

**AANBEVELINGEN VOOR HET WERK
VAN PSYCHOLOGEN IN EEN OBESITASTEAM**

EETEXPERT.BE vzw
BERGESTRAAT 60
3220 HOLSBEEK
0496288057
info@eetexpert.be
www.eetexpert.be

INHOUD

Voorwoord

1. Achtergrond

1.1 Situering

1.1.1. Probleemstelling

1.1.2. Methode

1.1.3. Deelnemers werkgroep

1.2 Overgewicht, obesitas en gestoord eetgedrag

1.2.1 Onderscheid overgewicht en obesitas

1.2.2 Gevolgen van obesitas

1.2.3 Gestoord eetgedrag en obesitas

1.3 Belgische richtlijnen voor zorg bij obese patiënten

2. Psychologisch aanbod voor patiënten met obesitas

2.1 Aanmelding

2.2 Bijdrage van de psycholoog in het algemeen consult

2.3 Psychologisch aanbod in het specifiek bariatrisch traject

2.4 Screening : anamnese en psychodiagnostiek

2.5 Samenwerking met andere disciplines

2.6 Verslaggeving

2.7 Opstellen van een behandelplan

2.8 Verder psychologisch behandelaanbod

2.9 Evaluatie van het behandelresultaat

3. Uitdagingen bij de organisatie van obesitaszorg

Bijlagen

VOORWOORD

Internationale aanbevelingen over onderzoek, preventie en behandeling van obesitas benadrukken het belang van een multidisciplinair kader met aandacht voor de fysieke, psychosociale, voedings- en bewegingsaspecten. Deze aanbeveling is terug te vinden in de Belgische regelgeving die terugbetaling van bariatrische chirurgie mogelijk maakt op grond van een reeks criteria en aansluitend multidisciplinair overleg. De bijdrage van de diverse disciplines in dit verplicht overleg staat nergens geëxpliciteerd. Op vraag van klinisch psychologen en diëtisten organiseerde het kenniscentrum Eetexpert voor elk van deze disciplines een werkgroep. In afzonderlijke werkgroepen hebben diëtisten en psychologen geïnventariseerd hoe er in de verschillende centra en klinieken gewerkt wordt, welke vragen of knelpunten hierbij gesignaleerd worden en hoe deze aangepakt kunnen worden.

Dit werkboek is bedoeld voor psychologen die betrokken zijn bij de begeleiding van patiënten met obesitas. Het laat zien hoe psychologen hun taak kunnen invullen rond screening en indicatiestelling in het multidisciplinair obesitasteam. Vaak roept dit vragen op of worden er knelpunten gesignaleerd, waar niet direct een passende of wetenschappelijk verantwoorde oplossing voor bestaat. Daarom is de kennis en ervaring van een groep psychologen in dit werkboek gebundeld. Zonder als gulden maatstaf of definitieve richtlijn te willen fungeren, beoogt het de aanzet te geven tot het professionaliseren van de bijdrage van psychologen bij de multidisciplinaire screening en indicatiestelling bij patiënten met obesitas.

Voor verspreiding van (delen van) dit werkboek, in welke vorm dan ook, is toelating vereist (info@eetexpert.be). Bij gebruik geldt als bronvermelding :
Aanbevelingen voor het werk van psychologen in een obesitasteam. Een uitgave van vzw Eetexpert.be, 2011 (www.eetexpert.be).

1. Achtergrond

1.1. Situering

1.1.1 Probleemstelling

Sinds 2007 is in België terugbetaling van bariatrische chirurgie via het RIZIV mogelijk na een multidisciplinair zorgoverleg en zorgadvies. De psycholoog/psychiater behoort structureel tot dit team bij de screeningsfase en indicatiestelling. Daarmee concretiseert dit KB de aanbeveling van de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) dat goede zorg bij obesitas multidisciplinair van aard is. Goede zorg begint bij een systematische verkenning van de fysieke, psychosociale en voedings- en bewegingsaspecten. Idealiter worden alle bevindingen samengebracht voor overleg in het multidisciplinair obesitasteam, waarna een behandelaanbod wordt geformuleerd.

EXCERPT uit K.B., Belgisch Staatsblad 29.7.2010 (volledige versie in bijlage)

Artikel 14 – HEELKUNDE

[...] verstrekkingen inzake heelkunde op het abdomen [...]

Deze verstrekkingen zijn slechts aanrekenbaar op de volgende voorwaarden:

[...] Na het uitvoeren van een multidisciplinair bariatrisch overleg waar naast de geneesheer-specialist in de chirurgie tevens ten minste een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde en een *geneesheerspecialist in de psychiatrie of een klinisch psycholoog* aan hebben deelgenomen. Het verslag van dit overleg met de gezamenlijke indicatiestelling tot chirurgische ingreep wordt ondertekend door de drie deelnemers van de vermelde disciplines. Het verslag van het overleg bevindt zich samen met de gegevens over de dieettherapie in het medisch dossier.

Tegelijk roept dit KB ook vragen op : de psycholoog maakt structureel deel uit van het obesitasteam, maar nergens wordt gespecificeerd wat de taak en rol van de psycholoog inhoudt. De betrokken psychologen hebben nood aan richtlijnen bij het uitvoeren van psychologische screenings bij obesitasbehandeling in het algemeen en bariatrische chirurgie in het bijzonder. De vraag op welke gegevens psychologen en psychiaters zich moeten baseren bij hun advies is niet eenduidig te beantwoorden. Ook de positionering binnen het bariatrisch team roept heel wat vragen op: gaat het om een louter ceremoniële functie? Functioneert men als coach of als poortwachter? Welke interventies kan de psycholoog doen voor en na een bariatrische ingreep? Welke effectmaten kunnen gebruikt worden bij de evaluatie van het behandelresultaat?

In overleg met de BASO (Belgian Association for the Study of Obesity) nam vzw Eetexpert het initiatief om in maart 2008 een werkgroep rond deze thematiek op te richten (deelnemers: zie 1.1.3). Drie jaar later zijn er veel vragen beantwoord, maar

blijven er ook nog knelpunten over. De werkgroep was het vrij snel eens om de eigen inbreng niet louter toe te spitsen op de bariatrische chirurgie, maar ruimer op te vatten. Zo is dit een werkboek geworden over de inbreng van de psycholoog bij algemene zorgvragen en bij bariatrische aanmeldingen.

1.1.2 Methode

Voorlopig zijn er nog geen internationale richtlijnen voor psychologische screening bij obesitas voorhanden. De research op dit vlak neemt wel opvallend toe, maar van 'evidence-based practice' is nog geen sprake. Daarom is er in Vlaanderen nood aan een draaiboek voor psychologen. Als eerste stap werkten we in een werkgroep aan een consensustekst waarin de werkwijze voor psychologenwerk bij patiënten met overgewicht wordt beschreven zowel pre- als postoperatief. Het einddoel is een goed psychologisch zorgtraject met diagnostiek, indicatiestelling en zorg op maat als basis.

Volgende werkwijze werd gevolgd bij het samenstellen van de werkgroep:

- in 2007 werd een ruime mailing gedaan naar de toen gekende Vlaamse psychologen rond obesitas met de vraag naar participatie in de werkgroep;
- een 20-tal psychologen stapten in de werkgroep die ongeveer tweemaandelijks bijeenkwam;
- tijdens de bijeenkomsten werd een consensus uitgewerkt in een onderdeel van het psychologisch zorgaanbod bij screening, indicatiestelling en behandeling;
- adviezen en documentatie werden aangeleverd door Prof. Laurence Claes en Prof. Walter Vandereycken vanuit de KULeuven, Prof. Caroline Braet vanuit de UGent, en Dr. Gerbrand van Hout vanuit de Universiteit van Tilburg; Wout Van der Borght zorgde voor de connectie met de BASO.

Volgende stappen zijn gezet in de werkgroep :

- per deelthema werd geïnterviewd hoe psychologische praktijkvoering er uit ziet binnen de werksetting van de betrokken psychologen
- bijzondere aandacht ging naar knelpunten bij het uitwerken van goede (psychologische) zorg en het formuleren van mogelijke oplossingen hiervoor
- dit alles werd onderling afgestemd in de werkgroep met fasegewijze voorstellen die uiteindelijk tot dit werkboek hebben geleid.

Parallel met de uitwerking van deze werksters nam de werkgroep ook het initiatief om eigen onderzoek op te starten onder leiding van Prof. Laurence Claes (Onderzoeksgroep psychodiagnostiek en psychopathologie, KULeuven). Een tiental psychologen zijn ingeschakeld in een lopend project waarbij ze, in overleg en met goedkeuring van hun teams, een systematisch onderzoek uitvoeren naar het

psychologisch profiel van de patiënten die zich aanmelden met een problematiek van overgewicht of obesitas.

Daarnaast is er een leesgroep opgericht met het oog op het samenbrengen van relevante informatie en wetenschappelijk onderbouwde documentatie ten behoeve van een psychologisch behandelaanbod op maat.

1.1.3 Deelnemers werkgroep

Bex Annelies	Ziekenhuis Maas en Kempen
Boekaerts Els	Jessaziekenhuis Hasselt, campus Salvator
Bohler Susanne	UZ Brussel
Brants Lies	Heilig Hart Ziekenhuis Leuven
Brunelli Barbara	AZ Monica Antwerpen
Bruyninckx Karolien	Imelda Ziekenhuis Bonheiden
Ceunen Karen	RZ Tienen
Dhaene Sophie	Sint Elizabeth Ziekenhuis Zottegem
D'haese Katrien	ri AZ Maria Middelaes Gent
Excelmans Ellen	AZ Monica Antwerpen; Privépraktijk De Braam
Geerinck Katrien	Jan Palfijn Ziekenhuis Gent
Gijbels Sylvia	Jessaziekenhuis Hasselt, AZ Sint Dimpna Geel
Goffart Inge	ZOL Limburg
Hellinx Elly	AZ Sint-Augustinus Antwerpen
Hendrieckx Christel	UZ Brussel
Segers Kathleen	AZ Sint-Nikolaas Sint-Niklaas
St Strauven An	Heilig Hart Ziekenhuis Mol
Stremersch Evie	Zeepreventorium De Haan
Vandeputte An	Kenniscentrum Eetexpert.be vzw
Van der Borcht Wout	BASO, UZ Leuven
K Van Kerrebroeck Katrien	UZ Gent

1.2. Overgewicht, obesitas, gestoord eetgedrag en eetstoornissen

1.2.1 Onderscheid overgewicht en obesitas

Overgewicht verwijst naar een relatief teveel aan gewicht ten opzichte van de lengte, ongeacht de samenstelling (beenderen, spieren, vet) van dit overgewicht. Bij *obesitas (zwaarlijvigheid)* gaat het teveel aan gewicht gepaard met een toestand van overtollige vetopstapeling.

Kwantitatief is een gewicht normaal te noemen zolang het niet te sterk afwijkt van de verwachte normen volgens ontwikkeling met in achtneming van sekse en leeftijd. Bij *volwassenen* wordt hiervoor gebruik gemaakt van de *Body Mass Index (BMI)*. De BMI is een evaluatie van het gewicht in verhouding tot de lengte. Verschillende factoren kunnen het gewicht beïnvloeden, zoals botstructuur en spiermassa, zodat een relatief hogere BMI niet automatisch betekent dat men te zwaar zou zijn.

BMI = ... kg/m² [gewicht / lengte x lengte]

BMI van 25 - 30 = *overgewicht*

BMI boven 30 = *obesitas*

(bij kinderen en jongeren gebruiken we percentielen volgens de Vlaamse groeicurven)

1.2.2 Gevolgen van overgewicht en obesitas

Overgewicht en obesitas grijpen erg in op het fysiek functioneren, hetgeen ook een weerslag heeft op het psychosociaal functioneren van deze patiënten. Daarom is kennis van deze fysieke klachten voor psychologen erg belangrijk:

- verminderde mobiliteit en orthopedische problemen (belasting rug en knieën)
- verstoord lipidenpatroon in het bloed, insulineresistentie, diabetes type 2
- gastro-enterologische aandoeningen (cholelithiasis, steato-hepatitis, reflux)
- cardiovasculaire aandoeningen (o.a. hypertensie, hartfalen)
- slaapapneu, inspanningsapneu, kortademigheid
- huidafwijkingen (striemen, slechte wondheling)
- menstruatiestoornissen en subfertiliteit.

Op psychologisch vlak kunnen overgewicht en obesitas gepaard gaan met een reeks problemen die op hun beurt de toestand kunnen instandhouden of verergeren: stemmingsstoornissen, angststoornissen, verstoord lichaamsbeeld en negatief zelfbeeld, eetstoornissen, middelenmisbruik...

