# Cultuursensitieve implementatie van levensstijlaanpassingen bij obesitas: een kwaliteitsverbeterend project.

dr. Yasemin Yüksel,
Master-na-master huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen

Promotor: dr. Katrien Bombeke, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: dr. Winny Ang, Universiteit Antwerpen

Masterproef huisartsgeneeskunde
Academiejaar 2023 – 2024

*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 aangaande het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich 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.*

# *Abstract*

**Cultuursensitieve implementatie van levensstijlaanpassingen bij obesitas: een kwaliteitsverbeterend project.**

Huisarts-in-opleiding: dr. Yasemin Yüksel, Universiteit Antwerpen
Promotor: dr. Katrien Bombeke, Universiteit Antwerpen
Co-promotor: dr. Winny Ang, Universiteit Antwerpen

DOELSTELLING: de kwaliteit van zorg rond obesitas in de eerste lijn verbeteren bij patiënten met een diverse cultuur, bij wie een taalbarrière wordt ondervonden door de arts, door ontwikkeling van een praktisch werkplan om in een multidisciplinair team te gebruiken.

DESIGN: een kwaliteitsverbeterend praktijkproject in een wijkgezondheidscentrum met 1400 ingeschreven patiënten. Zeven patiënten met diverse cultuur, taalbarrière en obesitas en hun hulpverleners worden opgevolgd gedurende drie maanden door vragenlijsten, visueel beeldmateriaal en gesprekken. Deze praktijkverbetering wordt geëvalueerd aan de hand van volgende criteria: gevoel van vertrouwd te zijn met het obesitasconsult en om hierin te slagen bij de hulpverlener, kennis en inzicht over voeding en beweging bij de patiënt, continuïteit van aanwezigheid van de patiënt op afgesproken contactmomenten en verbetering in klinische parameters (gewicht, BMI, buikomtrek, bloeddruk, cardiovasculaire risico score, obesitas geassocieerde klachten en indien indicatie tot bloedname: lipidenprofiel, nuchtere glucose, HbA1c%). Barrières in het proces worden hierbij ook in kaart gebracht.

RESULTATEN: Kennis en inzicht bij de patiënt verbeterde op vlak van beweging bij vier van de zeven patiënten en op vlak van voeding en gevolgen van obesitas bij respectievelijk één en twee van de zeven patiënten. Er werd bij sommige patiënten een kleine verbetering gezien in gewicht, BMI, buikomtrek, lipidenprofiel en obesitas geassocieerde klachten maar niet in cardiovasculair risico score en bloeddruk. Eén patiënt kreeg een nieuwe diagnose van diabetes na de bloedresultaten tijdens deze studie. Voor drie van de zeven patiënten verdwenen de obesitas geassocieerde klachten, voor andere drie van de zeven werden de klachten slechter en bij één patiënt verbeterden de klachten. De studie toonde geen verbetering voor de hulpverleners op vlak van gevoel van vertrouwd te zijn met het obesitasconsult en om hierin te slagen. De ervaren barrières waren het niet komen opdagen van patiënten, dat ze geen tolk wilden of geen begrip hadden voor het turven in het eet- en bewegingsdagboek. Op vlak van materiaal waren er ook barrières zoals afwezigheid van bereidingswijzen, hetzelfde kleurgebruik in de bewegingsdriehoek en in de voedingsdriehoek en de moeilijkheid om input uit de intake over te dragen naar het vervolgconsult in het sjabloon in *CareConnect*. De barrières wat de organisatie betreft zijn als volgt: onduidelijk beleid rond niet komen opdagen op consult (voor zowel hulpverleners als patiënten), uitval van hulpverleners en minder gestructureerde teamvergadering. Rond de hulpverleners merkten we op dat het aanstellen van bepaalde hulpverleners voor deze obesitas opvolging een hefboom kan zijn, net zoals het ruim houden van de taakinvulling hierrond. Verdere hefbomen zijn: gebruik van categorieën zodat de patiënt zelf kan kiezen, bondige registratie, telefonische hercontactname na gemiste afspraak, hulpverleners die zelf de tijd tussen opvolgconsultent kunnen bepalen, het gevoel hebben als patiënt te kunnen doorverwezen worden binnen en buiten het team.

