Onderzoek naar de impact op en ervaringen van patiënten die kort advies krijgen rond het metabool syndroom

Dorine Boeckx, Uantwerpen

Duoscriptie met Maya Grossard, UAntwerpen

Promotor: Hilde Bastiaens, UAntwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoud

Abstract 4
Inleiding 5

1. Oriënterend literatuuronderzoek 6
   1.1 Opzoekvragen 6
   1.2 Methode 6
   1.3 Literatuuronderzoek 7
      1.3.1 Richtlijnen 7
      1.3.2 Literatuur 7
      1.3.3 Conclusie 8

2. Onderzoeksmethode 9
   2.1 Inclusie van patiënten 9
   2.2 Kwantitatief luik 10
   2.3 Kwalitatief luik 10
   2.4 Dataverwerking 11

3. Resultaten 12
   3.1 Demografische gegevens 12
   3.2 Reactie op de boodschap 12
   3.3 Boodschap zelf verwerkt versus gedeeld met anderen 13
   3.4 Een duw in de rug/aanzet tot reflectie 13
   3.5 Doorgevoerde gedragsveranderingen en concrete resultaten 14
   3.6 Voldoende kennis en advies na het interview versus nood aan extra opvolging 14

4. Discussie 16

5. Besluit 18

Dankwoord 19
Persoonlijke reflectie 20
Referenties 21
Figurenlijst 22

Bijlagen 22

1. Informatieformulier deelnemers……..23
2. Toestemmingsformulier deelnemers……..25
3. Fiche advies voeding……26
4. Fiche advies beweging……28
5. Fiche advies alcohol……..29
6. Fiche advies rookstop……...30
7. Semigestructureerd interview……..31

Abstract

Frequent worden patiënten, naar aanleiding van jaarlijkse controles bij de huisarts, geconfronteerd met afwijkende waarden op vlak van cholesterol, glycemie, bloeddruk en/of gewicht. Uiteraard zijn een medicamenteuze behandeling en/of levensstijlaanpassing dan aangewezen en voorzien door de huisarts, maar vaak wordt de ernst van de situatie niet aangehaald door de arts of niet erkend door de patiënt. Bij een combinatie van een aantal van deze afwijkingen spreekt men van het metabool syndroom, waarbij er een verhoogde kans bestaat op het ontwikkelen van cardiovasculaire aandoeningen of diabetes mellitus type 2. Uitgebreid eerder onderzoek heeft al aangetoond dat een verandering in levensstijl een positief effect kan hebben op de afwijkende waarden binnen het metabool syndroom. Ander onderzoek heeft aangetoond dat het geven van een kort en bondig gericht advies al kan volstaan om de patiënt zijn levensstijl wat betreft voeding, beweging, alcoholverbruik en roken te laten aanpassen, of toch tenminste kan laten nadenken over wat er anders zou kunnen.

In het kwalitatieve luik van dit beschrijvende onderzoek is nagegaan wat nu de reactie is van de patiënt wat betreft gedrag wanneer hij geconfronteerd wordt met de diagnose metabool syndroom. Patiënten werden geselecteerd op basis van afwijkende waarden wat betreft nuchtere glycemie, HDL-cholesterol, triglyceriden, bloeddruk en buikomtrek. De geïncludeerde patiënten werden ingelicht over hun gezondheidstoestand, waarna zij kort advies meekregen over de mogelijke aanpassingen die zij zouden kunnen doorvoeren met het oog op het verbeteren van de gezondheid en aldus zo het risico op complicaties van het metabool syndroom te verminderen. Door middel van een semigestructureerd interview werden alle geïncludeerde patiënten na een viertal weken bevraagd naar hun ervaringen met de mededeling, alsook wat het effect was op hun gedrag en levensstijl, waarna deze reacties en ervaringen via een thematische analyse werden verwerkt.

De resultaten werden besproken aan de hand van een vijftal thema's die naar voren zijn gekomen uit de analyse van de interviews. Op elk van deze thema's waren de antwoorden veelal positief maar heel gevarieerd. Op basis van een aantal quotes wordt meer inzicht verschaft in hoe de patiënten dit proces van confrontatie, verwerking en advies hebben doorlopen en hoe dit hun levensstijl heeft beïnvloed.

Er kon geconcludeerd worden dat de resultaten van deze studie, waarin werd nagegaan of, na het meedelen van een diagnose en de daarbijhorende risico's, een kort advies voldoende kon zijn om een gedragsverandering te bekomen, alvast veelbelovend zijn. Ondanks de uiteenlopende reacties op de gestelde vragen, kon opgemaakt worden dat de meerderheid van de patiënten die meewerkten de gegeven adviezen ter harte hebben genomen. Nagenoeg iedereen ging na het eerste gesprek over naar reflectie over zijn of haar levensstijl, waarbij de meerderheid zelfs aan de slag is gegaan met de gegeven adviezen en in meer of mindere mate een gedragsverandering vertoonden.

Inleiding

Naar aanleiding van jaarlijkse controles bij de huisarts worden er regelmatig afwijkingen gezien op vlak van cholesterol, glycemie, bloeddruk en/of gewicht. Een aanpak en opvolging zijn dan voorzien, maar indien er sprake is van een metabool syndroom, een combinatie van een aantal van eerder vermelde afwijkingen, wordt dit niet zo vaak als dusdanig benoemd of gecommuniceerd naar de patiënten. Vanuit ons standpunt als arts vinden wij het belangrijk om dit naar patiënten toe te communiceren en hen ook in een dergelijk consult te motiveren omtrent levensstijl en voeding, naast een eventuele medicamenteuze therapie. Communicatie speelt een een cruciale rol in het ziekte-inzicht en de zelfeffectiviteit van de patiënt. Doorgedreven onderzoek heeft ook al uitgebreid aangetoond dat aanpassingen in levensstijl een positief effect kunnen hebben op de evolutie van het metabool syndroom.

Het metabool syndroom wordt gedefinieerd als een geheel van minstens 3 van onderstaande symptomen: (1)

- Buikomtrek, ≥94 cm bij mannen en ≥80 cm bij vrouwen
- Triglyceriden ≥150 mg/dl of hiervoor wordt reeds medicatie genomen
- HDL-cholesterol, <40 mg/dl bij mannen en <50 mg/dl bij vrouwen) of hiervoor wordt reeds medicatie genomen
- Bloeddruk ≥130/85 mmHg of hiervoor wordt reeds medicatie genomen
- Nuchtere glycemie ≥100 mg/dl of reeds in behandeling zijn voor diabetes type 2

Het metabool syndroom gaat gepaard met een verstoord metabolisme. Bij deze aandoening zien we dat de kans op cardiovasculaire aandoeningen tot driemaal hoger ligt dan bij iemand die niet lijdt aan het metabool syndroom. De kans op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2 ligt zelfs tot 5 maal hoger dan bij een gezonde controlepopulatie.
We zien ook dat een positieve aanpassing in levensstijl, ondersteund door een klein gewichtsverlies (5-10%), al tot een significant verschil kan leiden op vlak van bloeddruk, cholesterol-waarden en glycemie. Het risico op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2 kan zelfs tot 60% worden verlaagd door gezonde voeding, een actievere levensstijl, een gezond gewicht en een rookstop. (2)
Door systematisch aandacht te besteden aan het metabool syndroom en het te communiceren aan patiënten, informeren we hen over hun gezondheidstoestand en kunnen we hen ondersteunen om hier zelf iets aan te veranderen. Een belangijke meerwaarde voor de patiënt is dus dat hij op een eenvoudige, minimaal invasieve manier toch zelf een verschil kan maken op vlak van gezondheid.
In dit onderzoek wilden we op een systematische manier patiënten identificeren die voldoen aan de voorwaarden van het metabool syndroom. Een tweede opzet van de studie was om, door het kaderen van de afwijkende klinische parameters en laboresultaten binnen dit syndroom en het meegeven van bijbehorende risico's verbonden aan deze afwijkingen, de patiënten aan te zetten om hiermee aan de slag te gaan na een kort motivationeel gesprek.

1. Oriënterend literatuuronderzoek

1.1 Opzoekvragen

-Kan kort advies volgend op confrontatie met een gezondheidsrisico een aanzet geven tot gedragsverandering bij de patiënt?

P: Patiënten met een gezondheidsrisico
I: Kort advies
C: Geen advies
O: Gedragsverandering na advies

-Wat wordt verstaan onder 'kort advies'?

-Welke adviezen kunnen we de patiënt meegeven?

1.2 Methode

Bij het opzoeken van relevante artikels met betrekking tot 'kort advies' werd voornamelijk gebruik gemaakt van Pubmed. Onze aandacht ging enerzijds uit naar relevante literatuur met als voornaamste onderwerp het 'kort advies', meer bepaald over kort advies bij voeding, met betrekken tot levensstijl in het algemeen en in de huisartsenpraktijk, of combinaties van die zoektermen. Anderzijds werd gezocht naar literatuur over het metabool syndroom, in combinatie met zoektermen als levensstijl, kort advies of de huisartsenpraktijk.