1.2.3 Gestoord eetgedrag bij overgewicht en obesitas

In zeldzame gevallen wordt obesitas veroorzaakt door erfelijke ziekten, hormonale stoornissen of aandoeningen van het centraal zenuwstelsel. Van enkele medicijnen is bekend dat ze overgewicht kunnen veroorzaken

De aanleg (constitutie, erfelijkheid) is verantwoordelijk voor de mate waarin iemand verdikt en de lichaamszone waar dit vooral voorkomt. Het zijn echter vooral onze eet- en leefgewoonten die leiden tot gewichtstoename.

Men onderstreept het belang van heel wat psychologische factoren die tot overeten kunnen leiden.

Voor sommigen heeft voeding een bijzondere aantrekkingskracht: zij eten in reactie op zintuigelijke prikkels (extern eetgedrag).

Anderen eten in emotionele situaties: als ze ongerust, bezorgd, geïrriteerd of gespannen zijn (emotioneel eetgedrag).

en nog anderen gaan op dieet in het compenseren voor een negatief zelfbeeld, maar verliezen controle (lijngericht eten).

Maar in werkelijkheid komen deze types vaak tegelijk voor.

In de totale groep obese personen wordt geschat dat een derde zeker een ernstig eetprobleem heeft (overeten, eetbuien), maar velen gaan verder: "hoe kan je nu zo dik worden als je geen eetstoornis hebt" en dan kan men inderdaad stellen dat obesitas een eetstoornis is.

Eetstoornissen kunnen op elke leeftijd voorkomen, maar ontstaan het vaakst in de adolescentie. De eetbuistoornis start meestal tussen 16-25 jaar maar kan ook al vóór de puberteit beginnen.

1.3 Belgische richtlijnen voor zorg bij obesitas

Algemeen baseren psychologen zich in Vlaanderen op de richtlijn van de Belgian Association for the Study of Obesity (BASO). De nadruk wordt gelegd op een goede evaluatie vooraleer een behandelingsplan uitgewerkt kan worden. Over de bijdrage van psychologen in deze richtlijn worden volgende stappen vermeld:

Psychologische zorg bij obesitas (BASO, 2010)

Algemeen

- Bij de evaluatie worden de ernst van het overgewicht, de lichaamsvetverdeling, de motivatie en het algemene gezondheidsprofiel van het individu bepaald en worden de risicofactoren en comorbiditeiten opgespoord.
- De behandeling omvat niet alleen het bereiken van een voldoende en blijvend gewichtsverlies, maar ook de verbetering van de andere risicofactoren en comorbiditeiten.

Motivatie van de patiënt

Bij de beslissing om een behandeling te starten moet rekening worden gehouden met de motivatie van de patiënt en zijn wil om zijn levensstijl te veranderen. Motivatie is de motor van succesvolle therapie, maar kan veranderen en evolueren. Het inschatten door de psycholoog van de aard en kwaliteit van de motivatie en van de factoren die bij patiënt motivatieverhogend werken, is cruciaal. Motivatie is niet iets dat je bij de patiënt kan leggen als voorwaarde voor de opstart van een behandeling. Het ontwikkelen en verstevigen van de motivatie is juist een essentieel onderdeel van het werken met de obese patiënt in een interactioneel gebeuren tussen het multidisciplinaire team en de patiënt. Bijscholen van het multidisciplinaire team in de nieuwe kaders rond motivationeel werken is raadzaam.

Aanpak

Algemeen wordt gepleit om psychologen gedragstherapie te laten invoegen in het zorgtraject. De integratie van gedragstherapie kan de therapietrouw bevorderen. Het is bedoeld als aanvulling op de voedingsaanpassing en de lichaamsbeweging. Meer specifiek omvat gedragstherapie: selfmonitoring, stressmanagement, stimuluscontrole, probleemoplossend denken, cognitieve herstructurering en gepaste sociale ondersteuning.

Bariatrische chirurgie

De geopereerde patiënten worden bij voorkeur pre- en postoperatief multidisciplinair begeleid om hun levensstijl aan te passen. Een levenslange opvolging is noodzakelijk om het eventueel ontstaan van complicaties en voedingsstekorten tijdig op te sporen. Een pre- en postoperatief begeleidingsprogramma op maat van de individuele patiënt wordt door het team opgesteld en kan uit verschillende programmaonderdelen bestaan (medische begeleiding, voedingsbegeleiding, coaching op vlak van beweging, psycho-educatie, gedragstherapie, ...)

Kinderen

Voor de behandelingsstrategie van kinderen pleit men voor een multidisciplinair langdurige opvolging van het kind en zijn gezin. In deze werktekst beperken we ons tot volwassenen. Voor kinderen en jongeren zijn duidelijke protocollen uitgewerkt. Chirurgie is niet aan de orde bij niet volgroeide jongeren.

2. Psychologisch aanbod voor patiënten met obesitas

In dit deel doorlopen we de praktische invulling van de verschillende fasen in het psychologisch aanbod voor volwassenen met obesitas. We inventariseren belangrijke knelpunten voor verdere kwaliteitsverbetering van het psychologenwerk in obesitasteams, en formuleren mogelijke oplossingen. Het psychologisch aanbod bestrijkt volgende fasen in het zorgtraject van patiënten met obesitas:

- aanmelding
- anamnese en screening
- rapportering en opmaak behandelplan
- behandeling
- evaluatie

Volgende praktijkvragen krijgen een antwoord :

- 1 Hoe melden patiënten zich en welke rol of taak krijgt de psycholoog van het obesitasteam ?
- 2 Welk psychologisch traject is wenselijk bij het algemeen obesitasconsult ?
- 3 Welke psychologisch screening is wenselijk bij het specifiek bariatrisch consult ?
- 4 Welke anamnese voert de psycholoog uit en welke psychodiagnostiek is aangewezen bij het algemeen obesitasconsult? Zijn er richtlijnen voor psychologische screening bij bariatrie?
- 5 Welke criteria kunnen psychologen hanteren bij het formuleren van behandeladvies?
- 6 Welke informatie geeft de psycholoog aan het team ?
- 7 Welke interventies kan de psycholoog doen voor de chirurgie plaatsvindt ?
- 8 Welk psychologisch behandelaanbod is geïndiceerd na chirurgie ?
- 9 Welke criteria zijn er voor de evaluatie van het psychologenwerk ?

2.1 Aanmelding

Herman, 35 jaar, heeft al heel lang obesitas, maar beschrijft een depressieve periode omwille van zijn sterk veranderde uiterlijk. Ook zijn relatieproblemen schrijft hij toe aan zijn obesitas. Nadat hij op internet enkele mensen leerde kennen die erg tevreden waren met hun maagband, wil hij zo snel mogelijk een ingreep. †

Sinds Nathalie op kamers ging wonen, is ze erg bijgekomen. Ze probeerde al heel wat diëten, maar kon haar gewicht niet normaliseren. Ze meldt zich diep ongelukkig te voelen, is wanhopig en gelooft niet meer in herstel. Ze vraagt wat ze nog kan doen.

Hun probleem mag er gelijkaardig uitzien, maar voor veel patiënten is de weg naar het obesitasteam erg verschillend. Heel uiteenlopend is ook hoe patiënten hun herstel zien en welke behandeling zij voor ogen hebben. Een aanpak sluit bij voorkeur aan bij de hulpvraag van de patiënt. Maar juist daar zit een eerste knelpunt.

KNELPUNT 1. OBESITAS: VEEL HULPVVRAGEN MAAR WIENS ZORG ?

Obesitas is een chronische aandoening met vele facetten. Patiënten hebben vaak geen duidelijk afgelijnde hulpvraag tenzij vermageren. Het is veelal door de implicaties van het overgewicht op vele levensdomeinen dat patiënten hulp zoeken: sociaal isolement, lichamelijke complicaties, negatief zelfbeeld, stemmingsstoornis... Ze gaan op zoek naar oplossingen. Sommigen bespreken dit met hun huisarts, maar in de praktijk heeft slechts een beperkt aantal eerstelijnssteams een uitgewerkt behandelaanbod voor obesitas. Niet verwonderlijk dat veel patiënten zelf verschillende mogelijkheden uitproberen. Commerciële ondernemingen spreken deze groep patiënten aan met een ruim aanbod van vermageringsmiddelen. Via de reclame is dit commerciële aanbod veel meer zichtbaar en daardoor veel toegankelijker dan het professionele zorgpad. Dit laatste wordt vaak pas in tweede instantie geraadpleegd. Op dat moment richten veel patiënten zich meteen tot de derdelijnszorg.

AANBEVELING 1

De werkgroep pleit voor een goed uitgebouwde eerstelijnszorg als ideale start van elk zorgtraject. Gezien de laagdrempeligheid zouden eerstelijnssteams al in een vroeg stadium kunnen zorgen voor een goede verkenning van elke hulpvraag, een goede basisscreening en gerichte zorgtoeleiding bij overgewicht en obesitas. Bovendien kan goede basiszorg voor heel wat patiënten mogelijks al een goed eerste zorgaanbod.

KNELPUNT 2. OBESITAS: WELK ZORGAANBOD ?

Bij de start van het professioneel zorgtraject is er weinig transparantie over waar patiënten terecht kunnen met hun hulpvraag. Hierdoor komen ze vaak toevallig bij zorgteams: doorverwijzing van de receptioniste van het ziekenhuis, ervaringen van de buurvrouw met chirurgie, een collega-specialist van de huisarts, een kliniektteam in de buurt... Daarbij is niet altijd duidelijk welk zorgaanbod diverse teams kunnen verzekeren. In de praktijk zijn er twee zorgpistes mogelijk met verschillende doelstellingen:

(1) *Aanbodgestuurde zorg*: uitgaand van een bepaalde behandelvorm wordt gescreend of een patiënt in aanmerking komt voor deze behandeling. Voorbeeld: een specialist uit het bariatrisch team screent of de patiënt aan de criteria voor een chirurgische ingreep voldoet.

(2) *Vraaggestuurde zorg* : patiënten komen bij een professional die nagaat welke hulpvraag de patiënt heeft, wat het probleem is en wat er aan kan worden gedaan. Alle opties zijn open en afhankelijk van de problematiek en de hulpvraag wordt zorg op maat voorgesteld. Voorbeeld: het eerstelijnsteam zorgt voor een multidisciplinaire screening en verwijst de patiënt gericht door; de patiënt meldt zich in een algemeen ziekenhuis bij een multidisciplinair team dat zowel een niet-chirurgisch als een bariatrisch traject voorziet en er wordt een behandelplan op maat opgesteld.

AANBEVELING 2

De werkgroep beveelt een multidisciplinair vraaggestuurd algemeen obesitasconsult aan als eerste stap. Een mogelijk traject zou zijn dat elke patiënt eerst een vraaggestuurd algemeen obesitasconsult krijgt waarin grondig wordt verkend welke hulpvraag patiënt heeft en wat er verder nodig is. Vanuit deze inschatting wordt een zorgplan opgesteld vertrekkende van de meest wenselijke zorg. Verwijzing voor specifieke zorginterventies maakt deel uit van dit zorgplan. Aanbodgestuurde screening kan wenselijk zijn om te bepalen of een patiënt in aanmerking komt voor een bepaalde zorginterventie (bv. bariatrische screening). Deze werkwijze verheldert de rol en taak van de psycholoog. Ofwel vertrekt deze vanuit een vraag naar welk zorgaanbod geïndiceerd is (algemeen zorgtoeleidingstraject), ofwel vanuit de vraag of een bepaalde behandelvorm geïndiceerd is (specifieke zorgtraject, bv. bariatrisch consult). Dit impliceert een verschillende benadering bij de psychologische screening, rapportage en indicatiestelling.

2.2 Bijdrage van de psycholoog in het algemeen consult

Nathalie is diep ongelukkig over haar uiterlijk. Ze was nog nooit bij een psycholoog en vraagt zich af wat deze voor haar kan doen...

In het traject dat uitgaat van een vraag naar brede indicatiestelling, is het doel voor het obesitasteam te verkennen welk zorgaanbod geïndiceerd is. Voor de psycholoog betekent dit dat deze een inschatting maakt van de hulpvraag van de patiënt en een grondige screening uitvoert met oog op de mogelijkheden en moeilijkheden van de patiënt. In het advies aan het team zal de psycholoog alle mogelijke oplossingen voorleggen, gebaseerd op een ruime verkenning van wat nodig is voor de patiënt.