CONCLUSIE: Visueel beeldmateriaal zou een hulpmiddel kunnen zijn voor patiënten met een diverse cultuur, bij wie een taalbarrière wordt ondervonden door de arts, om de algemeen aanvaarde gezondheidsnormen op vlak van voeding en beweging beter te kunnen begrijpen. De opvolging hiervan kan geïnitieerd worden door een gewichtsmeting bij een consult bij de huisarts bij een klacht met een associatie aan obesitas. Methoden om de opvolging in medische software te kunnen bijhouden kunnen nader bekeken worden zodat de hulpverleners het gevoel krijgen dat ze hierin kunnen slagen, ook bij tijdstekort. Idealiter is opvolging een wisselwerking tussen verschillende actoren in een multidisciplinair team zodat er geruststelling of medisch advies kan plaatsvinden bij het ontstaan van nieuwe problemen.

# *Inhoudstafel*

**Abstract** ..... **3**

**Inleiding en rationale** ..... **6**

**Oriënterend literatuuronderzoek** ..... **7**

*1) Zoekstrategie* ..... *7*

*2) Resultaten literatuurstudie* ..... *7*

**Methode** ..... **9**

*1) Design* ..... *9*

*1.1) Algemeen* ..... 9

*1.2) PDSA-cyclus* ..... 9

*2) Setting* ..... *11*

*3) Onderzoekspopulatie* ..... *11*

*4) Rekrutering* ..... *11*

*5) Tijdsinvestering* ..... *11*

*6) Actieplan* ..... *11*

*7) Dataverzameling* ..... *14*

*8) Analyse* ..... *15*

**Resultaten** ..... **16**

*1) PDSA-cyclus in het onderzoek* ..... *16*

*2) Kenmerken van de studiepopulatie* ..... *19*

*3) Reden van aanmelding* ..... *19*

*4) Procesindicatoren aangaande motivatie* ..... *19*

*5) Procesindicatoren aangaande kennis en inzicht* ..... *22*

*6) Resultaatsindicatoren aangaande gezondheid* ..... *23*

**Discussie** ..... **27**

*1) Voornaamste bevindingen* ..... *27*

*2) Interpretatie* ..... *28*

*3) Voor- en nadelen van aanpassingen* ..... *28*

*4) Implementatie van aanpassingen* ..... *29*

*5) Evaluatie* ..... *29*

*6) Betekenis voor het werkveld* ..... *30*

*7) Toekomstige onderzoeksagenda* ..... *31*

*8) Beperkingen van het onderzoek* ..... *31*

**Besluit** ..... **31**

**Referenties** ..... **32**

**Bijlagen** ..... **33**

*Bijlage 1) Eet- en bewegingsdagboek* ..... *33*

*Bijlage 2) Instructies dagboek* ..... *34*

*Bijlage 3) Toegevoegd sjabloon aan CareConnect 'Intake'* ..... *36*

*Bijlage 4) Toegevoegd sjabloon aan CareConnect 'Vervolgconsult'* ..... *38*

*Bijlage 5) Eindproduct: 'Aanpak obesitas in multidisciplinair team'* ..... *39*

*Bijlage 6) Pre- en post-interventionele vragenlijst voor hulpverleners* ..... *41*

*Bijlage 7) Goedgekeurd protocol* ..... *42*

*Bijlage 8) Gunstig advies Ethisch Comité* ..... *44*

*Bijlage 9) Motivatiebundeltje* ..... *46*

*Bijlage 10) Informatie- en toestemmingsformulier* ..... *49*

*Bijlage 11) Plagiaatrapport* ..... *50*

# *Inleiding en rationale*

Obesitas kan zowel lichamelijke als psychologische gevolgen hebben voor de gezondheid en toch lijkt het in het straatbeeld enkel toe te nemen. Volgens de meest recente cijfers van 2018 via Sciensano, heeft 49.3% van de volwassen bevolking in België een BMI van 25 kg/m$^2$ of meer en 15.9% een BMI van 30 kg/m$^2$ of meer. Een goed therapeutisch of preventief beleid zou kunnen leiden tot de initiëring van een levensstijlaanpassing. Deze zou in het verlengde moeten liggen van de verwachtingen van de patiënt om ze te kunnen volhouden. Indien er bijvoorbeeld weinig invulling is vanuit de eigen thuiscultuur, stuit de patiënt tegen een eerste barrière: het lijkt onmogelijk om allerlei eetgewoonten aan te passen. De huisarts lijkt ideaal geplaatst voor dit 'maatwerk'.