Volgende zoekopdrachten werden uitgevoerd en gefilterd (English, 5 year, systematic review):

1. Brief advice AND Health: 95 resultaten → 3 zinvolle artikels
2. Brief advice AND health AND lifestyle: 2 resultaten →2 zinvolle artikels
3. Brief advice AND primary care: 30 resultaten (zelfde zinvolle artikels als bij 1.)
4. Brief advice AND nutrition: 7 resultaten (zelfde zinvolle artikels als bij 2.)
5. Brief advice AND general practice: 26 resultaten: 2 zinvolle artikels (zelfde als bij 1.)
6. Metabolic syndrome AND lifestyle: 99 resultaten: 1 zinvol artikel
7. Metabolic syndrome AND brief advice: geen resultaten
8. Metabolic syndrome AND general practice: 21 resultaten: geen zinvolle artikels

Een artikel werd als niet zinvol beschouwd wanneer bijvoorbeeld doelgroepen niet relevant waren (vb. personen met mentale handicap), wanneer het te veranderen gedrag voor deze masterproef niet relevant was (vb. drugsgebruik) of de effecten van een levensstijlverandering bekeken werden in kader van immuniteit, om maar enkele voorbeelden te noemen.
In totaal werden 5 relevante bronnen geselecteerd op Pubmed waarvan 4 reviews.

Verder werden reeds bestaande richtlijnen doorgenomen via Domus Medica en NHG betreffende algemeen gezondheidsadvies rond voeding, beweging, roken en alcohol.

De laatste zoekopdrachten dateren van 05/03/2021.

Er werd voornamelijk gezocht naar evidence based richtlijnen en systematische reviews aangezien deze aan de top van de hiërarchie van evidentie staan.
Uiteindelijk werd deze masterproef gebaseerd op de Belgische en Nederlandse Richtlijn betreffende hart- en vaatziekten en het risicomanagement hierbij en enkele (systematische) reviews.

1.3 Literatuuronderzoek

1.3.1 Richtlijnen

Voor dit onderzoek wordt, voor de selectie van patiënten die geen verhoogde middelomtrek hebben, maar toch een verhoogde BMI, gebruik gemaakt van de Score-tabel om het cardiovasculaire risico in te schatten. De Score-tabel is een onderdeel van de Belgische richtlijn 'Cardiovasculaire preventie' van Domus Medica. (2) Hierbij worden parameters als leeftijd, geslacht, roken, systolische bloeddruk en lipidenspectrum (totaal cholesterol / HDL cholesterol) gebruikt om het risico op sterfte door een cardiovasculair event binnen de 10 jaar te berekenen. In deze richtlijn wordt gesteld dat het voorkomen van cardiovasculaire aandoeningen gerelateerd is aan de levensstijl. Met name een te grote middelomtrek en aldus een verhoogde hoeveelheid abdominaal vet, is één van de voorwaarden om te kunnen spreken van een metabool syndroom. Het is dan ook van belang dit aan te pakken via gezonde voeding en voldoende fysieke activiteit. In Nederland wordt een gelijkaardige richtlijn (NHG – Nederlands Huisartsen Genootschap) gebruikt om het cardiovasculaire risico te bepalen, alsook wordt daar gebruik gemaakt van de Score-tabel om het risico op sterfte ten gevolge van een cardiovasculair event in de komende 10 jaar te berekenen. (3) Ook bij de screening van patiënten naar diabetes mellitus type 2 worden aan de hand van de 2-staps methodologie reeds verscheidene risicofactoren in kaart gebracht. Op basis van de FINDRISC score krijgen we reeds een idee over eetgewoontes en de dagelijkse fysieke activiteit van de patiënt. Verder is het meten van BMI, buikomtrek, bloeddruk en de nuchtere glycemie obligaat voor een goede risico inschatting. (1)
Na het selecteren van de patiënten die lijden aan metabool syndroom is een concrete aanpak wenselijk om verdere evolutie te voorkomen en eventuele verbetering te bekomen. Op basis van de individuele risicofactoren van de patiënt kan een kort advies op maat worden gegeven. Het belang hiervan wordt benadrukt in de gezondheidsgids van Domus Medica, waar onder andere ook een kort advies wordt besproken voor rookstopbegeleiding en het gebruik van alcohol. Van belang hierbij is het helder meedelen van het gezondheidsprobleem. Verder dienen op een empathische en niet-veroordelende manier de persoonlijke risico's te worden besproken en de nood aan verandering. Hierbij rekening houdend met de mogelijke gevolgen op volgende domeinen: maatschappelijk, psychisch, lichamelijk, mentaal of psychiatrisch vlak. Ook is het van belang aan te geven wat dan wel past binnen het spectrum van gezond gedrag. Tot slot kan er een kort mondeling advies worden meegedeeld, eventueel ondersteund aan de hand van nuttige links, folders of afbeeldingen.

1.3.2 Literatuur

Over de lengte en definitie van 'brief advice' (B.A.)of 'brief intervention' zijn in de literatuur uiteenlopende adviezen te vinden. Er zijn een aantal richtlijnen te vinden over de duur van zo'n kort advies, maar ook een aantal karakteristieken waaraan het advies best kan voldoen.

Zo vindt men in de clinical review van Rosembaun et al. (2018) (4) terug dat de tijdsduur kan variëren tussen de 5 en de 20 minuten, met een aantal sessies variërend van 1 tot 4. Rosembaun beschrijft een B.A. ook als een soort van ‘guided conversation’ met een patiënt over een bepaald gezondheidsprobleem. Er zijn een aantal elementen karakteristiek voor dit B.A.: gebaseerd op een theoretisch model of reference, kort, gestructureerd, niet-veroordelend, motiverend en ondersteunend om een gedragsverandering te bekomen. Beyer et al. (Cochrane review 2018) definieerden B.A. als maximaal 5 sessies met een maximale totale duur van 60 minuten. (5) Wat betreft het effect van B.A. haalt Rosembaun specifiek aan dat B.A. meest geschikt is voor preventieve doeleinden, in het bijzonder voor mensen die risico lopen op een specifiek (chronische, niet overdraagbaar) gezondheidsprobleem. Rosembaun haalt ook aan dat B.A. specifiek effectief is bij motivatie tot alcoholreductie en rookstop. Op het vlak van verhogen van fysieke activiteit zou er geen afdoend bewijs zijn dat B.A. hier effectief zou zijn volgens Rosembaun et al. Echter, in een systematische review betreffende het effect van B.A. op lichaamsbeweging werd besloten dat B.A. wel degelijk een significant effect heeft op de (zelfgerapporteerde) toename aan fysieke activiteit. (6) De Cochrane review van 2018 besloot verder ook dat B.A. zijn effect heeft op reductie van alcoholgebruik. Volgens dezelfde review zou uitgebreid advies/interventie niet effectiever zijn. (5) Een document opgesteld door Public Health England stelt dat B.A. een positief effect heeft op zowel alcoholreductie, rookstop, gewichtsverlies, alsook meer lichaamsbeweging. (7)
Een laatste systematische review van Whatnall uit 2018 besloot dat kort, instruerend advies dat op maat van de patiënt geformuleerd wordt op korte termijn het eetgedrag van de patiënt kan verbeteren, maar dat bewijs op lange termijn gelimiteerd is.(8)

1.3.3 Conclusie

Op basis van bovenstaande richtlijnen en literatuur zal getracht worden het gegeven advies te beperken binnen een tijdsspanne van een standaard consultatie, variërend van 5 tot 10 minuten. Afhankelijk van het persoonlijk risicoprofiel van de patiënt wordt het kort advies inhoudelijk aangepast en wordt een (of enkele) van volgende domeinen besproken: alcoholreductie, rookstop, gewichtsverlies en/of lichaamsbeweging. Het advies zal kort, gestructureerd, niet-veroordelend, motiverend en ondersteunend zijn. De basis hiervoor zijn de bestaande richtlijnen en informatieve websites. Zie hiervoor bijlagen 5 tem. 8.

2. Onderzoeksmethode

Het betreft hier een 2-delig, beschrijvend onderzoek. Enerzijds bevat deze studie een beperkt kwantitatief luik en anderzijds een meer uitgebreid kwalitatief luik.

2.1 Inclusie van patiënten

Op basis van een klinisch onderzoek en een bloedonderzoek werd getracht patiënten te identificeren die lijden aan het zogenaamde ‘metabool syndroom’, volgens de inclusiecriteria zoals hierboven vermeld.

Hierbij werd als volgt te werk gegaan: tijdens een eerste consultatie werd een inschatting gemaakt op basis van leeftijd en BMI. Bij patiënten boven 40 jaar oud, met een BMI > 25 (overgewicht) werd de middelomtrek (MO) gemeten om na te kijken of ze voldoen aan het eerste criterium. Indien dit zo was, werd er een bloedname gepland (indien geen recente (<1 jaar oud) analyse beschikbaar) om de overige parameters van het metabool syndroom na te gaan. Indien de MO niet verhoogd was, maar de patiënt toch een BMI heeft >25 werd toch een inschatting gemaakt van het cardiovasculaire risicoprofiel (Score-tabel) en de familiale voorgeschiedenis (diabetes mellitus type 2). Indien dit risico verhoogd was, werd ook een bloedname gepland om na te gaan of er sprake was van het metabool syndroom. Indien er geen verhoogd cardiovasculair risico was op basis van de Score-tabel en de familiale voorgeschiedenis wat betreft diabetes mellitus, werd geen bloedafname gepland. (Flow Chart 1).

