Korte interventies bij patiënten met obesitas in de huisartspraktijk: een kwaliteitsverbeterend project

Haio: MICHIELSEN Jana , U.G.
Promotor: PEREMANS Lieve , U.A.
Praktijkopleider: De Maeyer Leen , ENGELMANN Ilse , VAN GORP Sara

Context: Obesitas wordt te weinig gediagnosticeerd en behandeld in de huisartsenpraktijk. Hierdoor wordt een waardevolle kans gemist de gezondheid van veel obese patiënten te verbeteren. Huisartsen ervaren barrières om zich hiervoor in te zetten. Patiënten rapporteren dat ze verwachten dat hun huisarts hen begeleidt naar een goede levensstijl en ze geven ook aan dat ze verwachten dat hun huisarts een gesprek over gewicht initieert aangezien zij hierover zelf ook een aantal barrières ondervinden.

Onderzoeksvraag: “Hoe kan een korte obesitasinterventie geïmplementeerd worden in de dagelijkse praktijkvoering van de huisarts?”

Methode: Literatuurstudie In de literatuurstudie van 26 artikels wordt onderzocht welk effect een korte obesitasinterventie bij actieve volwassenen tussen 18 en 65 jaar met een BMI tussen 30.0-39.9kg/m2 heeft in de huisartsenpraktijk. Het verloop en de resultaten van vijf heterogene interventionele studies wordt beschreven. In geen enkele studie wordt de inhoud van een volledige interventie beschreven. Echter wordt in verschillende richtlijnen het 5A-model voor obesitaszorg, dat ontwikkeld werd door het “Canadian Obesity Network”, gepromoot als korte interventie voor obesitaszorg. Dit is een gestructureerde interventie die motivationeel interviewen combineert met gedragsbegeleiding. Dit model werd gebruikt als leidraad voor het veldonderzoek. Veldonderzoek In het veldonderzoek wordt een antwoord gezocht op de vraag hoe de aanpak van obesitas in de huisartsenpraktijk kan verbeterd worden. Er wordt ook aandacht gegeven aan de redenen waarom patiënten met obesitas zelden een gesprek met hun huisarts initiëren over hun gewicht; hoe patiënten reageren op de uitnodiging om rond hun gewicht te werken; hoeveel tijd een korte obesitasinterventie gemiddeld in beslag neemt; of patiënten een korte obesitasinterventie als stigmatiserend ervaren en hoe een korte obesitasinterventie ontvangen wordt bij artsen en patiënten. Het veldonderzoek wordt uitgewerkt door middel van de “FOCUS-PDCA cyclus”. Het 5A-model voor obesitaszorg werd vertaald naar een script dat werd aangevuld met evidence-based levensstijladviezen en tools om motivationele gesprektechnieken in het script te implementeren. In het veldonderzoek werden tien patiënten geïncludeerd. Patiënten volgden vijf obesitasraadplegingen die geleid worden door de HAIO binnen een periode van zes maanden waarin zij gepersonaliseerd advies kregen op vlak van voeding, beweging en gedrag.

Resultaten: Het motivatiestadium volgens Prochanska en Diclemente werd voor en na de interventie vergeleken. Het motivatiestadium van de twee patiënten die bij aanvang aangaven in de ‘beslissingsfase’ te zitten, veranderde naar dat van de ‘actiefase’. Zeven patiënten die oorspronkelijk aangaven al in de ‘actiefase’ te zitten, gaven na afloop opnieuw aan in diezelfde fase te zitten. Slecht één patiënte die oorspronkelijk zich in de actiefase bevond, gaf aan zich na afloop eerder in de ‘beslissingsfase’ te bevinden. Elke patiënt bleek na afloop van de interventie afgevallen te zijn. Het gemiddeld BMI zakte van 35.1kg/m2 (30.2 – 38.4) naar 33.5 kg/m2 (28.1 – 36.9). Het gemiddeld gewichtsverlies was 4.8kg (0.4 – 8.4). Slechts twee van de vijf raadplegingen duurden gemiddeld minder dan 15 minuten. Uit een vragenlijst die patiënten invulden na de vijfde obesitasraadpleging lijkt de interventie een grotere invloed te hebben op het zelfvertrouwen om de levensstijl te kunnen veranderen, dan op de motivatie op de levensstijl te veranderen (deze was

echter bij aanvang van het veldonderzoek gemiddeld zeer hoog). Negentig procent van de geïncludeerde patiënten vindt het een goed idee dat huisartsen dit soort raadplegingen zouden aanbieden in hun dagdagelijks praktijkvoering. Echter geeft 80% aan dat ze deze raadplegingen ook zouden willen volgen als deze zouden worden aangeboden door een diëtist, kinesist, apotheker of getrainde praktijkverpleegkundige. Geen enkel van de geïncludeerde patiënten ervaarde de raadplegingen als stigmatiserend en allen gaven zij aan dat zij na het doorlopen van de vijf raadplegingen hun levensstijl hadden verbeterd. Negentig procent van de patiënten gaven aan de raadplegingen te willen blijven volgen, ondanks deze nu niet meer gratis zouden worden aangeboden. De HAIO ervaarde de obesitasraadplegingen als aangenaam, maar vond ze wel zeer arbeidsintensief. Patiënten verwachtten van haar vooral een coachende rol, wat haar deed reflecteren over of dat deze raadplegingen ook door een paramedicus zou kunnen uitgevoerd worden. Het veldonderzoek zorgde ervoor dat ze na afloop vlotter gesprekken over gewicht initieerde met nieuwe patiënten en hierover minder schroom ervaarde. Ze voelde zich ook meer vertrouwd met motivationele gesprekstechnieken. Daarnaast werd er door alle praktijkmedewerkers sinds de aanvang van het veldonderzoek meer aandacht gegeven aan gewichten te noteren in het elektronisch patiëntendossier. Aangezien het grote enthousiasme van de patiënten en de mooie resultaten werd besloten het project in de praktijk verder te zetten in samenwerking met de nieuwe VIHP.

Conclusie: Het 5A-model voor obesitaszorg wordt door patiënten en HAIO enthousiast onthaald als korte interventie bij patiënten met obesitas. Deze interventie duurt te lang om te integreren in de praktijkvoering van de huisarts, maar lijkt wel geschikt om uit te laten voeren door een VIHP.