In de loop van mijn werkervaring, die ik startte in het wijkgezondheidscentrum, heb ik al snel ontdekt dat er enkele uitdagingen waren zoals taalbarrière, culturele dieetverschillen, lagere socio-economische klasse en lage gezondheidsvaardigheden. Deze obstakels wilde ik ombuigen tot een kans voor de masterproef. In het team heerste immers het gevoel onvoldoende te kunnen ondernemen bij obesitas ondanks dat preventie hoog in het vaandel wordt gedragen. Een uitgewerkt en in de praktijk efficiënt en haalbaar plan van aanpak rond obesitas bij patiënten met een taalbarrière en een andere cultuur zou dus zeker handvaten reiken en ook voor andere multidisciplinaire teams een hulpmiddel kunnen zijn in de toekomst. Obesitas is mijn keuze van onderwerp omdat ik zelf merkte dat overgewicht en obesitas niet altijd af te leiden zijn op zicht en omdat ik er eerder niet erg op focuste omdat dit geen reden van aanmelding was. Ik vind preventie daarenboven belangrijk omdat hier weinig over gekend is bij patiënten terwijl er veel gevolgen al aanwezig kunnen zijn bij diagnose.
Met dit masterproefonderwerp wil ik graag exploreren wat de mogelijkheden zijn binnen het multidisciplinair team van het wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop te Lier. Voor de aanvang van deze studie bestond de aanpak uit het aanhalen van het problematische gewicht bij een geassocieerd gezondheidsprobleem en het formuleren van een kort advies hierrond. We zagen echter geen enkele vooruitgang, konden geen betrokkenheid opmerken met het oog op gewicht, of de patiënt kwam niet opdagen op een vervolgconsult in het kader van obesitas.

Tot slot wil ik mijn toenmalige praktijkopleider dr. Greta Foerts, het volledige team van het wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop te Lier en mijn promotoren dr. Katrien Bombeke en dr. Winny Ang bedanken voor hun ondersteuning en bijdrage aan de masterproef. Onze samenwerking was van groot belang om mijn visie als toekomstige huisarts vorm te geven.

## *Doel*

In deze studie bekijken we welk cultuursensitief aanbod levensstijlaanpassingen bij patiënten, met een diverse cultuur en bij wie een taalbarrière wordt ondervonden door de arts, met obesitas beter kan ondersteunen in de context van een wijkgezondheidscentrum door het gebruik van vragenlijsten, dagboeken en gespreksvoering en door het opvolgen van parameters. Tevens worden barrières in deze hulpverlening in kaart gebracht voor zowel patiënten als hulpverleners. We onderzoeken of deze praktijkverbetering kan gezien worden aan de hand van verschillende indicatoren:

- Procesindicatoren aangaande motivatie (patiënten en hulpverleners):
  1) Continuïteit: patiënten komen op geplande momenten
  2) Evolutie in attitude en gedrag van hulpverlener

- Procesindicatoren aangaande kennis en inzicht bij patiënten:
  1) Levensstijl: goede en slechte levensgewoonten kunnen benoemen
  2) Obesitas: de mogelijke gevolgen kunnen benoemen

- Resultaatsindicatoren aangaande gezondheid:
  1) Verbetering in persoonlijke levensstijl: voeding, beweging, abusus
  2) Verbetering in parameters: gewicht, BMI, buikomtrek, bloeddruk
  3) Verbetering in cardiovasculaire risico score
  4) Verbetering in obesitas geassocieerde klachten
  5) Verbetering in bloedresultaten indien indicatie tot herhaling van bloedname: lipidenprofiel, nuchtere glucose en bij diabetes: HbA1c%

# *Oriënterend literatuuronderzoek*

## *1) Zoekstrategie*

Ik wilde weten wat er al bekend was rond het onderwerp obesitas bij patiënten met een diverse cultuur, maar ook rond gespreksvoering bij een taalbarrière en rond aanpak bij obesitas.
Aangezien de studie een kwaliteitsverbeterend project is in huisartsgeneeskundige setting, was de eerste aangewezen stap om eerst richtlijnen te doorzoeken die van toepassing zijn in Vlaanderen en bij uitputting van de zoekresultaten doorzocht ik nadien de richtlijnen van in Nederland. Ik raadpleegde hiervoor in februari 2022 EBPracticenet, Domus Medica en Nederlands Huisartsen Genootschap *(NHG)* met de zoektermen 'obesitas', 'gedragsverandering' en 'motivationele gespreksvoering' omwille van de uitgebreidheid en bruikbaarheid in de huisartsenpraktijk. Hoewel de diverse cultuur de hoofdfocus is in deze studie, is taalbarrière ook een grote factor. Al lezend heb ik gevonden dat 'taalbarrière' de meest geschikte term was om voor mijn specifieke doelgroep de literatuur te doorzoeken.