Keuze van behandeling is resultaat van:

1. *Verkennen van hulpvraag van patiënt (& ouders bij kinderen)*
 - + 2. *Inschatten van ernst van problematiek*
 - + 3. *Afwegen van draagkracht van patiënt/omgeving*
 - + 4. *Gebruik van kennis rond goede zorgtoeleiding*

- Psychologen gaan uit van de *hulpvraag van de patiënt*. Motivationaleel is dat erg belangrijk. Onderzoek onderstreept het belang om persoonlijke autonomie, competenties en relaties te ondersteunen en te versterken.
- Bij *inschatting van de ernst van de problematiek* houdt de psycholoog rekening met zowel de ernst van het gewichtsprobleem als de ernst van het psychosociaal disfunctioneren. Dit laatste heeft betrekking op de mate waarin het gewichtsprobleem het sociale leven of de psychosociale ontwikkeling heeft verstoord en op de gevolgen van het gewichtsprobleem voor het gezinssysteem.
- Ook de *draagkracht van het gezin* speelt een cruciale rol. Er wordt gekeken naar de mate waarin de directe omgeving bij de behandeling betrokken kan/moet worden, maar evenzeer in hoever het gezin zelf ondersteuning nodig heeft. Hoe jonger de patiënt, hoe belangrijker de omgeving. De beoordeling van de *draagkracht van de cliënt* houdt rekening met de biopsychosociale aspecten van het individueel welbevinden. De psycholoog let op wat nog goed gaat en op de groeimogelijkheden van patiënt.
- Bij de keuze laat men zich ook leiden door *principes van zorgtoeleiding* bij gewichtsproblemen:
 - *continuïteit van zorg*, met oog voor het ontwikkelingsperspectief (problemen 'groeien' mee met de ouderdom);
 - *multidisciplinair aanbod*, met aandacht voor lichamelijke gezondheid, voeding

- en psychosociaal functioneren;
- *stapsgewijze aanpak op maat*, met voorkeur voor de meest haalbare en meest betaalbare hulpverlening.

Voor een goede inschatting van de aangewezen behandelvorm maken psychologen gebruik van een verkennend gesprek alsook van diagnostisch materiaal. De psycholoog zal nadien toetsen welke wensen de patiënt heeft bij invulling van de meest aangewezen behandelopties.

KNELPUNT 3. VEEL VRAGEN IN EEN KORT TIJDSBESTEK

Om financiële en praktische redenen wordt vaak vanuit het obesitasteam aan de psycholoog gevraagd om binnen een tijdsbestek van drie kwartier een goed beeld uit te werken van het psychosociaal functioneren van patiënt, van diens motivatie en beoogde behandeldoelen. Dit is meestal niet goed te realiseren in dit korte tijdsbestek. Zeker wanneer de psycholoog zich ook als doel stelt in het gesprek inzicht vergrotend te werken, een probleemsamenhang uit te werken, en een behandelplan met verwijsmogelijkheden te bespreken.

AANBEVELING 3

De werkgroep ziet een multidisciplinair vraaggestuurd algemeen obesitasconsult als eerste stap. Bij voorkeur worden hiervoor ten minste twee tot drie gesprekken met de psycholoog voorzien.

2.3 Psychologisch aanbod in het specifiek bariatrisch traject

Herman wil zo snel mogelijk een maagband en maakt een afspraak met een chirurg. Maar de dokter zegt dat hij eerst nog voor een gesprek naar de psycholoog moet. 'Waarom moet dat? Ik ben toch niet gek!'

Het bariatrisch traject vertrekt vanuit de vraag : Is een specifieke chirurgische ingreep aangewezen bij deze patiënt op dit moment ? Professionals verkennen mogelijkheden voor chirurgie, de wens van de patiënt, voorwaarden voor terugbetaling, en inventariseren aanwezige risicofactoren.

Aanmelding bariatrische heelkunde=
Verkennen van mogelijkheden van chirurgie
+ Wens van patiënt
+ Verkennen van voorwaarden RIZIV
+ Inschatten van risicofactoren

Volgens het KB over vergoedbare bariatrische ingrepen (zie bijlage) wordt van de klinisch psycholoog (of psychiater) verwacht deel te nemen aan het multidisciplinair overleg en het verslag van dit overleg mede te ondertekenen. Dit betekent dat er een structurele verankering van een psychologische screening in het terugbetalingssysteem wordt voorzien. Dit is een concretisering van de multidisciplinaire aanpak en de biopsychosociale visie op obesitas. Bij de verdere invulling is er echter afstemming nodig die in volgend knelpunt wordt gesitueerd.

KNELPUNT 4. POORTWACHTER, COACH of ONDERTEKENAAR ?

De verwachtingen rond de opdracht van de psycholoog moeten nog duidelijker worden uitgetekend, want die kunnen heel divers en vaak onuitgesproken blijven in het obesitasteam :

- sommige teams plaatsen de psycholoog in de rol van poortwachter waarbij deze moet oordelen of bariatrische interventie wenselijk is bij een patiënt
- andere teams verwachten van de psycholoog prechirurgisch maatwerk bij het psychosociale herstelproces, m.a.w. de psycholoog als 'herstelcoach'
- in sommige teams heeft de psycholoog een louter 'ceremoniële' functie als ondertekenaar bij het indienen van het dossier.

AANBEVELING 4

- Vanuit de onderzoeksliteratuur kunnen er op dit moment geen psychosociale factoren aangeduid worden die chirurgie bij welbepaalde patiënten uitsluiten. De werkgroep pleit ervoor dat de psycholoog een duidelijke taak als herstelcoach en expert gedragsverandering krijgt.

- Verder beveelt de werkgroep aan om vanuit het beleid richtlijnen op te stellen voor de inventarisatie van psychosociale risicofactoren als start van een minimale trajectcoaching rond gedragsverandering. Internationaal pleit men voor het verankeren van psychodiagnostische screening in het psychosociaal hersteltraject: prechirurgisch goede psychodiagnostiek voor goede zorg op maat na chirurgie en opvang van factoren die een belastende/nadelige invloed zouden kunnen hebben op het behandelresultaat. Daarenboven richt de psycholoog zich op het inschatten van de mogelijkheden van patiënt, zijn motivatie en verwachtingen, en de opmaak van een psycho-educatieplan. Prechirurgisch psychologisch werk als fundament voor een postchirurgisch psychosociaal hersteltraject levert een gevoelige verbetering op wat betreft therapietrouw, gewichtsresultaten en levenskwaliteit van de patiënten. De werkgroep is van oordeel dat een minimaal postchirurgisch traject vanuit multidisciplinair oogpunt omschreven moet worden. Hierbij moet terugbetaling van een deel van de kosten voorzien worden om dit voor de patiënt haalbaar te maken.)

- Ten slotte kant de werkgroep zich tegen de 'ceremoniële' functie die sommige psychologen moeten vervullen waarbij ze voor (en soms zelfs na) de chirurgische ingreep onder druk gezet worden om hun handtekening te zetten op het multidisciplinair verslag vereist voor het verkrijgen van terugbetaling. Goede kwaliteitsbewaking door de overheid veronderstelt hier ook een meldpunt voor probleemsituaties.

2.4 Screening : anamnese en psychodiagnostiek

Omdat aanpak van obesitas het hele psychosociale functioneren beïnvloedt, worden Herman en Nathalie door de arts naar de psycholoog verwezen voor twee gesprekken. Met de verkregen informatie zal de psycholoog hen maatgericht bijstaan in hun hersteltraject.

Het psychologisch onderzoek in de screeningsfase heeft als doel voor maatwerk te zorgen in de verdere behandeling van patiënten met obesitas : risico's en sterktes inschatten, de kans op succes vergroten, adviseren en hulp bieden via psycho-educatie. Daartoe voert de psycholoog een psychologische anamnese en psychodiagnostisch onderzoek uit.

Welke anamnese voert de psycholoog uit ?

In de psychosociale anamnese verdiept de psycholoog minimaal volgende thema's:

- Motivatie voor aanpak van obesitas.
- Verwachtingen en kennis met betrekking tot herstel.
- Verkenning van eetgerelateerd gedrag: eetstoornissen, controleverlies, type

overeten, functie van eetgedrag.

- Verkenning van andere symptomen: roken, drug- en alcoholgebruik.
- Aanwezigheid van persoonlijkheidsproblemen.
- Inschatting van cognitief en intellectueel functioneren.
- Psychologisch functioneren: zelfbeeld, lichaamsbeeld, welbevinden, coping, belangrijke levensgebeurtenissen, angst en depressie (suïciderisico), emotieregulatie, cognitieve schema's.
- Sociaal functioneren: relationeel, werk, vrije tijd, sociaal netwerk.

Om de motivatie aan te wakkeren is het belangrijk dat patiënten duidelijke informatie krijgen over wat het doel is van de psychologische consulten. Dit hangt samen met transparantie voor teamleden in de opdracht en verwachting bij het psychologisch aanbod bij het obesitasconsult (zie knelpunt 4).

Welke psychodiagnostiek is aangewezen ?

De werkgroep selecteerde in overleg met Prof. Laurence Claes (KUL) en Prof. Caroline Braet (UGent) een basispakket van vragenlijsten ter ondersteuning van de screening bij obesitas. Met dit pakket is ook een pilootonderzoek in Vlaanderen gestart rond het psychologisch profiel van de obesitaspatiënt die zich aanmeldt op het bariatrische consult. De afname van de gekozen vragenlijsten neemt een klein uurtje in beslag. De vragenlijsten zijn getest op betrouwbaarheid en validiteit, met normen voor Nederlandstalige populaties.

SCL-90 of Symptom Checklist meet psychische en fysieke klachten met 90 items.

Deze vragenlijst is interessant voor overgewicht omwille van interpersoonlijke sensitiviteit of sociale overgevoeligheid (aansluiting met anderen).

NVE of Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag meet drie types van eetgedrag:

lijnen, emotioneel eten (opgesplitst in eten bij diffuse emoties en eten bij duidelijk omschreven emoties) en extern eten. De vragenlijst bestaat uit 33 items en is interessant in het onderscheiden van verschillende soorten eetgedrag bij obesen. Vooral bij jonge meisjes kan men hierdoor emotionele en externe eters van elkaar onderscheiden.

EDE-Q of Eating Disorder Examination - Questionnaire Form is een vragenlijst afgeleid van het gelijknamige interview. Het geeft een indicatie van de aanwezigheid en ernst van een eetstoornis. Eventueel op itemniveau bekijken.

NEO-FFI of NEO Five Factor Inventory bevraagt verschillende persoonlijkheidskenmerken. Wij opteren voor de 60 itemversie. Bij mensen met obesitas is het vooral interessant om de mate van controle en impulsiviteit te meten! Output wordt verkregen op de 'Big 5': neuroticisme vs. emotionele stabiliteit; extraversie vs. introversie; openheid voor nieuwe ervaringen/creativiteit; consciëntieusheid; vriendelijkheid vs. vijandigheid. Men kan ook groepen met veel, weinig of normale controle differentiëren en op basis van vijf schalen kan men subtypes van patiënten onderscheiden met/zonder

persoonlijkheidsproblemen.

UCL of Utrechtse Copinglijst bevraagt verschillende wijzen waarop mensen omgaan met problemen (copingstrategieën). Er zijn 47 items verdeeld over zeven schalen: actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties, en geruststellende en troostende gedachten. Het kan een goed aanknopingspunt zijn om feedback te geven naar de patiënt.

KNELPUNT 5. HINDERNISSEN BIJ PSYCHODIAGNOSTIEK

- Vragenlijsten specifiek voor klachten gerelateerd aan obesitas bestaan niet echt. Psychodiagnostisch materiaal gebruikt bij eetstoornissen is niet zomaar over te brengen naar obesitas! Onderzoek naar de problematiek van zelfcontrole is lopende. Dit lijkt belangrijk bij het screenen voor bariatrische heelkunde om een zicht te krijgen op impulscontrole en eetbuien!
- We weten te weinig over de mogelijke persoonlijkheidsproblemen bij obesitas.
- Gebruik van intelligentievragenlijsten kan overwogen worden bij patiënten met beperkt cognitief functioneren om een inschatting te maken van hun begrip van de ingreep en de impact ervan. Is dit wel haalbaar in de praktijk?
- Ondanks sterke inhoudelijke argumenten lokken vragenlijsten in de praktijk vaak weerstand. Patiënten die zich aanmelden op het bariatrisch consult zijn vaak erg gericht op een operatie. Psychologische vragenlijsten invullen is niet meteen wat ze verwachten. Bovendien is er bij velen de angst om op basis van deze vragenlijsten te worden 'afgekeurd voor chirurgie'!
- Heel wat vragenlijsten zijn duur en er is bovendien de tijdsdruk voor psychologen en psychiaters.

AANBEVELING 5

- De werkgroep stelt dat een bariatrische ingreep een grote maatschappelijke investering is met een hoog kostenplaatje en levenslange implicaties voor de betrokkene. Dit verdient dus de beste zorg. Gezien terugbetaling alleen kan mits screening door de psycholoog, moeten de betrokken klinieken zich voorzien van de nodige psychodiagnostische hulpmiddelen. Dit is ook zo voor de medische screening.
- De werkgroep stelt voor dat de arts van het obesitasteam tijdens het medisch consult steeds de patiënt informeert over het belang van het psychologisch onderzoek en zo de medewerking aanmoedigt. De mogelijke weerstand om waarheidsgetrouw de vragenlijsten in te vullen zal verminderen wanneer de arts de testing kadert niet als een methode om de geschiktheid voor bariatrische chirurgie te bepalen maar om een begeleiding op maat na de ingreep mogelijk te maken en herstelkansen te maximaliseren (zie knelpunt 4: psycholoog als herstelcoach in plaats van poortwachter).