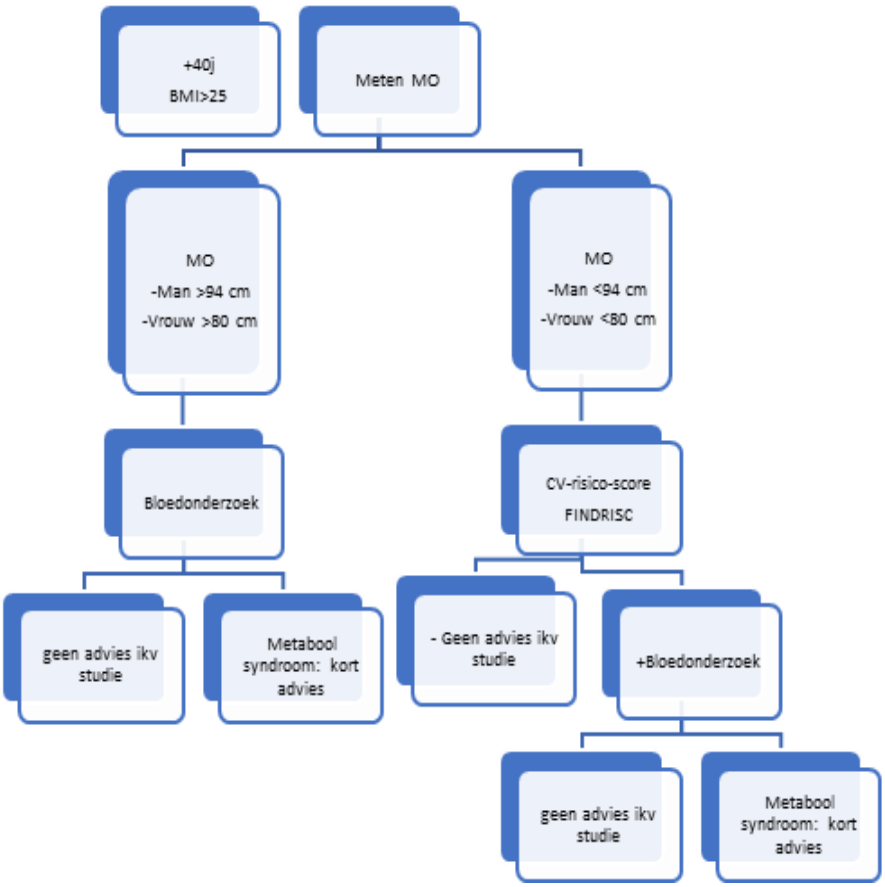


Fig 1. Flow Chart Inclusieprocedure patiënten

2.2 Kwantitatief luik

In het kwantitatieve deel werd bijgehouden hoeveel mensen konden weerhouden worden aan de hand van de toegepaste inclusiecriteria. Hierbij werd genoteerd hoeveel mensen daadwerkelijk konden bereikt worden. Tot slot werd ook het aantal patiënten geteld dat daadwerkelijk aan de slag is gegaan met het korte advies dat ze kregen bij de diagnose metabool syndroom. (Flow Chart 2) Dit werd nagegaan door in een interview te evalueren of ze zijn overgegaan tot een concrete gedragsverandering (voeding, beweging, roken, alcohol) of een evolutie op de gedragsveranderingscirkel van Prochaska en Diclemente hebben doorgemaakt, wat betekent dat zij van ontkenning van het probleem of geen intentie tot gedragsverandering toch zijn overgegaan naar het nadenken over verandering of het plannen van verandering.

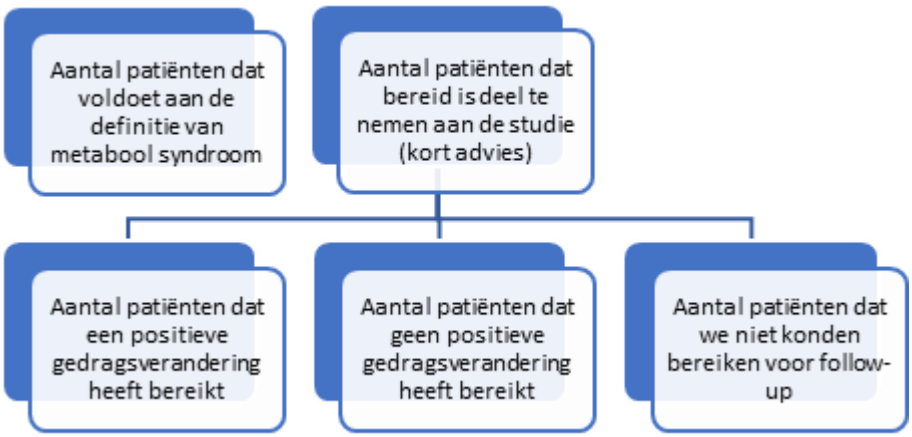


Fig.2 Flow Chart Indeling patiëntenpopulatie binnen de studie

- Aantal weerhouden patiënten (voldoen aan minstens 3/5 inclusiecriteria): 19
- Aantal patiënten bereid deel te nemen aan de studie: 18
- Aantal patiënten positief beïnvloed door B.A.: 18
    - Aantal patiënten met concrete gedragsverandering: 17
    - Aantal patiënten met progressie volgens P&D: 18
- Aantal patiënten dat geen positieve gedragsverandering heeft bereikt: 1

2.3 Kwalitatief luik

Na de eerste consultatie, waarin werd uitgezocht of de patiënt voldoet aan de definitie van het metabool syndroom, kregen zij ook een informatiedocument overhandigd waarin kort het onderzoek werd beschreven (bijlage 1). Hierna werd een tweede consultatie voorzien waarin het bloedonderzoek uitgebreid besproken werd met de patiënt alsook de betekenis van de diagnose metabool syndroom en de mogelijke gevolgen. Hierna werd gevraagd of de patiënt wenst deel te nemen aan het onderzoek. Indien de patiënt hier niet toe bereid was, werd kort

bevraagd wat voor hem/haar de motivatie was om niet deel te nemen (deze gegevens werden niet bewaard). Indien de patiënt wel bereid was mee te werken aan het onderzoek, werd hem/haar gevraagd het formulier 'informed consent' (bijlage 2) te handtekenen en werd overgegaan tot het kort motivationeel advies omtrent levensstijlaanpassingen. Dit kort motivationeel advies nam gemiddeld 5 tot 10-tal minuten in beslag, waarin de voornaamste werkpunten werden besproken. Voorbeelden hiervan waren: meer lichaamsbeweging, rookstop, alcoholreductie, gewichtsverlies, aanpassingen in het eetpaatroon. Fiches met deze korte adviezen werden meegegeven met de patiënten. (bijlagen 3-6)

Er werd een derde consultatiemoment vastgelegd na 4 weken om de ervaringen te bespreken, dit kon ook telefonisch. In tussentijd konden patiënten met eventuele vragen terecht op een algemeen e-mailadres zoals vermeld in het informatiedocument.

De evaluatie gebeurde vervolgens op basis van een semigestructureerd interview (bijlage 7). De evaluatiegesprekken werden opgenomen en uitgetypt. De opnames werden bewaard op een beveiligde pc (met paswoord), enkel toegankelijk voor de onderzoekers. De transcripten bevatten geen persoonlijke gegevens. De audio recordings worden gewist eens de masterproef is ingeleverd. De transcripten worden nog 5 jaar door de promotor bewaard.

De data werden geanalyseerd met behulp van een thematische analyse. Hieruit konden dan enkele conclusies worden getrokken in verband met het presenteren van een 'diagnose' en de indruk die deze mogelijk nalaat op patiënten en of deze aanpak hen kan aanzetten tot levensstijlaanpassingen op korte termijn mits kort motivationeel advies. Indien dit niet het geval is, werd ook ter zijde nagegaan welke hindernissen patiënten hierbij ondervonden.

Dit onderzoek beperkt zich echter tot het vaststellen van de gevolgen die het presenteren van een diagnose heeft op het leven van patiënten. Namen zij het heft in eigen handen en wensen zij het tij te keren om hun cardiovasculaire risico's te doen dalen? Is een klein duwtje in de rug voldoende om inzicht te geven in de ernst van de situatie en om de aanzet te geven tot aanpassing van hun levensstijl?

2.4 Dataverwerking

Zoals hierboven aangehaald werden alle gegevens verwerkt volgens een thematische analyse.(9) Dit betekent dat in alle transcripten van de interviews relevante quotes werden gemarkeerd. Hiervoor werden dan subthema's voor gecreëerd om zo de relevante quotes of 'open thema's' aan een groter onderwerp te kunnen ophangen. Uiteindelijk werd op deze manier nog een groter thema gecreëerd om zo te komen tot pooling van quotes binnen een bepaald onderwerp dat een antwoord vormde op de onderzoeksvraag. Beide onderzoekers hebben de eerste stappen onafhankelijk van elkaar gedaan om dan uiteindelijk door middel van discussie te komen tot een soort kapstok van grote thema's die als leidraad diende om de onderzoeksvragen te beantwoorden.
Op basis hiervan kon worden afgeleid wat het benoemen van het syndroom en het geven van het kort advies bij de geïncludeerden had teweeggebracht.