In Pubmed doorzocht ik systematic reviews tot maart 2022. Voor de MeSH term '*obesity*' vond ik 7639 zoekresultaten. De zoekresultaten in Pubmed voor '*obesity language*' en '*obesity communication*' waren 659, voor '*obesity language barrier*' 10 zoekresultaten. Bij deze zoekopdrachten las ik de Engelse samenvattingen om te selecteren op bruikbaarheid: exclusie indien de hulpmiddelen in België niet bestonden, het artikel pediatrische patiëntenpopulatie had of uitsluitend over diabetes was of indien er geen sprake was van taalbarrière of culturele verschillen. Voor '*obesity language gap*' werden 8 resultaten gevonden, waarvan geen bruikbaar bevonden.

Via het online opleidingsaanbod over obesitas, van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Federaal Overheidsdienst *(FOD)* Volksgezondheid, vond ik, tijdens de voorbereidingen voor deze studie, middels sneeuwbaleffect Eetexpert, het Vlaamse kenniscentrum voor eet-en gewichtsproblemen. Bij raadpleging van de website van Eetexpert in april 2022 was er nog geen zoekresultaat bij het opzoeken van "anderstalig", 23 resultaten bij het zoeken van "Nederlands" waarbij geen enkel bruikbaar bij selectie op bruikbaarheid.

## *2) Resultaten literatuurstudie*

<u>Algemene aanpak bij obesitas</u>
Er is momenteel nog geen concrete aanpak voorzien in de Vlaamse en Nederlandse richtlijnen voor obesitas bij anderstaligen. Online is zichtbaar dat de richtlijn 'Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk' van Domus Medica in herziening is; deze werd gepubliceerd in april 2006 en zou worden opgevolgd in april 2011. De actualisatie had nog steeds niet plaatsgevonden in maart 2022. *NHG* heeft een recentere richtlijn over obesitas[1]. Deze is gepubliceerd in oktober 2010, met laatste aanpassing in september 2020. Er wordt slechts één keer gefocust op een cultuurspecifieke aanpak en dat is bij niet-medicamenteus beleid als het over beweging gaat. In het algemeen is het advies over voeding dat er een aanpak is die afgestemd is op het individu.

<u>Communicatie</u>
Het *FOD* Volksgezondheid en het *RIZIV* hebben samen een e-learning ontwikkeld over obesitas. Deze omvat dezelfde informatie en hulpmiddelen zoals beschikbaar via Eetexpert.
Eetexpert heeft meerdere hulpmiddelen ontwikkeld voor verschillende hulpverleners. De focus in deze hulpmiddelen ligt wat betreft communicatie op niet-stigmatiserend taalgebruik. Opvallend is dat er veel aandacht wordt besteed aan informeren in het eerstelijnsdraaiboek[2] en dat er geen informatie beschikbaar is met uitsluitend visueel beeldmateriaal. Enkele hulpmiddelen van Eetexpert en Vlaams Instituut Gezond Leven zullen worden verwerkt in dit kwaliteitsverbeterend project.

Het Agentschap Integratie & Inburgering heeft 10 communicatietips[3] *(zie figuur 3 bij methode)* gepubliceerd om te communiceren in het Nederlands met anderstaligen, die ook zullen toegepast worden in dit project.

*NHG* heeft tevens een kwaliteitsnorm gepubliceerd in augustus 2013 waarin inschatting van noodzaak tot tolkgebruik wordt geëvalueerd met een beoordelingsschema.[4] Tevens wordt de nadruk gelegd op de mogelijke risico's die een taalbarrière met zich meebrengt zoals minder uitleg over medicatie waardoor

minder therapietrouw; minder follow-up afspraken; anderstalige patiënten zouden minder opmerkingen maken en deze opmerkingen zouden vaker worden genegeerd door artsen. [4]
Het gebruik maken van professionele tolken zou ook leiden tot bijna hetzelfde niveau van kwaliteit van zorg als zonder taalbarrière. [4]

In Huisarts Nu verscheen in 2012 ook een artikel over een proefschrift waarin zowel de rol van een interculturele bemiddelaar als die van een tolk wordt besproken, maar ook dat dit in de dagelijkse praktijk nog niet altijd overal haalbaar is.[5]