- De werkgroep stelt voor om minstens twee afspraken met de psycholoog te plannen: in de eerste sessie heeft het klinisch interview plaats en worden vragenlijsten afgenomen; in het tweede consult worden de resultaten van de testing met de patiënt overlopen. Indien er maar ruimte is voor één consult, kunnen de vragenlijsten op voorhand met een begeleidende brief meegegeven worden.

2.5 Samenwerking met andere disciplines

Herman en Nathalie worden uitgenodigd door verschillende teamleden van het obesitasteam. Deze stellen soms dezelfde vragen opnieuw en dat is frustrerend. Zouden de teamleden hun informatie niet kunnen delen en beter overleggen ?

Goede multidisciplinaire samenwerking veronderstelt een gedeelde visie, efficiënte informatie-uitwisseling tussen disciplines, rapportering op maat, regelmatig teamoverleg en een gemeenschappelijk behandelplan.

KNELPUNT 6. WELKE INFORMATIE MET WIE DELEN ?

In de praktijk blijkt het delen van informatie in een multidisciplinair obesitasteam niet zo vanzelfsprekend.

-Een gemeenschappelijk patiëntendossier is nog niet voorzien.

-Het is niet duidelijk welke informatie gedeeld kan worden volgens de deontologische regels van elke discipline.

-Snelle informatiedoorstroming is niet haalbaar in een werking met veel patiënten, waarbij alle consulten op één dag na elkaar gepland zijn en weinig direct teamoverleg is voorzien.

AANBEVELING 6

-Efficiënt samenwerken vraagt snelle en doordachte uitwisseling van informatie op een veilige manier. Het gebruik van een elektronisch patiëntendossier biedt hier vele mogelijkheden.

-Hiervoor is een nieuwe benadering van multidisciplinair samenwerken nodig, namelijk dat verschillende disciplines in hetzelfde patiëntendossier schrijven.

De nieuwe invulling van multidisciplinaire samenwerking vraagt een aanvulling op het *gedeeld beroepsgeheim*. 'Het gedeeld beroepsgeheim slaat op de contacten met andere beroepsbeoefenaren of instanties die betrokken zijn bij de realisatie of de voortzetting van de hulp- of zorgverlening. Het geldt voor de uitwisseling van gegevens zowel tussen beroepsgenoten binnen eenzelfde instelling als tussen

vertegenwoordigers van verschillende instellingen die gezamenlijk betrokken zijn bij de hulp- of zorgverstrekking van de cliënt. Enkel de gegevens die strikt noodzakelijk zijn voor de hulp- of zorgverlening kunnen dan worden doorgegeven.'

-De meerwaarde van teamwerk is dat er verbanden kunnen worden gelegd in de informatie die elk teamlid vanuit zijn expertise heeft verzameld. Hierbij is het *gezamenlijk beroepsgeheim* een aanvulling op het gedeeld beroepsgeheim. Het gezamenlijk beroepsgeheim rust op een team als dusdanig in plaats van op elk teamlid afzonderlijk en impliceert dat er tussen de teamleden onderling geen grenzen van beroepsgeheim bestaan; zo kan alle informatie aangaande de psychosociale context van de patiënt vrij circuleren binnen het team (Rechtskundig Weekblad, september 2004).

-Voor een goede teamsamenwerking is het essentieel dat de betrokken disciplines regelmatig samenkomen en gericht overleg plegen op een directe wijze. Efficiënte overlegtijd vraagt goede voorbereiding en een gerichte opvolging van conclusies. Overleg fungeert als motor in het behandelproces. Dit vergt extra werktijd en daaraan gekoppelde financiële vergoeding.

2.6 Verslaggeving

Herman en Nathalie vragen zich af wie wat van hen weet en wat er met deze informatie gebeurt.

Verschillende doelstellingen kunnen aan de basis liggen van de verslagvoering. Naast verschil in uitgebreidheid is er ook heel wat verschil qua niveau van uitwerking: soms blijven verslagen puur beschrijvend, andere geven een probleembeschrijving en een werkhypothese met behandelplan. Het is niet steeds duidelijk welk doel en welke uitwerking obesitasteams verwachten bij psychologische rapporten. Er blijken tevens veel verschillen in de huisregels rond verspreiding van psychologische verslagen, waarbij het voor patiënten niet steeds duidelijk is wat er met het verslag kan gebeuren en wie toegang krijgt.

KNELPUNT 7. DOEL, UITWERKING EN GEBRUIK VAN RAPPORTERING

-De rapportering blijft onduidelijk omdat het doel van het obesitasconsult bij de psycholoog niet steeds duidelijk is. Bij vraaggestuurde zorg (zie aanbeveling 2) zal rapportering gericht zijn op de uitwerking van een goed behandelplan en dus alle belangrijke levensterreinen van de patiënt belichten. In het bariatrische consult bij aanbodgestuurde zorg zal het team mogelijk voorkeur geven aan een beknopt verslag met advies van de psycholoog inzake pre- en postchirurgisch herstel.

-Er is vaak ook onvoldoende duidelijkheid voor patiënt, psycholoog en/of arts over het gebruik en de verspreiding van het psychologisch verslag. Zo zijn de essentiële spelregels (doel, intern gebruik van het verslag, identiteit van lezers, extern doorgeven van verslagen, digitaal doorsturen, archivering ...) zelden schriftelijk

vastgelegd binnen het team en uitgelegd aan de betrokken patiënt.

AANBEVELING 7

De werkgroep pleit voor het scherpstellen van het doel van rapportering:

-Een *psychologisch verslag* is gericht op het bundelen van alle informatie die is verkregen ten behoeve van verdere behandeling.

-Een *adviesverslag* beschrijft kort het resultaat van de psychodiagnostische screening ten behoeve van het obesitasteam dat een beslissing moeten nemen rond de eventuele ingreep en de invulling van het nodige pre- en postchirurgisch zorgtraject.

-Verheldering van de verwachtingen ten aanzien van het psychologisch verslag kan door middel van volgende vragen:

Voor wie ? Een adviesverslag voor de chirurg heeft een andere inhoud dan een adviesverslag voor de ziekteverzekering. Bij de keuze welke persoonlijke informatie doorgegeven kan worden is het belangrijk zicht te hebben wie het dossier allemaal kan 'gebruiken' en in welke vorm. Is het vanzelfsprekend dat het psychologisch verslag naar de ziekteverzekering doorgestuurd wordt zonder overleg met psycholoog en patiënt?

Wat ? Op welke vraag wil het verslag een antwoord geven ? Een uitgebreid psychologisch verslag voor de chirurg die een snelle inschatting wil, heeft kans als 'balast' gezien te worden.

Waar ? Een uitgebreid verslag opnemen in het elektronisch dossier is wellicht niet op zijn plaats; een samenvatting of gericht advies daarentegen wel.

Wanneer ? Binnen welke periode moet het verslag klaar zijn ?

Hoe ? Hoe kent de psycholoog de specifieke verwachtingen van het verslag ? Misschien is een standaard aanvraagformulier nuttig ter oriëntering van de psycholoog ?

-De werkgroep pleit ervoor om volgende elementen in verband met rapportering in het obesitasteam expliciet overeen te komen:

 geldigheidsduur van verslagen (opmaakdatum, vervaldatum)

 intern gebruik van het verslag (wie kan het verslag inzien ?)

 extern doorgeven van verslagen (schriftelijke toestemming van patiënt en betrokken teamleden)

 beveiliging van digitale verzending en archivering van rapporten.

2.7 Opstellen van een behandelplan

Wat is het probleem van Nathalie en Herman? Hoe moet dit verder worden aangepakt en welke rol speelt de psycholoog daarbij ?

Na de screening integreert het obesitasteam alle bevindingen tot een gezamenlijke probleemomschrijving waarna de behandeldoelen afgesproken worden en een stappenplan voor de meest aangewezen behandeling opgesteld wordt.

Eigen aan het *algemene obesitasconsult* is de keuze om aan patiënten de best geïndiceerde zorg voor te stellen ('informed consent'). In overleg wordt bekeken welke behandeling het beste aansluit bij de patiënt en zijn problematiek. De tabel van de BASO geeft de belangrijkste mogelijkheden weer. Soms gebeurt de behandeling binnen de eigen setting; in andere gevallen wordt verwezen naar andere centra of hulpverleners.

Selectie van behandelingsstrategieën in functie van andere comorbiditeiten of risicofactoren (BASO, 2002)

<i>Behandeling</i>	BMI 25,0-26,9	BMI 27,0-29,9	BMI 30,0-34,9	BMI 35,0-39,9	BMI ≥40,0
<i>Dieet, fysieke activiteit & gedragstherapie</i>	comorbiditeiten	comorbiditeiten	+	+	+
<i>Farmacotherapie</i>		comorbiditeiten	+	+	+
<i>Bariatrische chirurgie</i>				comorbiditeiten	+

+ geeft aan dat een strategie geïndiceerd is ook zonder aanwezigheid van comorbiditeiten

Bij *opmaak van het behandelplan* na het bariatrisch consult houdt men rekening met psychosociale variabelen inherent aan de doelgroep van obesitaspatiënten: de verhoogde prevalentie van depressie en angststoornissen. Daarnaast houdt men ook rekening met variabelen die inherent zijn aan bariatrische chirurgie, zoals angst voor gewichtstoename, gevoel van derealisatie, verstoorde lichaamsbeleving, verstoord eetpatroon... Zoals eerder vernoemd hoeven deze problemen niet per definitie contra-indicaties te vormen voor chirurgie, maar kunnen ze richtinggevend zijn voor verdere begeleiding. Een goede inschatting van de capaciteiten van de patiënt maakt mogelijk dat deze de gepaste zorg aangeboden krijgt (postoperatieve ondersteuning). Bariatrische chirurgie kan zo voor significant gewichtsverlies en verbeterde levenskwaliteit zorgen, ook bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening.

2.8 Verder psychologisch behandelaanbod

Wat kunnen Herman en Nathalie buiten de chirurgische ingreep verwachten van psychologische begeleiding ?

In veel teams gaat het behandelplan niet verder dan een werkplan voor de screening en de ingreep. Er wordt zelden een behandelplan op langere termijn opgesteld. De werkgroep pleit er voor om al voor de chirurgische ingreep ook een werkplan op te stellen voor de postoperatieve periode. Deze nazorg kan, naargelang de mogelijkheden of visie van het obesitasteam, min of meer uitgebreid zijn.

De taak van de psycholoog binnen het verdere zorgtraject is ruim: geven van psycho-educatie, uitvoeren van motiverende gespreksvoering, starten van psychotherapie of doorverwijzen voor specifieke hulpverlening.

Belangrijke thema's die aan bod kunnen komen tijdens psychologische begeleiding:

- Psycho-educatie betreffende ontstaan van obesitas, gezonde levensstijl...
- Motivatieverhoging door het versterken van basisbehoeften rond autonomie, competentie en verbondenheid.
- Gedragsverandering: herkennen van risicosituaties, zelfcontrolestrategieën aanleren, responspreventie, enz.
- Leren herkennen van disfunctionele gedachtepatronen omtrent eetgedrag, gewicht en zelfbeeld.
- Sociale-vaardigheidstraining
- Aandacht voor terugvalpreventie.

In Vlaanderen is het psychologisch behandelaanbod voor patiënten met overgewicht of obesitas overwegend gedragstherapeutisch geïnspireerd. Afhankelijk van de mogelijkheden wordt er individueel of in groep gewerkt.

Afhankelijk van de probleemstelling en de hulpvraag van de patiënt, werkt men

samen met verschillende zorgpartners:

- 2 huisarts of medisch specialist met het oog op somatisch herstel en zorg voor complicaties van obesitas en/of de ingreep;
- 3 klinisch psycholoog met het oog op psychosociaal herstel;
- 4 diëtist met het oog op voedingsherstel;
- 5 kinesitherapeut met het oog op aangepast bewegingsgedrag.

KNELPUNT 8. WEINIG ECHTE MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Multidisciplinair werken geldt als gouden standaard in het behandeltraject bij obesitas. De regelgeving in verband met vergoeding van bariatrische ingrepen benadrukt dit. Het zorgt ervoor dat in de meeste teams partners van verschillende discipline werken. Maar echte multidisciplinaire samenwerking veronderstelt meer dan onder één dak werken in verschillende burelen.

