consulten om goed de motivatie uit te vragen. Ze herkent de MIS stoppen met roken in de materialen. De stroomdiagram gaf aan dat een patiënt al na 2 weken terug kan komen, wat ze redelijk kort vindt, maar de patiënt wilde graag na 2 weken terugkomen omdat ze een stok achter de deur te zijn, ze liet de keus bij de patiënt. Suggesties ter verbetering van de materialen: Op dit moment niet, misschien is het klappertje voor sommige patiënten wat te veel om in één keer mee te geven, als ik daar meer zicht op heb (als mensen terugkomen) dan laat ik je dat weten. Ze geeft wel gericht aan de patiënt adviezen over wat de patiënt moet invullen/lezen voor de volgende keer, de een kan meer aan dan de ander. <i>Reactie POH: geen reactie ontvangen.</i>
(7-03-2008) Bruikbare materialen, vooral fijn om de mogelijkheid te hebben om een vervolg aan te bieden en niet alleen zeggen dat iemand moet gaan afvallen. Ze heeft in korte tijd al 4 patiënten die enthousiast zijn over de materialen, waarvan al 2 patiënten af zijn gevallen (ongeveer 2 kilo), 1 patiënt had zelf al goed een actieplan gemaakt, terwijl dit (nog) niet was afgesproken. Ze gebruikt zowel de stroomdiagrammen als de patiëntinfo. Ze vind het A4tje over de voeding heel goed, het geeft kleine stapjes aan. Ze dacht eerst dat het misschien veel te betuttelend was naar de patiënten, maar merkt dat patiënten enthousiast zijn. De handleiding vind ze goed, omdat deze een manier van communiceren aangeeft. Vraagt naar meer patiënteninfo. Suggesties ter verbetering van de materialen: Geen. <i>Reactie POH: Duidelijk verslag, niets aan toe te voegen. We blijven met plezier het materiaal gebruiken.</i>
(11-03-2008) Zij vindt de materialen overzichtelijk, stapsgewijs en herkent de MIS Roken. Ze zegt dat ze dit al zo'n beetje doet, het wijkt niet veel af van de normale praktijk en sluit dus goed aan. Het is een goede methode voor patiënten die terughoudend zijn om naar de diëtiste te gaan. Ze denkt ook dat het aansluit bij de behandeling door de diëtiste, en dat het dus te combineren is. Het tijdsbestek wat in de stroomdiagrammen staat aangegeven vindt ze heel erg persoonlijk, dit moet flexibel zijn zodat je het kan aanpassen aan de wensen van de patiënten. Ze denkt dat huisartsen wat minder gewend zijn om te werken met stroomdiagrammen, praktijkondersteuners zijn dit meer gewend. Zij vraagt zich af of de behandeling ook afgestemd kan worden op mensen die overdag werken en moeilijk de huisartspraktijk kunnen bezoeken voor meerdere consulten, door bijvoorbeeld telefonische consulten af te nemen. Suggesties ter verbetering van de materialen: Meer aandacht in de materialen over de mogelijkheden voor telefonische consulten, bijvoorbeeld adviseren om het eerste consult persoonlijk te doen en eventueel enkele vervolgsconsulten telefonisch te doen, hoewel wel de voorkeur uitgaat naar persoonlijk contact. <i>Reactie POH: Verder geen opmerkingen.</i>
(10-03-2008) Bruikbare materialen, zien er goed uit. Vraagt om meerdere boekjes. Vraagt zich wel af of de

materialen ook aangepast kunnen worden voor allochtonen, want zo zijn ze moeilijk tot niet te gebruiken voor de grote allochtone patiëntenpopulatie in hun praktijk.

Suggesties ter verbetering van de materialen: Vertaling beschikbaar stellen voor allochtonen.

Reactie POH: Enige training in hoe de MIS-materialen te gebruiken en het inbouwen van een evaluatiemoment met een "MIS-professional" is wenselijk.

POH suggesties per e-mail gegeven: *Op zich ziet het er netjes en overzichtelijk uit. Het stroomdiagram wat de huisarts moet volgen wordt in de praktijk vlg. mij meestal door de poh gedaan, maar dat hadden wij al geconcludeerd geloof ik.*

Verder heb ik het idee dat mensen er wel door worden overvallen als er aan hun gevraagd wordt of zij iets aan hun gewicht willen doen. Mijn ervaring nu is dat ze te snel ja zeggen 1 keer komen spijt krijgen en daarna afbellen. Ik hoop dat ik ze door het patiënteninformatieboekje een betere handleiding mee kan geven.

Wat ik wel mis omdat ik dat zelf eerder wel deed, is patiënten naar het lab sturen om in ieder geval hun chol. en blds. te laten bepalen. Ik heb daardoor al een paar keer mensen met een te hoog cholesterol of een te hoge bloedsuiker eruit gehaald. Door dat te doen maak je het voor de patiënt nog meer inzichtelijk dat het nodig is om iets aan hun gewicht te doen omdat de gevolgen al aantoonbaar zijn. Tevens meet ik ook meestal hun bloeddruk. Als alles in orde is kan het ook een reden zijn om te denken dat het nog wel mee valt allemaal, daar ben ik mij wel van bewust. Maar toch! Omdat ik er verder nog niet mee heb gewerkt kan ik nu nog niet zeggen wat ik mis of anders zou willen zien.