3. Resultaten

In onderstaande sectie worden de resultaten in detail besproken. Als eerste wordt iets meer info gegeven over de demografische karakteristieken van de studiepopulatie.
De daaropvolgende alinea's bespreken stuk voor stuk de grote thema's die werden gedistilleerd uit de semigestructureerde interviews, zoals de reactie op de boodschap, boodschap individueel verwerkt of gedeeld met naasten, ervaren als duw in de rug en/of aanzet tot reflectie, welke gedragsverandering en resultaat werden bereikt, voldoende kennis en advies gehad versus nood aan extra opvolging.

3.1 Demografische gegevens

In totaal hebben uiteindelijk 18 patiënten de volledige studie doorlopen, zijnde de inleidende consultatie, de mededeling van de boodschap met daarna het kort motivationeel advies en nadien het afsluitend gesprek met inbegrip van het semigestructureerd interview.
De populatie bestond uit 16 mannen en 2 vrouwen, onder hen 6 tussen 40 en 49 jaar, 4 tussen 50 en 59 jaar, 6 tussen 60 en 69 jaar en 2 ouder dan 70 jaar. Onder hen nog 13 beroepsactief en 5 niet-beroepsactief.

3.2 Reactie op de boodschap

Naast de belangrijkste onderzoeksvraag, namelijk het effect dat de boodschap zou hebben op hun levensstijl, ging de aandacht bij het interview ook uit naar hoe de boodschap door de patiënt werd ontvangen. Was dit nieuwe informatie voor hen of kenden ze in grote lijnen al wat dit syndroom betekende voor hun gezondheid. Uit de analyse van de interviews zijn een aantal zaken naar voor gekomen, namelijk dat er twee grote richtingen van bedenkingen of gevoelens waren bij de patiënten, namelijk een deel dat reeds op de hoogte was van hun gezondheidstoestand en een ander deel dat verbaasd was over de risico's van hun aandoening(en). Een derde, kleiner deel reageerde eerder onverschillig.
Uit reacties zoals: "Het was een herhaling van wat ik al wist", "Het is gewoon een naam voor iets wat ik al wist" of "Ik heb al soortgelijke consultaties gedaan", "Voor mij was dat eerlijk gezegd niet nieuw, ik weet dat en onderken dat, maar ik heb niet altijd de goesting om daar steeds mee bezig te zijn", "Het kind heeft een naam, ik heb al jaren een te hoge cholesterol." kan afgeleid worden dat een deel van de patiënten toch al op de hoogte was van (de ernst van) hun toestand, al dan niet met of zonder weet van de benaming 'metabool syndroom'. Echter, anderen wisten uiteraard wel dat ze medicatie nemen voor de bloeddruk, medicatie voor de suiker en ook nog voor de cholesterol of eventueel nog overgewicht hebben daarenboven, maar zij waren verbaasd dat dit gecombineerd in een syndroom wordt vervat met de daarbij horende risico's voor hun gezondheid. Enkele van hun reacties: "Ik ben ervan geschrokken dat het zo slecht was.", "Ik ben geschrokken van het woord 'syndroom.", "Een verwittigd man is er twee waard en als je op tijd verwittigd wordt, scheelt dat wel enorm.", "Ik ging van iemand met 'ik heb wat overgewicht' naar direct een stempel."
Een derde, kleiner, deel van reacties op de mededeling waren eerder onverschillig, dit kon worden afgeleid uit het peilen naar hoe ze de mededeling verwerkt hebben. Een kleine greep uit de reacties in deze zin: "Ik ben er wel mee bezig, maar lig er niet wakker van.", "Verwerkt is een groot woord.", "Zo diep zit het nu ook weer niet.", "Niet dat ik er van wakker lag, maar het zet wel aan om er iets aan te doen."

Als algemene kleine conclusie kan hieruit onthouden worden dat de meeste respondenten wel op de hoogte waren van hun gezondheidstoestand, maar dat een deel ervan toch schrok van de benaming ‘metabool syndroom’ en de bijhorende risico’s voor de gezondheid.

3.3 Boodschap zelf verwerkt versus gedeeld met anderen

Zoals eerder besproken werden uiteenlopende reacties opgemerkt wanneer deelnemers de diagnose ‘metabool syndroom en de bijhorende risico’s te horen kregen. Deze uiteenlopende reacties zetten zich ook voort in de verwerking van het motiverend gesprek nadien. Tijdens het interview werd daarom ook actief bevraagd of ze na het gesprek de nieuwe of gekende informatie ook met anderen hadden gedeeld. Het delen met anderen kon gaan over bespreken met familie, vrienden, kenissen, collega’s, etc. Sommige patiënten verkozen om de diagnose, risico’s en aanpak zelf te verwerken en aan te pakken. Dit kon afgeleid worden uit antwoorden als: “Neen eerlijk gezegd niet, ik ben het gesprek echter niet bewust uit de weg gegaan”, “Nee, ik heb het niet besproken.”. De meesten hadden na het motiverend gesprek echter wel met anderen hierover gesproken. Voor een deel van deze patiëntengroep maakte dit zelfs deel uit van het verwerkingsproces. Een andere groep heeft ook werkelijk familie of vrienden betrokken in de aanpak van hun probleem. Bij de groep die het gesprek met anderen aanging, deelden de meesten het met hun partner. Volgende quotes illustreren heel goed de waarde die het delen van de diagnose met anderen had voor bepaalde patiënten, zowel naar verwerking toe als naar aanpak: “Ik spreek er met vrienden over. Sommige momenten lachen we ermee. Soms motiveren ze me. Niet uitlachen, er wordt veel gezegd met een lach.”, “Ja , met mijn echtgenoot wel en ja ook met mijn broer, die waren op bezoek en daarom heb ik het erover gehad. Hij is cardiochirurg en zijn vrouw is anesthesiste en met hen heb ik erover gesproken.”, “Ik heb er met mijn vrouw over gesproken, zij had dezelfde problemen, bij haar is het goed gelukt door de voeding aan te passen.”, “Het hielp echt dat mijn dochter erbij was.”, “Met vriendinnen gepraat over hoe ik ermee aan de slag moet.”, “Ja, op het werk wel hier en daar iets laten vallen.”

3.4 Een duw in de rug/aanzet tot reflectie

Een thema dat regelmatig terugkomt, is iets wat zou kunnen benoemd worden als ‘een duwtje in de rug’. Vele patiënten ervaarden het motiverend gesprek waarbij de diagnose metabool syndroom als dusdanig werd benoemd en de daarbij horende risico’s werden toegelicht als motiverend, leerrijk, nuttig en zelfs richtinggevend. Het stimuleerde hen om daadwerkelijk met de gegeven adviezen aan de slag te gaan. Dit kwam onder andere naar voren in reacties zoals: “Ik vond het gesprek wel goed, en op zich motiverend om er iets aan te doen”, “Ik vond het heel nuttig, nuttig omdat het vaak kleine dingen zijn die veel kunnen uitmaken en waar je gewoon niet bij stilstaat.”, “Ja dat vond ik wel echt nuttig . Nu heb ik er een beter idee over”, “Het is nu duidelijk wat er moet gebeuren”, “Het heeft geholpen om de euro te doen vallen.” en “Op zich wel goed omdat het me wat richting gaf van wat me te doen stond”. “Het woord syndroom heeft me ertoe aangezet op zoek te gaan naar extra info.”. Zowel patiënten waarbij de boodschap als een shock werd ervaren als patiënten die er initieel ‘niet van wakker lagen’, grepen de consultatie aan om te reflecteren over hun levensstijl. Volgende quotes illustreren dit mooi: “Niet dat ik er van wakker lag, maar het zet wel aan om er iets aan te doen”, “Ik was wel geschrokken, maar nu ga ik er wel mee aan de slag.” Bij meerdere patiënten merkten we dat een spreekwoordelijke duw in de rug ook daadwerkelijk heeft geleid tot een reflectie over

hun eigen levensstijl. Ze gingen nadenken over zowel doelstellingen op langere termijn als op kortere termijn. Enkele voorbeelden hiervan zijn onder andere volgende quotes: “Op zich motiverend om er iets aan te doen, maar om dan ineens uw hele levenswijze om te gooien, is nogal drastisch, dus ik heb er een paar stappen uitgepikt en dan wil ik in de toekomst aan die andere zaken werken”, “Je gaat nadenken over welke dingen kan ik snel aanpassen en welke dingen kan ik aanpassen op lange termijn.”, “Een goed gesprek omwille van het feit dat ik al met die vragen zat en er continu mee bezig ben.”.