AANBEVELING 8

De werkgroep pleit voor verdere uitbouw van multidisciplinaire samenwerking. Er is echte teamwerking nodig met het oog op een efficiënter en kwaliteitsvoller zorgaanbod op maat van de obesitaspatiënt.

2.9 Evaluatie van het behandelresultaat

Kwaliteitsvol handelen is gericht nagaan of psychologische zorg bereikt wat ze bedoelt. Bij het zorgaanbod voor obese patiënten is dat echter niet zo makkelijk. In het algemeen is er weinig consensus over het opmeten van postoperatief succes: gewichtsverlies, afname van somatische risico's, vermindering van psychosociale problematiek, verhoogd welbevinden, betere levenskwaliteit? Men lijkt steeds meer te refereren aan gezondheidsrisico's in plaats van gewichtsverlies als maat van behandel succes.

3. Uitdagingen bij de organisatie van obesitaszorg

In de zorg voor obesitas is er de laatste jaren veel positief veranderd : steeds meer settings voorzien een veelzijdig aanbod, medische specialisten werken samen met psychologen en diëtisten, en ook eerstelijnssteams raken geïnteresseerd in een specifieke aanpak. De werkgroep ziet echter ook uitdagingen voor de organisatie van nog betere zorg bij obesitas. De voorstellen komen voort uit reflecties over verbetering van het werk van psychologen, maar kunnen bijdragen tot de uitbouw van een betere zorgorganisatie.

Indicatiestelling

Het zorgtraject rond obesitas start idealiter in de eerste lijn die de groep van risicopatiënten vroegtijdig en laagdrempelig kan identificeren en doorverwijzen. Vanuit een algemene zorgvraag kan geïnventariseerd worden wat het probleem is en welke basiszorg geïndiceerd is. Meer gespecialiseerde obesitasteams in de tweede en derde lijn kunnen dan tussenkomen wanneer meer expertise vereist is. Aanmelding voor bariatrische zorg moet steeds voorafgegaan worden door een algemeen multidisciplinair obesitasconsult.

Algemeen wordt aangenomen dat multidisciplinariteit vereist is bij screening, indicatiestelling en behandeling. Toch kan concrete vormgeving van die samenwerking tussen verschillende disciplines nog beter. Door te weinig informatie-uitwisseling en overleg gaat er tijd en energie verloren. Dezelfde informatie wordt door verschillende disciplines bevraagd in te weinig tijd. Er gaat erg veel tijd in rapportering terwijl niet steeds duidelijk is wat de teamleden hierbij van elkaar verwachten. Professionalisering is nodig bij de opmaak van een profiel van elke patiënt voor goede zorg op maat. Elektronische informatie-uitwisseling moet aangemoedigd worden maar met expliciete afspraken rond informatiedeling en -verspreiding.

Behandelplan

De kracht van samenwerking tussen verschillende disciplines wordt te weinig gebruikt wanneer er te weinig systematisch fysiek teamoverleg plaatsvindt. In het algemeen wordt te weinig overlegd over een zorgplan op lange termijn. Men denkt over allerlei mogelijke interventies maar te weinig over geïntegreerde zorgtrajecten. Multidisciplinaire behandelplannen worden zelden uitgewerkt voor de postbariatrische periode. Er zitten nog heel wat opportuniteiten in het integreren van multidisciplinaire informatie uit de screeningsfase bij de opmaak van een patiëntgericht behandelplan.

Multidisciplinair behandelaanbod

Na chirurgie vraagt men van patiënten niet alleen ander eetgedrag, maar ook veel gedragsverandering op diverse terreinen. Bovendien verandert er psychosociaal heel

wat na de bariatrische ingreep. Wie zal dit begeleiden ? Er is een hoge drop-out bij postoperatieve begeleiding. Ook teams die investeren in een kwaliteitsvol prechirurgisch zorgtraject beschrijven veel 'medical shopping' naar settings waar geen voortraject wordt aangeboden. Algemeen geldt toch dat een goede voorbereiding op verandering van leefstijl na chirurgie betere resultaten oplevert.

Het multidisciplinair samenwerken bij behandeling kan beter en gericht. Obesitas vraagt samenwerking over disciplines heen. Daarvoor hebben we duidelijke richtlijnen of draaiboeken nodig per discipline die naadloos op elkaar aansluiten en elkaar aanvullen. Er is bovendien vorming nodig in het doorgedreven multidisciplinair samenwerken en uitwerken van goede zorg op maat.

Opvolging en evaluatie

Er ontbreekt consensus over maten van verbetering in het zorgtraject voor obesitas. Tegelijk is er nog geen opvolgingscultuur : er is nog weerstand tegen systematische evaluatie (biopsychosociaal) terwijl dit juist de nodige feedback oplevert om de eigen werkwijze bij te sturen en te professionaliseren.

Terugbetalingsbeleid

Het bariatrisch aanbod is voor een specifieke doelgroep een goed zorgaanbod, zeker in combinatie met gedragstherapie en voedingsherstel. Maar het ontbreken van terugbetaling (RIZIV) voor niet-bariatrische zorg leidt tot onbedoelde effecten. Gezien het bariatrisch aanbod via tussenkomst door de ziekteverzekering goedkoper lijkt, is er potentieel een risico tot overconsumptie. Patiënten worden paradoxaal 'beloond' voor gewichtstoename : 'Ik wacht nog wel even tot ik BMI 40 haal want dan krijg ik mijn operatie'. Mensen zien bariatrische chirurgie als de ultieme redding waar ze recht op hebben, het is niet altijd een weloverwogen keuze volgend op een goed uitgevoerd en nagekomen behandelaanbod.

Beloning van vroegtijdig ingrijpen (eerstelijnszorg) is broodnodig om bariatrische chirurgie als interventie efficiënt en gericht te kunnen inzetten. Idealiter moet een goed gepland en tijdig uitgevoerd zorgtraject voor overgewicht of obesitas en niet de chirurgische interventie als laatste kans beloond worden. Dat de tussenkomsten van psychologen nog niet tot de vergoedbare gezondheidszorg behoren blijft een ernstige handicap en een discriminatie van de financieel zwakkeren in onze maatschappij.

BIJLAGE 1: KONINKLIJKE BESLUITEN VAN 3 augustus 2007 en van 13 juni 2010

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

3 AUGUSTUS 2007. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 14, d), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005, 27 december 2005, 13 december 2006 en 27 december 2006, en § 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 10 augustus 2001, en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op het artikel 14 d), gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 november 1984, 23 mei 1985, 22 juli 1988, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1995, 9 oktober 1998, 26 maart 2003, 27 maart 2003, 22 april 2003 en 20 juni 2005;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 18 januari 2005;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gegeven op 18 januari 2005;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 14 maart 2005;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole gegeven op 21 maart 2005;

Gelet op de beslissingen van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 11 april 2005 en 18 december 2006;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 12 februari 2007;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 11 april 2007;

Gelet op advies 42.795/1 van de Raad van State, gegeven op 14 juni 2007;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 14 d), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de koninklijke

Klinische psychologie in het obesitasteam – Copyright vzw Eetexpert.be

besluiten van 14 november 1984, 23 mei 1985, 22 juli 1988, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1995, 9 oktober 1998, 26 maart 2003, 27 maart 2003, 22 april 2003 en 20 juni 2005, wordt aangevuld als volgt:

« Behandeling van morbide obesitas

- | | |
|---------------|---|
| 241776-241780 | Reducerende gastroplastie (Mason, Sleeve) (ter behandeling van morbide obesitas), door laparotomie N 400 |
| 241791-241802 | Reducerende gastroplastie (Mason, Sleeve) (ter behandeling van morbide obesitas), door laparoscopie N 400 |
| 241813-241824 | Reducerende gastroplastie door plaatsen van een aanpasbare maagring ("gastric banding") (ter behandeling van morbide obesitas), door laparoscopie N 400 |
| 241835-241846 | Reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch) (ter behandeling van morbide obesitas), door laparotomie N 650 |
| 241850-241861 | Reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch) (ter behandeling van morbide obesitas), door laparoscopie N 650 |

Deze verstrekkingen zijn slechts aanrekenbaar op de volgende voorwaarden :

1° "BMI" => 40;

2° vanaf 18 jaar tot en met 60 jaar;

3° minstens gedurende 1 jaar een gedocumenteerde dieetbehandeling hebben gevolgd zonder blijvend succes;

4° na het uitvoeren van een multidisciplinair bariatrisch overleg waar naast de geneesheer-specialist in de chirurgie tevens tenminste een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde met een bijzonder beroepstitel in de endocrinologie-diabetologie en een geneesheer-specialist in de psychiatrie of een klinisch psycholoog aan hebben deelgenomen. Het verslag van dit overleg met de gezamenlijke indicatiestelling tot chirurgische ingreep wordt ondertekend door de drie deelnemers van de vermelde disciplines. Het verslag van het overleg bevindt zich samen met de gegevens over de dieettherapie in het medisch dossier. ».

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 3 augustus 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken,

D. DONFUT

Publicatie: 30 augustus 2007

Klinische psychologie in het obesitasteam – Copyright vzw Eetexpert.be

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

13 JUNI 2010. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 14, d), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, vierde lid, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005, en § 2, eerste lid, 1°, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 28 april 2009;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 28 april 2009;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 22 juni 2009;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 22 juli 2009;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 16 november 2009;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 24 februari 2010;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 5 maart 2010;

Gelet op advies 47.971/2 van de Raad van State, gegeven op 28 april 2010;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,
Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 14, d), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 29 april 2008, onder het opschrift « Behandeling van morbide obesitas », worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1°in het opschrift "Behandeling van morbide obesitas" wordt het woord "morbide"

geschrapd;

2° in de omschrijving van de verstrekkingen 241776-241780, 241791-241802, 241813-241824, 241835-241846 en 241850-241861, wordt het woord "morbide" geschrapd;

3° de eerste voorwaarde voor terugbetaling van de betreffende verstrekkingen wordt vervangen als volgt :

« 1° op het moment van de chirurgische indicatiestelling $BMI \geq 40$ ofwel $BMI \geq 35$ in combinatie met minstens één van volgende criteria :

- a) met geneesmiddelen behandelde diabetes;
 - b) therapieresistente hypertensie gedefinieerd als een bloeddruk $>140/90$ mmHg, ondanks behandeling gedurende minstens 1 jaar met een gelijktijdige inname van 3 antihypertensiva;
 - c) slaapapneusyndroom geobjectiveerd door middel van polysomnografisch onderzoek uitgevoerd in een centrum met een overeenkomst zoals bedoeld in artikel 22, 6° en 23, § 3, van de wet voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994, betreffende de diagnose en behandeling van het obstructief slaapapneusyndroom;
 - d) heringreep na complicatie of onvoldoende resultaat van een vorige bariatrische ingreep;
- »;

4° de voorwaarden voor terugbetaling van de betreffende verstrekkingen worden aangevuld als volgt :

« 5° voorafgaand aan de ingreep maakt de behandelend geneesheer een standaardformulier ter notificatie over aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. De modaliteiten van dit notificatieformulier worden vastgesteld door het Verzekeringscomité; 6° per ziekenhuis wordt tevens een register bijgehouden van alle bariatrische ingrepen. De modaliteiten van deze registratie worden vastgesteld door het Verzekeringscomité. »

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Art. 3. De Minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 13 juni 2010.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie,
Mevr. L. ONKELINX

Publicatie: 29 juli 2010

BIJLAGE 2: BEVINDINGEN LEESGROEP ivm psychosociale factoren (werktekst mei 2011)

Uitgangspunt opstart leesgroep : de klinisch psycholoog als gate keeper ?

Het bepalen van psychosociale factoren die de outcome van een patiënt na bariatrische chirurgie kunnen bepalen, is uitdagend. Er is een toenemende erkenning ontstaan voor de nood aan het bepalen van psychiatrische factoren die voldoende ernstig zijn om een contra-indicatie voor bariatrische chirurgie te vormen, maar ook voor het bepalen van factoren die een compromitterende invloed zouden kunnen hebben op de outcome (Greenberg et al., 2009). Aangezien er op dit moment nog geen consensus bestaat binnen het werkveld met betrekking tot welke psychosociale elementen een voldoende predictieve waarde hebben voor het psychisch welzijn en gewichtsverlies na bariatrische chirurgie, ontstond de vraag binnen de werkgroep om via literatuurstudie een lijst op te stellen van psychosociale predictoren die het succes van bariatrische chirurgie bepalen. Deze opsomming van factoren zou door de klinisch psycholoog als leidraad gebruikt worden om te bepalen of een kandidaat in aanmerking komt voor bariatrische chirurgie. Dit impliceert de psycholoog in een 'gatekeeperfunctie' (Sogg & Mori, 2008). Wanneer er voldoende negatieve predictoren en te weinig beschermende factoren aanwezig zijn, zou chirurgie (nog) niet aangewezen zijn voor de patiënt.