Uit een systematic review van 2020, blijkt dat zowel de voldoening, de kwaliteit van het contact tussen arts en patiënt als de patiëntveiligheid minder is bij een taalbarrière. Een interculturele bemiddelaar zou de kost en duur van de consultaties wel vergroten.[9]

In 2018 werd nog een artikel gepubliceerd in Huisarts Nu over taalbarrières in de huisartsenpraktijk waarin concrete hulpmiddelen worden aangereikt en besproken zoals taalgebruik en gebruik van korte zinnen.[6]

Motivationele gespreksvoering
Concreet kan gedragsverandering geïnitieerd worden door motivationele gespreksvoering. Hierover is in 2005 een artikel verschenen van Gabie Thijs in Huisarts & Praktijk,[7] dit omvat de beginselen die ook zijn verwerkt in de richtlijn over obesitas van Domus Medica. Dat korte motivationele interviews gedragsveranderingen kunnen vergemakkelijken zonder meer consultatietijd te vragen werd in 2008 bevestigd in het Domus Medica-project 'Consultvoeren en gedragsverandering'.[8] In deze studie zal getracht worden deze motivationele gespreksvoering toe te passen.

Besluit
Deze masterproef kan bijgevolg bijdragen tot het verkrijgen van inzichten rond levensstijlaanpassing bij obesitas bij patiënten met een diverse cultuur, bij wie een taalbarrière wordt ondervonden door de arts. Tegelijk zal er worden bekeken wat stimulerende en/of belemmerende factoren kunnen zijn voor deze groep en wat het gebruik van tools zal betekenen voor een multidisciplinaire team dat nog geen concrete aanpak had voor deze groep.

# *Methode*

## *1) Design*

### *1.1) Algemeen*

Deze masterproef is een kwaliteitsverbeterend project waarbij wordt gewerkt volgens *Model for Improvement*. In het eerste deel worden drie vragen beantwoord die hieronder worden beschreven. Nadien wordt in het tweede deel de 'PDSA'-cyclus doorlopen, wat staat voor '*Plan-Do-Study-Act'*. Een plan van aanpak wordt beschreven (*Plan*), vervolgens wordt deze op kleine schaal uitgevoerd (*Do*) en geëvalueerd om vast te stellen of het doel behaald is en of er verbetering is (*Study*). Het plan wordt hierop bijgestuurd en geïmplementeerd op grotere schaal (*Act*) en kent een wisselwerking doorheen het proces met de drie vragen.

De drie vragen van het eerste deel zijn als volgt:
1) "Wat proberen we te bereiken?"
2) "Hoe zullen we weten dat een verandering een verbetering is? "
3) "Welke verandering kunnen we maken die in een verbetering zal resulteren?"

### *1.2) PDSA-cyclus*

#### *1.2.1) Deel 1: De drie vragen*

<u>Wat proberen we te bereiken?</u>

Het doel van dit project is om een concreet werkplan op te stellen om obesitas aan te pakken bij patiënten met een diverse cultuur, bij wie een taalbarrière wordt ondervonden door de arts, door hefbomen en barrières te verkennen voor levensstijlaanpassingen. In dit cultuursensitief aanbod zal gewerkt worden met visueel materiaal, vragenlijsten en gespreksvoering om motivatie, ziekte-inzicht en klinische verbetering te bekomen bij de patiënt. Tenslotte evalueren we de impact van dit cultuursensitieve aanbod over levensstijlaanpassingen voor obesitas aangezien we als team veel belang hechten aan inclusie en preventie.

De patiëntenpopulatie is gekend met het frequent niet komen opdagen op consultaties en de geanticipeerde inspanning hiervoor is om telefonisch contact op te nemen met de patiënt om een nieuwe afspraak in te plannen. Bij herhaaldelijke afwezigheid op twee opeenvolgende momenten wordt individueel beoordeeld of de patiënt nog kan deelnemen aan de studie.

Het kwaliteitsverbeterend project werd op 27 maart 2023 goedgekeurd door het onafhankelijk Ethische Comité UZA/UAntwerpen, zie bijlage 8.