3.5 Doorgevoerde gedragsveranderingen en concrete resultaten

De adviezen die tijdens het kort motivationeel advies werden meegedeeld konden worden onderverdeeld in 4 grote categorieën: voeding, beweging, rookstop en alcohol gebruik. Het beoogde doel was om dit advies op maat te geven en op basis van een gesprek persoonlijke werkpunten te achterhalen en te bespreken. Niet alleen persoonlijke werkpunten waren hiervoor van belang, ook de fase van motivatie speelde een cruciale rol. Er werd getracht het niveau van motivatie in te schatten op basis van de stadia van gedragsverandering van Prochaska en DiClemente[1] en op basis hiervan werd het motivationeel gesprek aangepast. Tijdens het afnemen van de interviews ongeveer een maand na het motivationeel gesprek werd opgemerkt dat de bekomen gedragsveranderingen en resultaten vaak in de lijn lagen van het gegeven advies. Afhankelijk van het stadium van gedragsverandering waarin ze vooraf verkeerden, waren er patiënten die het gesprek hadden gebruikt om te reflecteren over hun levensstijl en gewoontes, anderen gingen dan weer concreet aan de slag en slechts een minderheid heeft geen actie ondernomen. Tijdens de thematische analyse werden vooral de categorieën waarover het advies werd gegeven gebruikt voor de subthema’s. Zo werden voornamelijk veranderingen in voeding, beweging en alcoholconsumptie opgemerkt: “Wel, het meest concrete (wat ik veranderd heb) is dus eigenlijk om de ongezonde dingen uit de voeding weg te laten.”, “Ik ben volledig met alcohol gestopt, behalve bij bezoek van vrienden of familie, en dan gaat het over 1 glas.”, “Ik heb zeer hard beknopt op wijn drinken. Ik dronk voordien 2-3 glazen wijn per dag, nu drink ik 2-3 glazen per maand.”, “En elk weekend probeer ik te bewegen. In de week is het moeilijker, zeker met de donkere dagen, maar ik probeer dagelijks na mijn werk te gaan wandelen.”,”Ik heb de trap genomen in plaats van de lift.”, “Ik eet nu vooral bruine rijst en wandel meer.”
Echter ook resultaten in gewichtsverlies, betere nachtrust en zich beter voelen werden bekomen: “Ik ben na ons gesprek 5 kilo afgevallen.”, “Ik slaap beter.”, “Ik voel me nu wel beter, beter dan voordien.”

3.6 Voldoende kennis en advies na het interview versus nood aan extra opvolging

De meeste patiënten die deelnamen aan het onderzoek gaven aan over voldoende kennis te bezitten na het advies om zelf het roer om te gooien en hadden geen behoefte aan extra

[1] Transtheoretisch model voor gedragsverandering, ontwikkeld door Prochaska en Di Clemente in 1977, met 5(6) stadia die moeten doorlopen worden voor gedragsveradering: precontemplatie, contemplatie, voorbereiding, actie, onderhoud (,herval).
https://en.wikipedia.org/wiki/Transtheoretical_model, laatst geraadpleegd op 19/04/2022.

advies of begeleiding door een arts of andere zorgverlener. Wat relevante quotes om dit te illustreren zijn de volgende: “Ik heb het gevoel dat ik het wel in de hand heb.”, “Ik heb niet direct extra advies nodig, ik weet wat de boosdoeners zijn.”. Enkele patiënten haalden aan dat bijkomende begeleiding nu of in de toekomst door een specifieke zorgverlener zoals een diëtist of kinesist wel een hulp zou kunnen zijn. Enkele quotes illustreren dit: “Wat extra advies en controle bij een diëtiste is altijd goed, denk ik.”, “Het lukt voorlopig wel, maar als de bloedwaarden problematisch worden, ga ik misschien toch naar een diëtiste gaan.”.
Een enkele patiënt haalde aan dat de kennis misschien wel voldoende was, maar dat het psychologisch ook moet mogelijk om de knop om te draaien: “Ik denk dat het belangrijk is dat het ook tussen de oren goed zit.”.

4. Discussie

Bij het includeren van patiënten werden beide praktijken geheel betrokken. Dit heeft bijgedragen aan een uiteenlopende populatie op vlak van socio-economische achtergrond en cultuur. Een bedenking die wel kan gemaakt worden bij de inclusie is dat er een grote bereidheid was onder de mensen die deelnamen. Er kan opgemerkt worden dat bij intake het overgrote deel van de studiepopulatie zich al in een verder stadium van gedragsverandering bevond, namelijk de contemplatie en voorbereidingsfase. Slechts 1 patiënt weigerde deelname en 1 patiënt bevond zich in de precontemplatie fase. De grote vraag daarbij is dus of er onbewust patiënten werden geselecteerd op basis van hun bereidheid tot actieve deelname aan het onderzoek. Mogelijk werd er dus onbewust en los van de inclusiecriteria ook gevoelsmatig ingeschat of het om een 'geschikte' patiënt ging voor het onderzoek en is er op die manier misschien een inclusie-bias in het onderzoek geslopen. Indien de inclusie hier los van kan gezien worden, kan wel degelijk besloten worden dat er toch meer nood is aan een duidelijk advies en dat de bereidheid tot gedragsaanpassingen bij deze uitdagende populatie toch groter is dan aanvankelijk ingeschat.

Een tweede bedenking die kan gemaakt worden bij de inclusie van de patiëntenpopulatie is dat vooral patiënten die geregeld langskomen voor controles en opvolging eerder werden betrokken in het onderzoek dan patiënten die nauwelijks of nooit een bezoek brengen aan de dokter. Deze laatste groep kan nochtans veel baat hebben bij een grondige preventieve consultatie. Het lijkt dan ook belangrijk om op praktijkniveau een haalbaar systeem te ontwikkelen om deze moeilijk bereikbare groep ook de juiste preventieve zorg te kunnen bieden.

Deze studie bestond uit een eenmalig kort motivationeel advies. Dit advies duurde gemiddeld 5-10 minuten, een tijd die werd bepaald op basis van de geraadpleegde literatuur. In enkele artikels werd echter het belang aangehaald van meerdere sessies, in plaats van de gekozen eenmalige sessie in dit onderzoek. In de review van Rosembaun werd een tijdsduur van 5 tot 20 minten aangeraden en een aantal sessies variërend van 1 tot 4. (4) In de Cochrane review van Beyer et al. werd aangeraden maximaal 5 sessies te voorzien met een maximale totale duur van 60 minuten. (5) Hoewel er tijdens het semigestructureerd interview steeds werd aangeboden om verdere opvolging te voorzien werd hier maar zelden verder op ingegaan. Bij 1 van de studiepatiënten bleek het eerste interview onvoldoende om de diagnose metabool syndroom en de bijhorende risico's te begrijpen. Daarbij werd wel een bijkomend advies voorzien los van de studie. Verder bleek een eenmalige sessie wel voldoende voor de patiënten om zelf inzicht te krijgen in zijn/haar huidige gezondheidstoestand.

Tijdens de verwerking van de interviews werden heel uiteenlopende reacties na het meedelen van de diagnose metabool syndroom en de bijhorende risico's opgemerkt. Wat deze studie niet toeliet, was om hieruit verdere conclusies te trekken betreffende de relatie tussen deze verschillende reacties en de daarbij horende uiteindelijke gedragsverandering. Is een aanvankelijke shockreactie efficiënter om daadwerkelijk met deze nieuwe informatie aan de slag te gaan of gaan patiënten waarvoor het motivationeel gesprek geen of weinig nieuwe informatie bevatte juist betere resultaten verkrijgen. Heeft met andere woorden de initële reactie van de patiënt een voorspellende waarde op het uiteindelijke resultaat?

Meerdere patiënten betrokken hun familie of vrienden bij hun proces. Dit kon gaan over de verwerking van het consult, maar soms werden deze contacten ook betrokken in de verdere aanpak. Kan het nuttig zijn om hier als huisarts verder op in te spelen en eventueel (mits goedkeuring van de patiënt) de omgeving meer te betrekken bij dit proces?

Een geslaagde gedragsverandering berust op een zekere consistentie en mag wel worden omschreven als een proces van lange duur. Dit onderzoek richtte zich nu voornamelijk op het kortere termijn effect van een motivationeel gesprek. Na een maand werden de patiënten terug gecontacteerd om eventuele resultaten te bespreken. Er werd wel aangeboden om verdere opvolging te voorzien, zowel verder in de huisartsenpraktijk als in samenwerking met andere zorgverleners, zoals een diëtist(e), bewegingscoach, kinesist, psycholoog, etc. Toch werd opgemerkt dat het grootste deel hier niet op in ging. Zal een kort advies werkelijk voldoende blijken voor een duurzame gedragsverandering? Verder onderzoek is aangewezen om ook de effecten van een kort motivationeel advies op lange termijn te kunnen inschatten. Deze bemerking ligt ook in lijn met de conclusies die werden getrokken in de systematische review van Whatnall uit 2018. Daarin werd besloten dat een kort, instruerend advies, op maat van de patiënt geformuleerd, op korte termijn het eetgedrag van de patiënt kan verbeteren, maar dat het bewijs op lange termijn gelimiteerd is.(8) Zoals eerder aangehaald werd de mogelijkheid tot interdisciplinaire zorg wel aangeboden, maar gingen slechts enkele patiënten hierop in. De enorme toegevoegde waarde van interdisciplinaire zorg is al langer gekend en wint steeds meer terrein. Voorlopig bleef deze studie dus grotendeels beperkt tot de huisartsenzorg. Toch lijkt het een grote meerwaarde om meerdere disciplines reeds in een vroeg stadium te betrekken om de slaagkansen van een duurzame levensstijlaanpassing te vergroten.