Probleemstelling 1: verhoogde aanwezigheid van psychopathologie onder deze patiënten

De prevalentie van een as-I stoornis binnen cliënten varieerde tussen 20 à 60 %, met een lifetime prevalentie van 70% (Greenberg et al., 2009; Marcus et al., 2009; Sarwer et al., 2005). Stemmingsstoornissen zoals majeure depressie en dysthyme stoornis zijn het meest voorkomend. Daarnaast is er een hogere incidentie van suïcide onder bariatrische patiënten, die een aanwijzing zou kunnen zijn van de hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen onder deze patiënten (Marcus et al., 2009). Angststoornissen, waaronder gegeneraliseerde angststoornis en sociale fobie, worden bij 48% van de kandidaten gediagnosticeerd. (Greenberg et al., 2009; Marcus et al., 2009; Sarwer et al., 2005). Een minderheid van de patiënten vertoont middelenmisbruik. De lifetime prevalentie van middelenmisbruik bedraagt 32,6% en bij 1,7% was het misbruik aanwezig op moment van aanmelding (Marcus et al., 2009). 29 % tot 72% vertoonde een AS-II stoornis. De meest voorkomende as-II stoornis is een vermijdende persoonlijkheid, geassocieerd met de neiging om het sociaal oordeel te ontvluchten (Marcus et al., 2009; Sarwer et al., 2005). Daarnaast komen ook de borderline, schizotypale en passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis vaak voor (Sarwer et al., 2005). 25% van de patiënten gaf aan dat zij behandeling kregen binnen de geestelijke gezondheidszorg en 12 tot 38% gebruikt psychofarmaca (Sarwer et al., 2005).

In vergelijking met de obese controlegroep geeft de meerderheid van de patiënten hogere niveaus aan van honger en controleverlies (Sarwer et al., 2005). 10% tot 50% van de kandidaten gaf aan aan BED (binge eating disorder, grote hoeveelheid voedsel tot zich nemen binnen 2 uur met een subjectief gevoel van controleverlies) te lijden (Sarwer et al., 2005). Tot 40% van de patiënten lijden aan NES (night eating syndrome, geen hongergevoel 's morgens, hyperfagie 's avonds, 's nachts wakker worden en eten) (Sarwer et al., 2005). De hoge cijfers zijn enigszins te wijten aan niet gespecificeerde klinische interviews die gebruikt werden als psychodiagnostiek. Postoperatieve diagnostiek is problematisch aangezien de patiënten nooit beantwoorden aan het criterium 'veel eten'. Naast deze pathologie rapporteren deze

Klinische psychologie in het obesitasteam – Copyright vzw Eetexpert.be

patiënten een moeilijke verstandhouding met de partner en seksuele problemen. (Sarwer et al., 2005).

Bij deze cijfers maken we twee bedenkingen. Ten eerste is de relatie tussen extreme obesitas en psychopathologie gecompliceerd. Het is niet duidelijk of psychopathologie een oorzaak of gevolg is van obesitas. De ene eet excessief als een maladaptief copingmechanisme, de andere lijdt onder de gezondheidseffecten en het sociaal stigma dat kan bijdragen tot een stemmings- of angststoornis (Sarwer et al., 2005). Ten tweede kan de invloed van een psychiatrische stoornis zowel positief als negatief zijn. Cliënten met weinig psychische lijdensdruk zijn misschien minder gemotiveerd en behalen minder goede resultaten postoperatief (Dziurawicz-Kozłowska et al., 2006).

Probleemstelling 2: kwaliteit onderzoeksopzetten

Een tweede moeilijkheid bij het zoeken naar predictoren is de povere kwaliteit van de onderzoeksopzetten. Eerst en vooral bestaat er nog steeds geen consensus over de definitie van postoperatief succes: gewichtsverlies ? behouden van gewichtsverlies ? afname van psychiatrische pathologie ? minder gezondheidsrisico's ? (Sarwer et al., 2005). Ten tweede primeert nog steeds het retrospectief onderzoek (Niego et al., 2007). Er is nood aan prospectief onderzoek om de relatie tussen de predictoren en de outcome na te gaan. Ten derde worden we geconfronteerd met grote kwaliteitsverschillen in onderzoeksopzetten. Wat de steekproef betreft is deze vaak niet gerandomiseerd, er is een gebrek aan een controlegroep (Sarwer et al., 2005; Zeller et al., 2006), de steekproef of response rate is te klein waardoor het onderzoek niet generaliseerbaar is (Chesler et al., 2009; Niego et al., 2007; Sarwer et al., 2005) of het type bariatrische ingreep wordt niet vermeld (Niego et al., 2007). Daarnaast wordt er weinig gebruik gemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten (Sarwer et al., 2005) of meetinstrumenten worden gebruikt voor epidemiologische in plaats van klinische doeleinden (Pontiroli et al., 2007). In onderzoek naar BED en NES bleek er een verschil te zijn in voorkomen van pathologieën afhankelijk van het meetinstrument. Er was een discrepantie aanwezig tussen de antwoorden tijdens het interview en de vragenlijst. Het onderzoek toonde aan dat interviews nodig zijn om valide schattingen te maken over het voorkomen van de pathologie (Allison et al., 2006). Ook voor het meten van gewichtsverlies zijn er grote verschillen over de studies heen waardoor enige voorzichtigheid geboden is om studies te vergelijken (Levhits et al., 2010). Er heerst tevens een variërende professionaliteit in diagnostiek waarbij er geen onderscheid wordt gemaakt tussen (niet)stabiele psychiatrische patiënten (Sarwer et al., 2005). Daarnaast houdt kwalitatief onderzoek vaak geen rekening met bias van de professional. Tot slot vertonen de meeste onderzoeken een follow-up periode van 1 jaar (Sarwer et al., 2005). Bevindingen op korte termijn vertonen vaak initiële verbeteringen terwijl onderzoeken op langere termijn aangeven dat bepaalde postoperatieve verbeteringen afnemen naarmate de follow-up langer wordt (Zeller et al., 2009). Als gevolg noteren we vaak tegenstrijdige onderzoeksresultaten wat het effect van onze predictoren betreft (Pull, 2010).

Gevolg: gebrek aan eenduidige resultaten

In onderstaande paragraaf overlopen wij kort enkele bevindingen. In eerste instantie is er al onduidelijkheid over het voorkomen van BED bij bariatrische kandidaten. Sommige studies rapporteren zeer hoge prevalentiecijfers van BED bij bariatrische kandidaten, tussen 15% en 50% (Kalarchian et al., 2007). Een groot probleem hier betreft de manier waarop BED vastgesteld wordt en welke criteria men hanteert.

Studies die gebruik maken van gevalideerde vragenlijsten rapporteren meer pathologie dan studies die louter beroep doen op interviews. Sociaal wenselijke antwoorden zijn hier een mogelijke verklaring (Allison et al., 2006). Ten tweede is er geen eenduidige verband vastgesteld tussen BED en het postoperatieve verloop, in het bijzonder het postoperatieve gewichtsverlies (Colles et al., 2008; Niego et al., 2007; Sarwer et al., 2008; Wadden et al., 2007). De ene studie rapporteert geen verband (Colles et al., 2008), anderen wijzen op een negatief verband tussen het voorkomen van BED en postoperatief gewichtsverlies (Sarwer et al., 2008). Er moet wel aandacht besteed worden aan het tijdstip van meting. Zo rapporteren sommige studies een snellere gewichtstoename twee jaar na de ingreep, waar er kort na de ingreep geen enkele predictieve waarde aan BED werd toegekend (De Zwaan et al., 2007; Sogg & Mori, 2008).

). Dit benadrukt enkel het belang van levenslange follow-up en ondersteuning na een bariatrische ingreep. Een studie van Franks & Kaiser (2008) vermeldt wel meer complicaties bij patiënten met BED na het plaatsen van een gastric banding, waaronder meer herplaatsingen. Ten derde is er gebrek aan wetenschappelijke evidentie voor het verband tussen preoperatief BED en postoperatief verstoord eetgedrag (Niego et al., 2007,20). Er wordt meestal vastgesteld dat binge eating in de strikte zin verdwijnt of sterk afneemt na een restrictieve ingreep (De Zwaan et al., 2007,20). Dit wordt mogelijk verklaard door de fysieke beperkingen ten gevolge van de ingreep, waardoor het onmogelijk is om nog grote hoeveelheden voedsel op korte tijd te verorberen. Patiënten met BED zijn mogelijk wel een risicogroep voor het postoperatief ontwikkelen van ander verstoord eetgedrag, zoals grazen (het frequent eten van kleine hoeveelheden voedsel verspreid over de hele dag) , gevoelens van controleverlies met betrekking tot voedsel of een combinatie van beiden (Colles et al., 2008). Tot slot wijzen sommige studies op een algemeen slechter psychologisch welzijn bij bariatrische kandidaten met BED. Hogere depressiescores (20, Allison et al., 2006), meer cognitieve stoornissen en een ernstig verstoord lichaamsbeeld werden onder andere gerapporteerd (20). Algemeen wijzen onderzoekers op het belang van het preoperatief in kaart brengen van verstoord eetgedrag en BED in het bijzonder, het opvolgen en therapeutisch behandelen ervan om op die manier de effecten van bariatrie te optimaliseren (Greenberg et al., 2005, Niego et al., 2007, Allison et al., 2006; Greenberg et al., 2005).

Naast BED is er veelvuldig onderzoek gebeurd naar andere eetstoornissen of verstoord eetgedrag in relatie tot bariatrie, ook hier zonder eenduidige resultaten. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen preoperatief verstoord eetgedrag en verstoord eetgedrag dat zich postoperatief ontwikkelt. Vooral dat laatste is volgens Pontiroli et al. (2007) belangrijk voor het bepalen van succes omdat dit net het naleven van de postoperatieve voedingsrichtlijnen sterk verstoort (Pontiroli et al., 2007). Aanhoudende gevoelens van controleverlies met betrekking tot voedsel na een bariatrische ingreep zijn predictief voor minder gewichtsverlies. Patiënten die postoperatief controleverlies rapporteren, hebben een verhoogde energie- en vetinname, rapporteren meer hongergevoelens en leggen zichzelf minder dieetbeperkingen op (cognitief), hebben meer eetperiodes en vertonen frequenter emotioneel eetgedrag. Dit verklaart mogelijk de zwakkere resultaten op vlak van gewichtsverlies. Gevoelens van controleverlies zijn tevens geassocieerd met hogere scores van psychosociale stress (Colles et al., 2008). Ook Grazen is negatief gerelateerd met gewichtsverlies, zowel preoperatief grazen als grazen dat zich pas na de ingreep ontwikkelt (Colles et al., 2008). Zowel de frequentie van grazen als van ongecontroleerd eetgedrag neemt af na chirurgie. Ook de prevalentie van nachtelijk