<u>Hoe gaan we weten dat een verandering een verbetering is</u>?
Verschillende indicatoren worden vastgelegd:

- Procesindicatoren aangaande motivatie (patiënten en hulpverleners):

    1) Continuïteit: patiënten komen op geplande momenten (opvolging, terug opbellen door onthaal)
    2) Evolutie in attitude en gedrag van hulpverlener (vragenlijst voor hulpverlener)

- Procesindicatoren aangaande kennis en inzicht bij patiënten:

    1) Levensstijl: goede en slechte levensgewoonten kunnen benoemen (vragenlijsten 'Intake' en 'Vervolgconsult')
    2) Obesitas: de mogelijke gevolgen kunnen benoemen (vragenlijsten 'Intake' en 'Vervolgconsult')

- Resultaatsindicatoren aangaande gezondheid (registratie):

    1) Verbetering in persoonlijke levensstijl: voeding, beweging, abusus
    2) Verbetering in parameters: gewicht, BMI, buikomtrek, bloeddruk

3) Verbetering in cardiovasculaire risico score
4) Verbetering in obesitas geassocieerde klachten
5) Verbetering in bloedresultaten indien indicatie tot herhaling van bloedname: lipidenprofiel, nuchtere glucose en bij diabetes: HbA1c%

Welke verandering kunnen we maken die zal resulteren in verbetering?

Tijdens de studie trachten we de taalbarrière te minimaliseren zodat inhoudelijke aspecten beter kunnen onderzocht worden. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een kennis- of videotolk en/of visueel materiaal ter ondersteuning van inprenting van de gegeven informatie. Tijdens het eerste contact wordt samen bekeken welke taal de patiënt spreekt en wordt de toegang tot een tolk besproken.

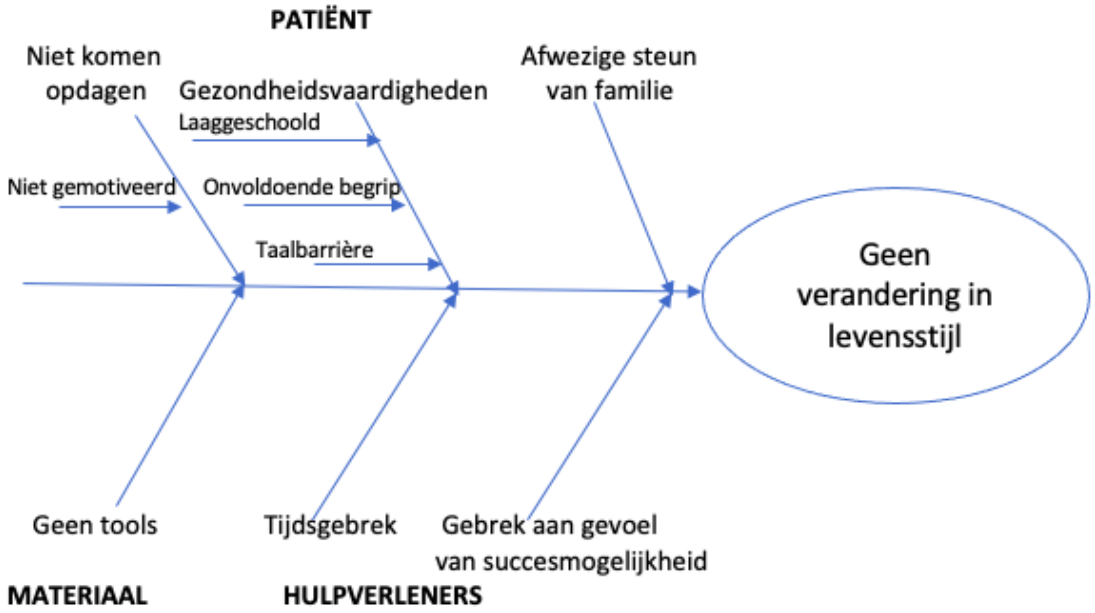
Het werkplan wordt afgetoetst aan de haalbaarheid in de praktijk en eventuele wijzigingen kunnen worden doorgevoerd om hierin tegemoet te komen.

### *1.2.2) PDSA-cyclus in dit project*

Concreet werd het volgend stramien gevolgd:

- *Plan:* bespreking huidige barrières (visgraatmodel) en opmaken werkplan *(zie 6) Actieplan)*
- *Do:* implementatie werkplan op kleine schaal, verzamelen van gegevens
- *Study:* evaluatie van werkplan in team na 2 gesprekken per hulpverlener (visgraatmodel)
- *Act:* bijsturen werkplan: eventueel nieuwe PDSA-cyclus opstarten en opnieuw implementeren

De huidige barrières bij de hulpverleners worden in kaart gebracht met behulp van een visgraatmodel. Voor en na de studie worden zij gevraagd om een niet-gestandaardiseerde, gevalideerde vragenlijst volgens Miller-Rollnick in te vullen waarmee meer inzicht wordt verkregen rond attitude, gedrag en de perceptie (aangaande *confidence, self efficacy*) van de hulpverlener, zie bijlage 6. Op basis van de verwachtingen, die de arts-onderzoeker en praktijkopleider hebben gevormd uit ervaring in deze praktijk, wordt een eerste visgraatmodel opgemaakt, zie figuur 1.