5. Besluit

In deze studie werd nagegaan of een kort motivationeel advies na het meedelen van de diagnose metabool syndroom en de daarbijhorende risico's voldoende kon zijn om een positieve gedragsverandering te bekomen. De resultaten waren alvast veelbelovend.
De initiële reacties op het nieuws waren zeer uiteenlopend. Er waren patiënten die schrokken van de diagnose, ze ervaarden het als een stempel of een wake-up call. Voor anderen was het dan weer niets nieuws onder de zon en werden de risico's reeds eerder besproken met andere zorgverleners. De meesten hadden echter nog nooit over het metabool syndroom gehoord en wisten niet dat ze daaraan leden. Ondanks de uiteenlopende reacties slaagde de grote meerderheid van de patiënten erin om de gegeven adviezen ter harte te nemen. Tijdens het eerste gesprek vonden we vaak in samenspraak met de patiënt de juiste werkpunten en de doorgevoerde gedragsveranderingen lagen daarom ook vaak in lijn met het gegeven persoonlijk advies. De adviesdocumenten droegen ook bij aan het onthouden van concrete adviezen en vormden een leidraad wanneer de patiënt hierover zelf meer wilde opzoeken.
Bij quasi iedereen zette dit eerste gesprek aan tot een reflectie over de levensstijl. De meerderheid van de patiënten ging met zijn persoonlijk advies ook concreet aan de slag. Heel regelmatig werd de omgeving hierin betrokken. Meestal ging het om de partner, maar ook met vrienden en collega's werd hierover gesproken. Enkele patiënten vonden het nuttig om dit nieuws en de besproken risico's een plek te geven, te verwerken. Bij anderen werd de omgeving zelfs betrokken in de aanpak van het probleem. Sommigen verkozen echter bewust om de diagnose niet te delen. Of het actief betrekken van de omgeving ook werkelijk een belangrijke rol speelt in de slaagkansen en de huisarts hierin een actieve rol kan spelen, is eventueel nog stof voor verder onderzoek.
Na 1 maand werden de interviews afgenomen en werden positieve resultaten opgemerkt. Er werd door patiënten gereflecteerd over de huidige levensstijl en de te verbeteren punten op lange en korte termijn. Patiënten gingen er zelfs al actief mee aan de slag. Er werden zelfs concrete resultaten opgetekend, patiënten die zich beter voelden, beter sliepen en bij sommigen resulteerden voedinsaanpassingen ook in een gewichtsverlies. De studie beperkte zich echter tot het effect van een motivationeel advies na 1 maand. Het effect op langere termijn na een kort motivationeel advies vormt dus nog een interessant onderzoeksthema.

Dankwoord

Ons grootste woord van dank gaat uit naar alle patiënten die bereid waren deel te nemen aan de studie, wij zijn dankbaar voor de tijd die ze hebben vrijgemaakt, maar ook voor de inzet die zij duidelijk hebben getoond. Wij hopen dat zij nu dezelfde weg blijven bewandelen die zij een tijdje geleden met goede moed hebben ingeslagen.

Ons tweede woord van dank gaat uit naar Prof. Hilde Bastiaens die in haar drukbezette agenda toch nog hier en daar een gaatje heeft gevonden om ons met raad en daad bij te staan.

Ons derde woord van dank gaat uit naar elkaar. Het is niet altijd evident om samen aan zo'n groot werk te werken, zeker niet aangezien er daarnaast ook nog moet gewerkt worden in de praktijk en er tijd moet zijn voor familie en vrienden. We zijn er in geslaagd om op een tempo dat ons beiden lag en met de nodige discussies en overleg toch naar een mooi resultaat toe te werken.

Persoonlijke reflectie

Wanneer je een masterproef moet schrijven kan je maar beter iets kiezen wat je echt interessant vindt, want je moet er een aantal jaren mee aan de slag. Ik heb dan maar beslist om de twee dingen die ik echt interessant vind te combineren, namelijk voedings- en dieetleer en geneeskunde. Hoe kan ik die twee domeinen nu verzoenen en iets onderzoeken wat nuttig is voor in de praktijk, iets waar je naderhand mensen nog echt mee van dienst kan zijn. Ik ben beginnen nadenken en kwam als snel uit bij zaken als hart- en vaatziekten, overgewicht, hoge cholesterol enzovoort. Om, als arts, je met voedingsadvies te gaan bezighouden, diëten enzovoort, heb je de tijd niet, dus ik ging nadenken over bij welke patiënten ik zoiets wel zou kunnen gebruiken, maar geoptimaliseerd in tijd. Hoe zou ik mensen hun aandacht kunnen vestigen op iets en ze daarna er iets over laten bijleren en aanzetten tot actie? Dat hield me wel bezig. Ik kwam een collega tegen die zo een beetje met hetzelfde in het hoofd zat en een samenwerking was geboren. We hebben nog een tijdje verder gebrainstormd, opgezocht en gepraat met onze promoter, et voilà, een voorlopig onderwerp was geboren. We zouden een aantal patiënten even met de voetjes op de grond zetten, hun aandacht vestigen op hun probleem en hen dan adviseren om een aantal dingen te veranderen ten voordele van hun gezondheid. Zoiets gaat niet over één nacht ijs, er wordt gesleuteld aan de vraag, aan de doelgroep, aan de methode, maar uiteindelijk is het daar. De visie, zo gaan we het aanpakken. Dat proces op zich was al leerrijk omdat je leert na te denken over een probleem en uiteraard over hoe je dat dan zoekt aan te pakken, het is een proces van trial and error, maar uiteindelijk kom je er wel.

Na wat zoekwerk in de literatuur, zijn we uiteindelijk tot bovenstaand mooi afgelijnd onderwerp gekomen en hebben we ons gestort op het onderzoek. Zowel mijn collega Maya als ik hebben onze opleidingspraktijk mee betrokken in het onderzoek om zo een maximaal aantal patiënten te kunnen includeren. Het betrekken van de praktijk heeft ook als voordeel dat je nadien, als het onderzoek iets bruikbaar oplevert, ook iedereen sneller mee op de kar kan krijgen om het werk verder te zetten. Ik was zelf aangenaam verrast omwille van de bereidheid van de patiënten om mee te werken aan het onderzoek. Quote: “Ik ben blij dat jonge artsen zich nog bezighouden met dit soort onderzoekjes.” Dat is altijd leuk om te horen en motiveert meteen om verder te gaan.

Het liep uiteraard niet altijd van een leien dakje, zaken als ‘thematische analyses’ behoorden niet tot ons kennisveld en moesten dan ook even uitgespit worden om de verwerking van alle onderzoekjes te kunnen doen, maar gaandeweg leer je veel bij en lukt het dan ook wel om die nieuwe zaken ook tot een goed einde te brengen. Het voordeel van een duoscriptie is dat je met twee kan nadenken over moeilijkheden die op je pad komen, maar je kan ook de andere uitdagen om over iets na te denken. Wanneer visies of ideeën verschillen, is het zeker een pluspunt om daar samen over na te denken omdat je dan toch vaak tot verrassende eindpunten komt, die je misschien in je eentje niet zou hebben kunnen verwezenlijken.

In het begin keek ik met een beetje tegenzin naar ‘nog een masterproef’ maar naarmate de tijd en mijn project vorderde, kreeg ik er toch meer plezier in en ik ben uiteindelijk wel heel blij met het resultaat. De reacties van de patiënten waren positief, we hebben gemerkt dat we toch iets bruikbaar hebben gemaakt waarmee we in de praktijk kunnen verder werken. Sinds de start van dit onderzoekje ben ik alleszins wel veel alerter als ik bepaalde afwijkende laboresultaten zie in combinatie met een mogelijk verhoogde BMI/MO en merk ik toch dat ik sneller overga tot de adviezen die we in de masterproef ook hebben gebruikt. Ik ga mijn best doen om dit in de toekomst te blijven verderzetten aangezien deze aanpak toch wel zijn nut heeft bewezen en we aldus mooie resultaten hebben kunnen bekomen. Misschien stof tot nadenken om dit ook voor andere aandoeningen op een gelijkaardige manier aan te pakken.

In de praktijk is het voor mezelf alvast de bedoeling om binnen een jaar ofzo eens te kijken naar mijn geïncludeerde patiënten en te kijken wat het effect is geweest op langere termijn. Gewoon omdat het interessant is!

Het is leuk geweest, we hebben er iets interessant van gemaakt, er waren uiteraard ook moeilijkere momenten, maar zoals de spreuk het mooi zegt: No pain, no victory!