eten en NES daalt (Colles et al., 2008). Sommigen studies vermelden een algemene afname van eetstoornissen en problematische attitudes met betrekking tot eten en lichaamsbeeld na een bariatrische ingreep (De Zwaan et al., 2007). Nachtelijk eten is op zijn beurt predictief voor een hogere BMI en minder tevredenheid na de ingreep (Sarwer et al., 2008). Sommige onderzoekers beweren dat suboptimaal postoperatief gewichtsverlies verband houdt met cognities met betrekking tot emotioneel eetgedrag, zoals 'eten helpt mij in harde tijden' of 'ik vind troost in eten'. Dit wordt vervolgens weer ontkracht in andere studies (Fischer et al., 2007). Het is echter ook belangrijk om na te gaan of eten de belangrijkste copingstrategie is voor de cliënt. Binge eating is niet per se emotioneel eten of omgekeerd (Greenberg et al., 2009). Cognities die duiden op weerstand tegen dieetadvies zijn soms gerelateerd aan minder gewichtsverlies, enkel wanneer er sprake is van emotioneel eetgedrag (Chesler et al., 2009). Eén onderzoek rapporteert, in strijd met vrijwel alle andere studies, een grotere afname in BMI en dus een sterker gewichtsverlies bij bariatrische kandidaten met atypisch eetgedrag in vergelijking met kandidaten die preoperatief geen eetstoornis hadden (Kinzl et al., 2007). Enerzijds verklaren zij dit door te wijzen op de veel grote veranderingen in eetgedrag die patiënten met een eetstoornis postoperatief moeten doorvoeren. Anderzijds wijzen zij op de waarschijnlijkheid dat genetische en metabolische factoren een grotere rol spelen in het ontstaan van overgewicht/obesitas dan nutritionele factoren bij patiënten zonder eetstoornis. Gestoord eetgedrag, onder andere grazen, nachtelijk eten, eetbuien, schrokken en uitgesproken snoepgedrag verdienen, onafhankelijk van hun relatie tot postoperatief succes, de nodige aandacht omdat zij hoe dan ook ongezond zijn (Dziurawicz-Kozłowska et al., 2006; Grothe et al., 2006). Huidig **alcohol- en druggebruik** worden door vele klinici beschouwd als een strikte contra-indicatie voor een bariatrische ingreep (Bauchowitz et al., 2005, Franks & Kaiser, 2008). Zij worden vaak verwezen voor behandeling en geherevalueerd na een beduidende periode van onthouding (Grothe et al., 2006). Greenberg et al. (2005) stelden in hun review dat patiënten die met succes ontwend waren, betere resultaten behaalden voor postoperatief gewichtsverlies dan patiënten die zich niet lieten behandelen voor middelenmisbruik (Greenberg et al., 2005). Er is ook evidentie dat het gewichtsverlies van bariatrische patiënten die postoperatief een verslavingsproblematiek ontwikkelen sneller stagneert (Aubert et al., 2010). Er is echter geen empirische evidentie dat bariatrische chirurgie het risico op middelenmisbruik vergroot, noch dat er postoperatief een verschuiving zou plaatsvinden van voedselverslaving naar andere substanties (Sarwer et al., 2008). Er wordt echter regelmatig in de literatuur een verband gesuggereerd tussen obesitas en afhankelijkheid, met een gemeenschappelijke beloningssysteem tussen voedsel en andere verslavende substanties als mogelijke verklaring (Kalarchian et al., 2007). Over het verband tussen **depressie** en succes van bariatrie is al heel wat geschreven. Er wordt een hoge prevalentie van angst en depressie gerapporteerd bij bariatrische kandidaten (18, Zeller et al., 2009; Kalarchian et al., 2007). Sommigen zien het als een strikte contra-indicatie (Bauchowitz et al., 2005), maar meestal wordt er een genuanceerd advies geformuleerd. Het merendeel van de onderzoekers en klinici vindt dat de aanwezigheid van symptomen van een klinische depressie de nodige aandacht verdient omdat het ondermeer de motivatie en het vermogen tot gedragsverandering, net als therapietrouw kan ondermijnen (Zeller et al., 2006; Grothe et al., 2006). Vele onderzoekers rapporteren een positief verband tussen postoperatief gewichtsverlies en de afname van depressieve symptomen (Franks & Kaiser, 2008, 18; Wadden et al., 2007; Zeller et al., 2009), met gebrek aan resultaten

op lange termijn (Wadden et al., 2007). Bovendien dient men hier een onderscheid te maken tussen een primaire depressie en een reactieve depressie gelinkt aan overgewicht en bijhorende ongemakken en stigma (Sarwer et al., 2005).

Kalarchian et al. (2008) benoemden **angststoornissen** als de meest voorkomende psychiatrische stoornis bij bariatrische kandidaten, met een hogere prevalentie dan stemmingsstoornissen, afhankelijkheidsproblematiek of eetstoornissen (Kalarchian et al., 2007). De relatie tussen angst en bariatrisch succes is wederom onduidelijk. Sommigen wijzen op een positief verband tussen postoperatief gewichtsverlies en de afname van angst (Franks & Kaiser, 2008, Wadden et al., 2007), waarbij verder onderzoek nodig is om het verloop van angst op lange termijn na te gaan (Wadden et al., 2007). Dziurawicz-Kozłowska et al. (2006) detecteerden een gevoel van derealisatie na groot postoperatief gewichtsverlies bij patiënten die altijd overgewicht gehad hadden en angst om opnieuw in gewicht toe te nemen bij patiënten die vroeger al ooit slank waren (Dziurawicz-Kozłowska et al., 2006).

De aanwezigheid van een **persoonlijkheidsproblematiek** bij bariatrische kandidaten verdient ook de nodige aandacht tijdens een screening omdat het vermogen tot gedragsverandering kan ondermijnen (11, Franks & Kaiser, 2008 ; Kinzl et al., 2007). Vooral de ernst en de intensiteit van deze problematiek is belangrijk (Pontiroli et al., 2007). Bauchowitz et al. (2005) beschouwen de aanwezigheid van een borderline en een anti-sociale persoonlijkheidsproblematiek als strikte contra-indicatie (Bauchowitz et al., 2005).

Onrealistische verwachtingen mbt het gewichtsverlies na een bariatrische ingreep is ook een belangrijk aandachtspunt. Het is veelvoorkomend bij bariatrische kandidaten, vooral bij jonge vrouwen (Kaly et al., 2007). Sommigen beschouwen het als een contra-indicatie (Bauchowitz et al., 2005), anderen zien het als een aandachtspunt tijdens de pre- en postoperatieve begeleiding en een kans tot psycho-educatie (Dziurawicz-Kozłowska et al., 2006). Aubert et al. (2010) stelden een vroegtijdige gewichtsstagnatie vast bij patiënten met onrealistische verwachtingen in vergelijking met de andere kandidaten. Het grootste verschil in gewichtsverlies werd genoteerd tussen zes en 18 maanden na de ingreep (Aubert et al., 2010).

Sociale steun wordt vaak aangekaard als beschermende factor, gelinkt aan goede postoperatieve resultaten (Dziurawicz-Kozłowska et al., 2006; Lanyon & Maxwell, 2007; Levhits et al., 2010). Een instabiele omgeving daarentegen kan therapietrouw en het vermogen tot gedragsverandering ondermijnen (Franks & Kaiser, 2008, Grothe et al., 2006). Levhits et al. (2010) besteden in hun review aandacht aan een bijzondere vorm van sociale steun, meer bepaald supportgroepen. Zij rapporteerden een positief verband. Het effect van sociale ondersteuning is multifactorieel en beïnvloedt onder meer eetgewoonten, coping (omgaan met stress en frustratie, terugval betekent geen herval) en beweging. Er wordt vaak een positief effect van gewichtsverlies op sociaal functioneren gerapporteerd (Bauchowitz et al., 2005; Zeller et al., 2009)

Daarnaast zijn er nog een hele reeks andere psychosociale variabelen die in studies in verband worden gebracht met bariatrische chirurgie en het verloop hiervan. Sommige studies rapporteren meer gewichtsverlies na een bariatrische ingreep bij **mannen** dan vrouwen (Sarwer et al., 2008; Nelbom et al., 2010). Nelbom et al. (2010) kwamen tot de vaststelling dat patiënten die reeds **eerder** succesvol hadden **gedieet** hadden betere resultaten behaald qua gewichtsverlies na een bariatrische ingreep dan zij die hier nooit eerder in geslaagd waren. Een mogelijke verklaring kan erin gezocht worden dat zij al eerder met succes gedragsveranderingen wisten door

te voeren, weliswaar slechts tijdelijk. Zo werd **roken** in een studie beschouwd als strikte contra-indicatie omdat stoppen met roken, net als de postoperatieve richtlijnen mbt voeding en beweging, gebaseerd is op gewoonteverandering (Bauchowitz et al., 2005). Acute symptomen van **schizofrenie en psychose** worden algemeen aanvaard als contra-indicatie voor chirurgie (Bauchowitz et al., 2005; Franks & Kaiser, 2008, 20, Grothe et al., 2006). Er wordt gesteld dat een actieve psychose ingrijpt op het vermogen tot gedragsverandering. Ondanks het feit dat er geen duidelijke verband bestaat tussen **psychosociale stress** in het algemeen en postoperatief gewichtsverlies, wordt er toch aangeraden hier pre- en postoperatief de nodige aandacht aan te besteden om gevoelens van angst te reduceren en therapietrouw te bevorderen (Franks & Kaiser, 2008; Lanyon & Maxwell, 2007; Greenberg et al., 2005). Kandidaten met een **acuut suïcidaal risico** worden uitgesloten voor een bariatrische ingreep (Wadden et al., 2007), maar er bestaat geen duidelijkheid over het verband tussen bariatrie en zelfmoord (Sarwer et al., 2008). **Mentale retardatie** met een IQ <50 wordt door Bauchowitz et al. (2005) beschouwd als strikte contra-indicatie. Een IQ tussen 50 en 70 wordt beschouwd als een mogelijke contra-indicatie waarbij zij dus suggereren om intelligentieonderzoek op te nemen in een bariatrische screening (Bauchowitz et al., 2005). Een **problematische jeugd** werd door Kinzl et al. (2006) gelinkt aan minder gewichtsverlies. Een disfunctionele familie, emotionele verwaarlozing, verlies of scheiding op jonge leeftijd, fysiek en/of seksueel misbruik werd door hen gedefinieerd als een moeilijke jeugd. Dit is volgens hen een potentiële bron voor het ontstaan van een eetstoornis en verminderd bariatrische succes met een negatief zelfbeeld en laag zelfvertrouwen als mogelijke verklarende factor. Sommigen onderzochten de relatie tussen **seksueel misbruik** en postoperatief succes waarbij er geen eenduidige predictieve waarde werd teruggevonden. Wel wordt er benadrukt om te exploreren of het overgewicht niet fungeert als beschermende factor (Franks & Kaiser, 2008; Sogg & Mori, 2008). De ene studie wijst op een negatieve invloed van ongewenste intimiteiten in de voorgeschiedenis op postoperatief gewichtsverlies (Bauchowitz et al., 2005), anderen attenderen op een snellere stagnatie (Aubert et al., 2010), noch anderen stellen dat er geen verband is (Kinzl et al., 2007). **Psychiatrische opnames** in de voorgeschiedenis correleren met medische en/of psychologische complicaties na een ingreep, maar houden geen verband met postoperatief gewichtsverlies (Franks & Kaiser, 2008). **Cognitieve zelfcontrole met betrekking tot voedsel**, met name de vaardigheid om voedselinname intentioneel te beperken om gewichtstoename te beperken, correleert positief met postoperatief gewichtsverlies (Sarwer et al., 2008). Kinzl et al. (2006) onderstrepen het belang van **comorbiditeit** waarbij zij concludeerden dat het postoperatieve gewichtsverlies minder groot is bij patiënten met 2 of meer psychiatrische stoornissen dan patiënten met 1 of geen stoornis (Kinzl et al., 2007).

In het algemeen kan men stellen dat psychische/psychiatrische problemen op zich geen contra-indicatie zijn voor bariatrie maar dat er enerzijds moet gekeken worden naar de ernst en de acuutheid van de symptomen en anderzijds naar de impact van de problemen op zelfzorg en vermogen tot gedragsverandering (1, Greenberg et al., 2005, De Zwaan et al., 2007, Dziurawicz-Kozłowska et al., 2006, 13, Greenberg et al., 2005, Greenberg et al., 2009). Daarnaast voorspelt de aanwezigheid van meerdere psychiatrische stoornissen voorspellen een minder goede outcome (Simon & Arterburn, 2009). Er is onvoldoende empirische evidentie voor de exclusie van kandidaten met specifieke psychiatrische en/of psychosociale problemen.

Bariatrische kandidaten met psychosociale en/of psychiatrische problemen verdienen

zowel pré- als postoperatieve zorgen op maat om het succes van bariatric te optimaliseren en hun algemeen welzijn te bevorderen (Dziurawicz-Kozłowska et al., 2006; , Franks & Kaiser, 2008 ; Pull, 2010; Colles et al., 2008; Sarwer et al., 2008; Greenberg et al., 2005), op voorwaarde dat patiënten in staat zijn om de risico's van de ingreep te begrijpen en akkoord gaan met een behandelprogramma dat een voldoende opvolging voorziet (Marcus et al., 2009). Bovendien is het zo dat bariatric, onafhankelijk van de vastgestelde psychopathologie, leidt tot significant gewichtsverlies, veel sterker dan bij conservatieve en/of medicamenteuze behandelingen van obesitas (Colles et al., 2008). Bariatrische chirurgie is voor het merendeel van de patiënten zeer succesvol en leidt tot een indrukwekkend gewichtsverlies gepaard met significante verbeteringen in mortaliteit en morbiditeit, en een verbetering in algemeen welzijn. Maar de verbetering in psychosociaal welzijn is niet universeel waarbij het niet op voorhand te voorspellen valt wie teleurstellende psychosociale resultaten zal bekomen (Sarwer et al., 2008).