*Figuur 1: Visgraatmodel op basis van de verwachtingen die de arts-onderzoeker en praktijkopleider hebben gevormd uit ervaring in deze praktijk*

Het werkplan wordt opgemaakt volgens de actuele standaarden voor huisartsgeneeskundige zorgen en houdt rekening met deze mogelijke barrières.

Na 2 consulten per hulpverlener wordt het werkplan geëvalueerd, de implementatie ervan besproken in team, in een visgraatdiagram gegoten en wordt het werkplan hierop volgend bijgestuurd.

## *2) Setting*

Dit kwaliteitsverbeterend project vindt plaats in het wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop te Lier. Het multidisciplinair team bestaat, bij de start van de studie, uit 2 huisartsen, 1 huisarts-in-opleiding en 3 verpleegkundigen.

## *3) Onderzoekspopulatie*

Inclusie van patiënten met de volgende eigenschappen:

- +18 jaar
- BMI >= 30
- Diverse culturele achtergrond, anderstalig én taalbarrière ondervonden door arts
- Ingeschreven in het wijkgezondheidscentrum: wonend in Lier of Koningshooikt

met tevens exclusie van zwangeren.

Bij een minimum aantal van vijf patiënten starten we de interventie. Zo zal de PDSA-cyclus reeds minstens één keer succesvol doorlopen kunnen worden tijdens de opvolging van de patiënten. We kiezen ervoor om een minimum totaal te bekomen van vijf patiënten in de studie en maximum tien, aangezien de aanpak in hulpverlening evoluerend is in tijd en dus reeds enkele cycli doorlopen zullen zijn en er steeds bijsturing plaatsvindt.

## *4) Rekrutering*

De patiënten die in aanmerking komen voor deze studie worden aangesproken en doorverwezen, tijdens een door hen gekozen consult bij de arts-onderzoeker, voor een obesitasconsult met als doel klinische verbetering te bekomen van hun obesitas geassocieerde klacht of in het kader van preventie. De arts heeft dan tevens de mogelijkheid tot non-verbale communicatie hierdoor. De verwijzing gebeurt tijdens het uitleggen van het beleid rond de aangehaalde klacht(en) of in het kader van preventie met doorverwijzing naar een volgend consult om aan het programma (de studie) te beginnen. Een nieuwe afspraak wordt dan ingepland bij akkoord van de patiënt. Het informatie- en toestemmingsformulier *(zie bijlage 10)* wordt overlopen door de arts-onderzoeker en ondertekend.

## *5) Tijdsinvestering*

De studie vindt plaats in de loop van 2023. Elk gesprek duurt ongeveer een halfuur en elke patiënt wordt ongeveer gedurende drie maanden actief opgevolgd.

## *6) Actieplan*

**Voorbereiding**

De arts-onderzoeker vergadert eerst met een eerstelijns- en tweedelijnsdiëtist om te exploreren wat reeds gekend is rond de aanpak met taalbarrière en frequente afwezigheden. Eén diëtist werkt in een multidisciplinair team in een diabeteskliniek en de andere werkt in een ander wijkgezondheidscentrum. Zij zijn bereid om hun aanpak toe te lichten om te inspireren zodat er deels kan geanticipeerd worden op moeilijkheden.

Aan de artsen wordt gevraagd om vaker het gewicht te nemen tijdens de consultaties als dit langer dan 12 maanden geleden is gemeten en om obesitas te registreren als zorgelement zodat dit in statistieken van *CareConnect* zal verschijnen. Er wordt toelating gevraagd aan de verpleegkundigen om het opzet van het project toe te lichten. Eén verpleegkundige heeft veel huisbezoeken en slechts enkele, sociaal-maatschappelijke, consultaties waardoor zij aangeeft liever niet deel te nemen aan deze obesitasopvolging. Ervaren barrières door hulpverleners worden in kaart gebracht door een niet-gestandaardiseerde,

gevalideerde vragenlijst volgens Miller-Rollnick *(zie bijlage 6)* om te peilen naar attitude en gedrag om de perceptie (aangaande *confidence, self efficacy*) te analyseren bij de hulpverlener.