Referenties

1) Website Gezondheid en Wetenschap. Richtlijn ‘Metabool syndroom’ Https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/metabool-syndroom (geraadpleegd op 03/03/2021)
2) Domus Medica. Richtlijn ‘Gezondheidsgids’, 2019. https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Gezondheidsgids_2019-2%20.pdf (geraadpleegd op 21/05/2020)
3) Nederlands Huisartsen Genootschap. Richtlijn ‘Cardiovasculair risicomanagement’, 2019. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement (geraadpleegd op 21/05/2020)
4) Rosembaun, A., Rojas, P., Rodriguez, M.V., Barticevic, N., Mercado, S.R. Brief interventions to promote behavioral change in primary care settings, a review of their effectiveness for smoking, alcohol and physical activity. Medwave 2018. Jan-feb;18(1): e7148
5) Beyer, F.R., Campbell, F., Bertholet, N., Daeppen J.B., Saunders, J.B., Pienaar, E.D., Muirhead, C.R., Kaner. E.F. The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: A distillation for clinicials and policy makers. Alcohol and Alcoholism, 2019, 54(4) 417-427.
6) Campbell, F., Blank, L., Messina, J., Day, M., Buckley Woods, H., Payne, N., Goyder, E., Armitage, C. Systematic review of dietary interventions and physical activity interventions for weight management. Report commissioned by the Centre for Public Health Excellence on behalf of the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2012.
7) Public Health England. Five key interventions to facilitate patients to better self-care, improve their health and wellbeing and reduce demand on general practice if implemented systematically across primary care. October 2017. https://modelsofcare.co.uk/uploads/1eebee023f7e423a1366f8f433fdb1a0.pdf
8) Whatnall, M.C., Patterson, A.J., Ashton, L.M., Hutchesson, M.J. Effectiveness of brief nutrition interventions on dietary behaviours in adults: A systematic review. Appetite. 2018 Jan 1;120:335-347
9) Braun, V. and Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 2006, 3(2) 77-101.

Figurenlijst

1. Flow Chart Inclusieprocedure patiënten p.9

2. Flow Chart Indeling patiëntenpopulatie binnen de studie p.10

Bijlagen

1. Informatiedocument deelnemers medisch-wetenschappelijk onderzoek

Informatiedocument - Versie1 – 30/11/2020

ONDERZOEK NAAR DE IMPACT OP EN ERVARINGEN VAN PATIËNTEN DIE KORT ADVIES KRIJGEN ROND HET METABOOL SYNDROOM.

Beste deelnemer,
Wanneer u dit document ontvangen heeft, betekent dit dat u mogelijk in aanmerking komt om deel te nemen aan ons onderzoek.
Vooraleer we van start gaan, willen we u graag bedanken voor uw bereidheid om te overwegen hieraan deel te nemen. Via dit document informeren we u over het verloop van de studie. Indien u nog bijkomende vragen zou hebben, kan u die stellen via studie_metaboolsyndroom@hotmail.com.

Waarom informeren we u over dit onderzoek?

Op basis van een klinisch onderzoek en/of een risico-inschatting hebben we reeds een aanwijzing dat u mogelijk lijdt aan het zogenaamde 'Metabool syndroom'. In dit onderzoek willen we personen met metabool syndroom informatie geven en helpen om hiermee om te gaan.
In afwachting van de resultaten van uw bloedonderzoek, willen we u reeds informeren over het verdere verloop van uw eventuele deelname.

Hoe zal het onderzoek verlopen?

Wanneer u deelneemt aan dit onderzoek gaan we samen met u bekijken welke levensstijlaanpassing een belangrijke impact zou kunnen hebben op uw gezondheid. Aan de hand hiervan geven we kort advies waarmee u van start kan gaan. Vier weken later nemen we terug contact met u op om te kijken hoe u hiermee aan de slag bent gegaan en wat dit voor u betekend heeft. We bespreken samen met u uw positieve ervaringen en de mogelijke hindernissen die u bent tegen gekomen. We zullen dit doen op basis van een telefonisch interview.
In de praktijk komt dit in totaal voor u neer op 2 consultaties bij de huisarts en een telefonische bevraging. De eerste consultatie is reeds achter de rug, hier werd reeds de bloedname (indien langer dan 1 jaar geleden) en het klinisch onderzoek uitgevoerd. Tijdens de tweede consultatie vragen we toestemming voor uw deelname. Wanneer u instemt, wordt u tijdens ditzelfde consult het advies meegegeven. Er volgt hierna enkel nog een telefonische evaluatie na 4 weken.
Uw deelname is volledig vrijwillig en brengt geen extra kosten met zich mee. U heeft het recht om op elk moment van het onderzoek, uw deelname aan het onderzoek te weigeren of stop te zetten. Dit eveneens nadat u het toestemmingsformulier heeft ondertekend. Als u na een gesprek beslist om toch niet deel te nemen, kan u ons dit laten weten op bovenvermelde mailadres.

Is mijn deelname aan dit onderzoek vertrouwelijk?

Al uw persoonlijke en medische gegevens die verzameld worden, worden strikt vertrouwelijk behandeld. Uw naam zal op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met dit onderzoek. In het verzamelen, bewaren en verwerken van uw gegevens, zal dit steeds anoniem gebeuren aan de hand van pseudonimiseren. Dit betekent dat uw gegevens zoals bv. uw naam, voornaam, … vervangen worden door een code en uw identiteit niet langer achterhaalbaar is. De onderzoekers zijn de enigen die een verband kunnen leggen tussen uw identiteit en de codes. De gegevens worden op het einde van de studie vernietigd. Als deelnemer heeft u te allen tijde het recht om de onderzoeker te contacteren indien u vragen hebt rond het onderzoek en uw persoonsgegevens.

Alle gegevens uit dit onderzoek worden behandeld volgens de regels van de Belgische wet van 22 augustus 2002 en de Verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in werking treedt betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

Wie organiseert en ondersteunt het onderzoek?

Dit onderzoek werd opgestart vanuit de Universiteit Antwerpen en kadert binnen een masterproefproject van 2 huisartsen-in-opleiding: Maya Grossard en Dorine Boeckx. Het onderzoek gebeurt onder toezicht van Prof. dr. Hilde Bastiaens.

Wie heeft dit onderzoek goedgekeurd?

Deze studie werd voorgelegd aan het centraal Ethisch Comité UZA en werd op … (datum) goedgekeurd. Een ethisch comité heeft als taak personen die aan klinische studies deelnemen te beschermen. Ze controleren of uw rechten gerespecteerd worden en, of de studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

Zijn er risico's verbonden aan dit onderzoek?

Er zijn geen risico's verbonden aan uw deelname aan dit onderzoek. Uw beslissing om al dan niet deel te nemen, zal uw zorg en de kwaliteit ervan op geen enkele manier beïnvloeden. Noch zal deze een invloed hebben op uw relatie met de professionele zorgverleners.

Aansprakelijkheid en verzekering

Indien u toch schade ondervindt als gevolg van uw deelname aan dit onderzoek, zal u of uw rechthebbenden door de opdrachtgever van dit onderzoek vergoed worden voor deze schade, overeenkomstig de geldende Belgische wetgeving. U hoeft hiervoor geen fout aan te tonen. De opdrachtgever heeft een foutloze verzekering afgesloten bij Vanbreda Risk & Benefits NV, Plantin en Moretuslei 297, 2140 Antwerpen, die de eventuele schade dekt die zou voorvloeien uit dit onderzoek. U of uw rechthebbenden kunnen hiervoor op elk ogenblik deze verzekeraar rechtstreeks dagvaarden. Zie bijlage: Attest_aansprakelijkheidsverzekering_DB_MG_Studie_MS

Wat gebeurt er met de onderzoeksresultaten?

De resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd aan het onderzoeksteam binnen de Universiteit Antwerpen en kadert binnen de masterproef nodig voor het behalen van een Master na Master in de Huisartsgeneeskunde.

Wij hopen van harte op uw deelname te mogen rekenen!
Met vriendelijke groeten,
Maya Grossard & Dorine Boeckx
Huisartsen-in-opleiding Universiteit Antwerpen

2. Toestemmingsformulier deelnemers medisch-wetenschappelijk onderzoek

Universiteit Antwerpen

TOESTEMMINGSFORMULIER POPULATIE (PATIËNT) – versie 1 – 30/11/2020

ONDERZOEK NAAR DE IMPACT OP EN ERVARINGEN VAN PATIËNTEN DIE KORT ADVIES KRIJGEN ROND HET METABOOL SYNDROOM.

1. Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek.
2. Ik kreeg de kans en de nodige tijd om vragen over het onderzoek te stellen.
3. Ik kreeg een bevredigend antwoord op al mijn vragen.
4. Ik heb voldoende tijd gehad om over mijn deelname na te denken.
5. Ik geef toestemming om de gegevens naamloos te verwerken voor de doeleinden zoals hierboven beschreven. Ik begrijp dat mijn persoonlijke gegevens worden gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk) In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
6. Ik weet dat ik recht heb op inzage in de gegevens die over mij zijn vastgelegd door de onderzoeker.
7. Ik ben er mij van bewust dat de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit van Antwerpen dit onderzoek heeft goedgekeurd.
8. Ik ben in kennis gesteld dat voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering werd afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
9. Ik verklaar hierbij dat ik geheel vrijwillig instem met deelname aan dit onderzoek en behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

In te vullen door de deelnemer

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: …..…….

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de deelnemer. Ik bevestig dat ik de aard, methode en doel van het onderzoek aan bovenvermelde respondent heb uitgelegd. Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit onderzoek, zoals beschreven staat in het informatieformulier voor de huisarts of praktijkverpleegkundige, volledig uitgelegd aan bovengenoemde.

Naam onderzoeker: ……..

Datum: …… Handtekening onderzoeker: ..……

3. Kort advies: fiche advies voeding

Advies Voeding

De rol van een ongezond voedingspatroon bij het ontstaan van tal van niet-overdraagbare chronische ziekten zoals obesitas en diabetes type 2 wordt alom wetenschappelijk erkend. Gewichtsverlies bij overgewicht heeft een gunstig effect op verschillende risicofactoren (hypertensie, insulineresistentie, gestoord lipidenprofiel) voor hart- en vaatziekten.