Doelstelling van psychosociale evaluatie

Alhoewel er niet altijd een eenduidigheid bestaat voor elke predictor, is er toch een steeds terugkerende aanmaning voor de psycholoog om psychopathologie op te sporen en een behandelplan voor te stellen. Daarbij dienen we aandacht te besteden aan moeilijkheden die inherent zijn aan bariatrische chirurgie. Er zijn enerzijds een aantal problemen inherent aan de doelgroep van obesitaspatiënten, zoals de verhoogde prevalentie van depressie en angststoornissen (Simon & Arterburn, 2009). Anderzijds zijn er problemen die inherent zijn aan bariatrische chirurgie, zoals de angst voor gewichtstoename, gevoel van derealisatie, verstoorde lichaamsbeleving, verstoord eetpatroon,... (Marcus et al., 2009; Dziurawicz-Kozłowska et al., 2006). Zoals eerder vernoemd hoeven deze problemen niet per definitie contra-indicaties te vormen, maar kunnen ze net een uitdaging zijn. Psychosociale evaluatie moet niet enkel gezien worden als een screeningsmoment, maar eerder als onderdeel van de behandeling. Op die manier kunnen factoren geïdentificeerd worden die efficiëntie kunnen bevorderen en kunnen er reeds aanbevelingen geformuleerd worden over het hoe en wanneer aanpakken van eventuele obstakels (Greenberg et al., 2009). Wel wordt aanbevolen om hierbij gebruik te maken van gestandaardiseerde, valide en betrouwbare meetinstrumenten (Greenberg et al., 2009, Franks & Kaiser, 2008). Psychiatrische aandoeningen zijn geen contra-indicatie, maar doet wel vragen rijzen over de draagkracht van de patiënt en de mogelijkheid tot zelfzorg. De psychosociale evaluatie stelt ons in staat een inschatting te maken van de capaciteiten van de patiënt om een geïnformeerde keuze te maken en actief deel te nemen aan het veranderingsproces. Het zal verder onze taak zijn ervoor te zorgen dat de patiënt de (psychiatrische) zorg aangeboden krijgt die hij nodig heeft (post-operatieve ondersteuning). Bariatrische chirurgie kan voor significant gewichtverlies en verbeterde levenskwaliteit zorgen, ook bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (Greenberg et al., 2005). Voor vele patiënten is de psychosociale evaluatie hun eerste contact met de geestelijke gezondheidszorg. Aangezien de meeste patiënten angstig zijn en vrezen op basis van dit interview geweigerd te worden, is het belangrijk een goede vertrouwensband op te bouwen. Dit is onder andere belangrijk wanneer de patiënt dient aangemoedigd te worden om psychologische / psychiatrische hulp te zoeken en om de patiënt aan te moedigen om zich ook postoperatief te laten begeleiden (De Zwaan et al., 2007). De taak van

Klinische psychologie in het obesitasteam – Copyright vzw Eetexpert.be

de psycholoog binnen dit proces is ruim, gaande van inschatten van mogelijkheden, motivatie en verwachtingen van patiënt (Dziurawicz-Kozłowska et al., 2006, Marcus et al., 2009; Greenberg et al., 2005) het geven van psycho-educatie (Greenberg et al., 2009; Marcus et al., 2009; Saltzman et al., 2005; De Zwaan et al., 2007, Sogg & Mori, 2008), motiverende gespreksvoering (Sogg & Mori, 2008) tot eventueel doorverwijzing (Greenberg et al., 2005). Als vervolg op een eerste evaluerende fase, is het aan te raden om een pré- en post-operatief behandelaanbod uit te werken, dit om tegemoet te komen aan de mogelijke mogelijke barrières naar post-operatief succes. Een omvattend multidisciplinair programma dat onder andere gericht is op gedragsverandering, kan een kritische verbetering opleveren wat betreft therapietrouw, resultaat en levenskwaliteit (Greenberg et al., 2005). De beste resultaten worden behaald bij goed geïnformeerde patiënten die begeleid worden door een multidisciplinair team (Greenberg et al., 2005; Saltzman et al., 2005). We kunnen hieruit besluiten dat de doelstelling van de psychosociale evaluatie bestaat uit het bepalen van de individuele noden van de patiënt met een vraag naar bariatrische chirurgie. Hieruit kan vervolgens een pré- en post-operatief behandelaanbod groeien, wat de kans op succes aanzienlijk doet stijgen, zowel wat gewichtsverlies als welbevinden betreft.

Besluit

De rol van de psycholoog in het bariatrische zorgpad was er aanvankelijk vooral één van 'gatekeeper'. De psycholoog deed een 'screening' van de kandidaten om te bepalen wie er wel en wie er niet in aanmerking kwam voor een bariatrische ingreep. Om deze screening op ethisch en professioneel verantwoorde wijze te kunnen uitvoeren, was een wetenschappelijke onderbouwing van het beslissingsproces noodzakelijk. Onze leesgroep richtte zich dan ook op het uitpluizen van de wetenschappelijke literatuur omtrent 'psychosociale predictoren van het succes/falen van een bariatrische ingreep'. Daaruit kwam echter een groot gebrek aan eenduidigheid naar voren met betrekking tot de relatie tussen psychosociale factoren en bariatrische resultaten. Er is onvoldoende empirische evidentie voor de exclusie van kandidaten op basis van specifieke psychosociale factoren. Toch wordt in de literatuur het belang van de psycholoog in het bariatrische zorgpad voortdurend benadrukt. De taak van de psycholoog wordt hierbij verruimd van het identificeren van mogelijke psychologische contra-indicaties naar het inschatten en bevorderen van de mogelijkheden van de patiënt en het doorspreken van zijn motivatie en verwachtingen. Hierbij nemen psycho-educatie en motiverende gespreksvoering een belangrijke rol in. De preoperatieve psychologische consulten moeten dus niet enkel meer gezien worden als screeningsmomenten, maar eerder als een onderdeel van de behandeling. Een behandeling die niet stopt na de ingreep ... Een multidisciplinair postoperatief programma, dat onder meer gericht is op gedragsverandering, kan volgens de literatuur immers een gevoelige verbetering opleveren wat betreft therapietrouw, gewichtresultaten en levenskwaliteit van de patiënten. Binnen de onderzoeksliteratuur zien we bovendien een gelijklopende accentsverschuiving van een onderzoeksfocus op de invloed van 'psychopathologische' factoren naar een focus op de meer 'gewone' psychologische processen als verwachtingen, motivatie, vaardigheden met betrekking tot gedragsverandering,...

BIJLAGE 3 : REFERENTIES

Allison, K., Wadden, T., Sarwer, D., Fabricatore, A., Crerand, C., Gibbons, L., Stack, R., Stunkard, A. & Williams, N. (2006). Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: Prevalence and related features. *Obesity, 14*, 77-82.

Aubert, N., Lyon-Pagès, I., Carrard, I., Suter, M., Stiefel, F. & Giusti, V. (2010). The predictive value of psychological assessment of candidates for gastric bypass: A medical chart review? *European Journal of Psychiatry, 24*, (2), 114-123.

Bauchowitz, A.U., Gonder-Frederick, L.A., Olbrisch, M.E., Azabrad, L., Ryee, M.Y., Woodson, M., Miller, A. & Schirmer, B. (2005). Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: A survey of present practices. *Psychosomatic Medicine, 67*, 825-832.

Chesler, B.E., Harris, B.G. & Oestricher, P.H. (2009). Implications of emotional eating beliefs and reactance to dietary advice for the treatment of emotional eating and outcome following roux- en y gastric bypass. *Clinical Case Studies, 8* (4), 277-295.

Colles, S.L, Dixon, J.B. & O'Brien P.E. (2008). Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity, 16* (3), 615-622

De Zwaan, M., Wolf, A.M. & Herpertz, S. (2007). Psychosomatic aspects of bariatric surgery. *Deutsche Ärzteblatt, 104* (38), 2577-2583.

Dziurowicz-Kozłowska, A.H., Wierzbicki, Z., Lisik, W., Wasiak, D. & Kosieradzki, M. (2006). The Objective of Psychological Evaluation in the Process of Qualifying Candidates for Bariatric surgery. *Obesity Surgery, 16*, 196-202.

Fischer, S., Chen, E., Katterman, S., Roerhig, M., Bochierri-Ricciardi, L., Munoz, D., Dymek-Valentine, M. , Alverdy, J. & Le Grange D. (2007). Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obesity Surgery, 17*, 778-784.

Franks, S.F. & Kaiser, K.A. (2008). Predictive factors in bariatric surgery outcomes: What is the role of the preoperative psychological evaluation ? *Primary Psychiatry, 15* (8), 74-83.

Greenberg, I., Perna, F., Kaplan, M. & Sullivan, M.A. (2005). Behavioral and Psychological Factors in the Assessment and Treatment of Obesity Surgery Patients. *Obesity Research, 13* (2), 244-249.

Greenberg, I., Sogg, S. & Perna, F.M. (2009). Behavioral and Psychological Care in Weight Loss Surgery: Best Practice Update. *Obesity, 17*, 880-884.

Grothe, K.B., Dubbert, P.M. & O'Jile, J.R. (2006). Psychological Assessment and management of the Weight Loss Surgery Patient. *American Journal of the Medical Sciences, 331* (4), 201-206.

Kalarchian M.A., Marcus M.D., Levine M.D. et al. (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: Relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry*, 164, 328-334

Kaly, P., Orellana, S., Torrella, T., Takagishi, C., Saff-Koche, L. & Murr, M.M. (2007). Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 3(5), 554–558

Kinzl, J.K., Scharttenecker, M., Traweger, C., Mattesich, M., Fiala, M. & Biebl, W. (2006). Psychosocial predictors of Weight Loss after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 16,1609-1614.

Lanyon, R.I. & Maxwell, B.M. (2007). Predictors of outcome after gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 17, 321-328.

Levhits, M. C. Mercado, Yermilov, I., Parikh, J.A., Dutson, E., Mehran, A., Ko, C.Y., Shekelle, P.G. & Gibbons, M.M. (2010). Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery? : A systematic review. *Obesity Reviews*, 12,142-148

Niego, S., Kofman, M.D., Weiss, J.J. & Geliebter, A. (2007). Binge eating in the bariatric surgery population: A review of the literature. *International Journal Of Eating Disorders*, 40, 349-359.

Marcus, M.D., Kalarchian, M.A. & Courcoulas, A.P. (2009). Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *American Journal of Psychiatry*, 166 (3), 285-291.

Nelbom, B., Naver, L., Ladelund, S. & Hornnes, N. (2010). Patient characteristics associated with a successful weight loss after bariatric surgery. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 5 (4), 313-319.

Pontiroli, A., Fossati, A., Vedani, P., Fiorelli, M., Folli, F., Paganelli, M., Marchi, M. & Maffei, C. (2007). Post-surgery adherence to scheduled visits and compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric restrictive surgery in morbidly obese patients. *Obesity Surgery*, 17,1492-1497.

Pull, C.B. (2010). Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 30-36

Saltzman, E., Anderson, W., Apovian, C.M., Boulton, H., Chamberlain, A., Cullum-Dugan, D., Cummings, S., Hatchigian, E., Hodges, B. Keroack, C.R., Pettus, M., Thomason, P., Veglia, L. & Young, L.S. (2005). Criteria for Patient selection and Multidisciplinary Evaluation and Treatment of the Weight Loss Surgery Patient. *Obesity Research*, 13(2), 234-43

Sarwer D.B., Fabricatore A.N., Jones-Corneille L.R. et al. (2008). Psychological issues following bariatric surgery. *Primary Psychiatry*, 15(8), 50-55

Sarwer, D.B., Wadden, T.A. & Fabricatore, A.N. (2005). Psychosocial and Behavioral Aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, 13 (4), 639-648.

Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Moore, R.H., Baker, A.W., Gibbons, L.M., Raper, S.E. & Williams, N.N. (2008). Preoperative eating behavior, postoperative dietary adherence and weight loss following gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4(5), 640-646.

Simon, G.E. & Arterburn, D.E. (2009). Does comorbid psychiatric disorder argue for or against surgical treatment of obesity ? *General Hospital Psychiatry*, 31 (5), 401-402.

Sogg, S. & Mori, D.L. (2008). Psychosocial evaluation for bariatric surgery: The Boston interview and opportunities for intervention. *Obesity Surgery*, 19, 369-377.

Wadden, T., Sarwer, D., Fabricatore, A., Jones, L., Stack, R. & Williams, N. (2007). Psychosocial and behavioral status of patients undergoing bariatric surgery: what to expect before and after surgery. *Medical Clinics of North America*, 91, 451-469.

Zeller, M.H., Modi, A.C., Noll, J.G., Long, J.D. & Inge, T.H. (2009). Psychosocial functioning improves following adolescent bariatric surgery. *Obesity*, 17, 985-990.

Zeller, M.H., Roehrig, H.R. et al. (2006). Health-related quality of life and depressive symptoms in adolescents with extreme obesity presenting for bariatric surgery. *Pediatrics*, 117(4), 1155-1161

Zimmerman, M., Francione-Witt, C., Chelminski, I., Young, D. Boerescu, D. Attiullah, N. Pohhl, D., Roye, G.D. & Harrington, D.T. (2007). Presurgical psychiatric evaluations of candidates for bariatric surgery, part 1: Reliability and reasons for and frequency of exclusion. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(10), 1557-62