Gekende nadelen van ongezond eetpatroon:

- overgewicht, sociale gevolgen,…

Ongekende nadelen van een ongezond eetpatroon:

- verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen
- hypertensie
- hogere cholesterol
- groter risico op de ontwikkeling van diabetes mellitus type 2
- slechter slaappatroon

Voordelen van gezonde voeding:

- bloeddruk en lipidenprofiel verbetert
- verminderd risico op hartinfarct/beroerte
- verminderd risico op diabetes type 2
- meer energie

Hulplijnen bij gezonde voeding:

- Huisarts
- Diëtist(e)
- Internet:
    - https://www.gezondleven.be/themas/voeding

Concrete voedingsadviezen:

- 1,5l water per dag
- 25g vezels per dag
- 300g groenten en 250g fruit per dag (5 porties)
    - groenten verlagen de bloeddruk en de LDL-cholesterol → verlaging risico hart- en vaatziekten
- gezonde vetten: plantaardige oliën (zonnebloem, koolzaad, maïs, olijf), plantaardige margarines, 1 mespunt op brood, 1 eetlepel pp voor de bereiding van de warme maaltijd
- enkelvoudige suikers beperken (limonade, snoep, koekjes,…)
- vleesportie beperken 100g/dag ; vis 125g/dag
    - vlees bevat relatief veel verzadigd vet
    - bereid vlees kan veel zout bevatten
    - vlees/vis is wel een goede bron van eiwitten, B-vitamines en mineralen


VOEDINGSDRIEHOEK
gezondleven.be
GEZOND LEVEN
DRINK VOORAL WATER
Water is de beste keuze qua drank. Thee of koffie zonder suiker kunnen ook, ter afwisseling.
MEER
Voedingsmiddelen van plantaardige oorsprong, met een gunstig effect op de gezondheid: groenten, fruit, volle granen en aardappelen, peulvruchten, noten en zaden, plantaardige oliën, en andere vetstoffen rijk aan onverzadigde vetzuren.
Voedingsmiddelen van dierlijke oorsprong met een gunstig, neutraal, of onvoldoende bewezen effect op de gezondheid: vis, yoghurt, melk, kaas, gevogelte en eieren. Kies voor de weinig of niet-bewerkte variant.
Voedingsmiddelen van dierlijke of plantaardige oorsprong met een mogelijk ongunstig effect op de gezondheid: rood vlees, boter, kokos- en palmolie, of vetstoffen rijk aan verzadigde vetzuren. Deze producten bevatten nog wel nuttige voedingsstoffen, bv. ijzer in rood vlees.
MINDER
ZO WEINIG MOGELIJK
Sterk bewerkte producten met veel toegevoegde suiker, vet en/of zout en met een aangetoond ongunstig gezondheidseffect. Bereide vleeswaren, frisdrank, alcohol, snoep, gebak, snacks, fastfood, ... Ze zijn overbodig en je eet of drinkt ze best niet vaak, en in kleine porties.

4. Kort advies: fiche advies beweging

Advies Beweging

Gezien het wetenschappelijk bewezen is dat lichaamsbeweging de gezondheid bevordert, willen we graag de voordelen van lichaamsbeweging en de nadelen van inactiviteit bespreken.

Gekende <u>nadelen</u> van een <u>sedentaire levensstijl</u>:

- overgewicht en deconditionering.

Ongekende <u>nadelen</u> van een <u>sedentaire levensstijl</u>:

- verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen
- hypertensie
- hogere cholesterol
- groter risico op de ontwikkeling van diabetes mellitus type 2
- slechter slaappatroon

<u>Voordelen</u> van <u>beweging</u>:

- Een verminderd risico op hartinfarct en beroerte
- Verminderde bloeddruk, lipidenprofiel en minder kans op de ontwikkeling van diabetes type 2
- Meer energie

Hulplijnen bij sedentaire levensstijl:

- Huisarts
- Bewegingscoach/kinesist
- Internet:
    - www.gezondleven.be
    - https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/bewegingsdriehoek
    - https://www.ggids.be/advies-fysieke-activiteit



5. Kort advies: fiche advies alcohol

Advies alcoholgebruik

Alcoholgebruik is maatschappelijk aanvaard. Alcohol is dan ook de meest gebruikte legale drug in Vlaanderen/België. Het is een deel van onze cultuur geworden, al is het geen ongevaarlijk product.
Alcohol heeft een verdovend effect op de hersenen.

- Het verdooft eerst de hersendelen die het gedrag en de gevoelens controleren. Zo zorgt een kleine hoeveelheid alcohol voor een stoutmoediger, actief gevoel.
- Bij een grotere hoeveelheid vermindert het reactievermogen.
- Nog meer alcohol vermindert de controle over de bewegingen en het coördinatievermogen.

Alcoholgebruik is een belangrijke risicofactor voor ongevallen en verwondingen.
Los van de verslavende werking verhoogt alcoholgebruik op lange termijn ook het risico op hartaandoeningen, kankers, geheugenstoornissen en aandoeningen aan de pancreas en de lever.
Aanvaardbare hoeveelheden zijn: max. 10 standaardglazen/week, 2 alcoholvrije dagen/week



Gekende nadelen van alcohol:

- leverschade, slaapproblemen, gedragsverandering, complicaties tijdens de zwangerschap, verminderde potentie

Ongekende nadelen van alcohol:

- vruchtbaarheidsproblemen
- overgewicht of net ondervoeding
- neurologische en psychiatrische problematiek
- sociale en maatschappelijke problemen
- mond-, keel- en slokdarmkanker (vooral bij wie ook rookt), lever- en dikke darmkanker (zware drinkers) en mogelijk ook borstkanker.
- ontstekingen van maag, slokdarm en pancreas, verhoogde bloeddruk, een verhoogd risico voor hart- en bloedvaten, spier- en hersenbeschadiging.

Hulplijnen bij alcoholmisbruik

- Huisarts
- Psycholoog/psychiater
- Internet: https://www.vad.be/ , https://www.vad.be/assets/drugs-abc-alcohol , https://www.druglijn.be/drugs-abc/alcohol

6. Kort advies: fiche advies rookstop

Advies rookstop

Gezien het wetenschappelijk bewezen is dat roken de gezondheid schaadt, willen we graag de voordelen van rookstop en de nadelen van blijvend roken bespreken.

Gekende <u>nadelen</u> van <u>roken</u>: longschade, longkanker, COPD,…

Ongekende <u>nadelen</u> van <u>roken</u>:

- gewrichtspijn, bloedvatvernauwing en dus minder zuurstof naar de zenuwbanen
- aantasting van de tussenwervelschijven met meer rugklachten als gevolg
- meer risico op ontwikkeling van een geestelijke stoornis
- slechter slaappatroon
- roken betekent ook **een toegenomen risico op chronische pijn**

<u>Voordelen</u> van <u>rookstop</u>:

- de bloeddruk en de bloeddoorstroming verbeteren in handen en voeten
- een verminderd risico op hartinfarct/beroerte
- een verminderd risico op longinfecties/longtumoren
- een beter reukvermogen en smaakbeleving
- meer energie

Roken is een verslaving. Het is nooit te laat om te kiezen voor een rookvrij leven, ongeacht hoe lang of hoeveel je rookt.

Hulplijnen bij rookstop:

- Huisarts
- Tabakoloog
- Internet: www.tabakstop.be
- Telefoon: tabakstoplijn 0800/11100

7. Semigestructureerd interview

Semigestructureerd Interview

1. Introductie

- Bedanken voor tijd en deelname
- Onszelf voorstellen
- Studiedoel nogmaals kort uitleggen. Informatiebrochure werd in eerder stadium al uitgedeeld.
- Volgende punten benadrukken:
    - Het interview zal ongeveer een half uur duren
    - Het interview zal opgenomen worden met een audiorecorder
    - Anonimiteit en vertrouwelijkheid benadrukken
    - Privacy wordt gegarandeerd
    - U kan het interview op eender moment stopzetten
    - Het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen keurde dit onderzoek goed.
- Informed consent laten handtekenen in tweevoud (is al getekend bij aanvang deelname)

2. IJsbreker

- Wat vond u de vorige consultaties in het kader van het onderzoek?

3. Consultatie

- Hoe was het voor u om te horen dat je lijdt aan het metabool syndroom?
- Hoe heeft u dat gesprek ervaren?
- Hoe hebt u het meegedeelde risico verwerkt?
- Hebt u er met andere mensen over gesproken? Zo ja, hoe verliep dat gesprek?
- Hebt u nagedacht over uw gedrag en de verbonden risico's? Tot welke conclusies kwam u daarbij?
- Hebt u plannen gemaakt tot gedragsverandering? Zo ja, over welke gedragsveranderingen gaat dit dan?
- Wat heeft u concreet al ondernomen?
- Welke resultaten heeft u reeds bereikt?
- Hoe gaat u dit verder aanpakken?
- Hebt u nog hulp nodig om uw gestelde doelen te bereiken?

4. Tot slot

- Zijn er nog zaken die u zou willen toevoegen? (Om onbesproken zaken aan bod te laten komen)
- Nogmaals bedanken voor hun tijd.