**Training over materiaal en taalbarrière**

De agenda's van de twee andere verpleegkundigen zijn niet verenigbaar voor een gezamenlijke training. Een eerste, individuele, training wordt gepland voor hen, op een moment dat zij kiezen.

Het is een bewuste keuze om de verpleegkundigen te laten kiezen zodat zij niet het gevoel hebben dat dit boven op het bestaande werk en de drukke agenda komt. De training heeft als doel om aanvullend te werken op de reeds bestaande ervaring van de hulpverlener en om de motivatiefase te kunnen benoemen in het patiëntendossier tijdens de obesitas opvolging.

De betrokken hulpverleners krijgen uitleg over het obesitasconsult, de opgemaakte instructiebundel en het opgemaakt visuele eet- en bewegingsdagboek op de tijd van één consult, wat 20 minuten is in deze praktijk. We zitten naast elkaar in het kabinet en zijn in dialoog hierbij. De brochure van de voedingsdriehoek wordt overlopen en meegegeven.

De verpleegkundigen vinden het aangemaakt sjabloon *(zie bijlage 3 en 4)* voortaan bij documenten in *CareConnect* om in het patiëntendossier aan te vullen.
In dit sjabloon zijn praktische tips *(zie figuur 2)* opgenomen die voor een deel gebaseerd zijn op de communicatietips van het Agentschap Integratie & Inburgering,[3] zie figuur 3. Deze communicatietips worden besproken tijdens de eerste training.

| **Afspraken rond communicatie** |
|---|
| **• Spreek in korte zinnen met eenvoudige woorden**<br><br>Toon eventueel m.b.v. een zoekopdracht op internet wat je juist bedoelt.<br><br>**• Model van gedragsverandering**<br><br>Niet elke patiënt is reeds bereid tot verandering. Exploreer in welke fase de patiënt zit in het model van gedragsverandering volgens Prochaska-DiClemente. Je kan de patiënt ook eens uitdagen met een aanpak uit de volgende fase om te bekijken of hij/zij al een stap verder kan.<br><br>**• Succes bekrachtigen!**<br><br>Gedragsverandering vergt energie en is niet gemakkelijk, ondersteun de patiënt hier ook zoveel mogelijk in en herhaal op het einde van het consult nog eens wat hij/zij goed heeft gedaan.<br><br>**• Be patient-centered!**<br><br>Het is belangrijk dat de patiënt advies krijgt op zijn/haar maat, afhankelijk van in welke fase van de gedragsverandering hij/zij zit. Speel in op wat de patiënt vertelt. Bekijk zoveel mogelijk de opties en alternatieven per domein (voeding – beweging). *But: choose the battles...*<br><br>• **Korte, concrete doelen** opschrijven en meegeven<br><br>• **Vervolgconsult** inplannen op het einde |

*Figuur 2: Praktische communicatietips voor hulpverleners tijdens de obesitas opvolging.*

| **Tips voor duidelijke mondelinge taal** | **Tips voor duidelijke schriftelijke taal** |
|---|---|
| 1. Spreek duidelijk en langzaam, maar blijf spontaan.<br>2. Wees voorzichtig met formele taal, afkortingen, dialect.<br>3. Vermijd figuurlijk taalgebruik zoals spreekwoorden<br>4. Beperk je tot de essentie, maar blijf wel in correcte zinnen spreken.<br>5. Gebruik korte actieve zinnen met eenvoudige en transparante woorden.<br>6. Moedig aan om Nederlands te spreken. Elk gesprek is een oefenkans, schakel dus niet te snel over naar een andere taal.<br>7. Corrigeer taalfouten op een positieve manier.<br>8. Ondersteun je uitleg met foto's, gebarentaal, pictogrammen...<br>9. Herhaal en herformuleer.<br>10. Controleer of de anderstalige je begrepen heeft. | 1. Bepaal vooraf wat en voor wie je wilt schrijven.<br>2. Spreek je lezer rechtstreeks aan.<br>3. Kies voor een duidelijke, logische structuur en begin met het belangrijkste.<br>4. Gebruik korte, actieve zinnen.<br>5. Kies voor korte en eenvoudige woorden.<br>6. Vermijd vaktaal, figuurlijk taalgebruik en afkortingen.<br>7. Gebruik consequent hetzelfde woord voor één begrip.<br>8. Verduidelijk je tekst met illustraties (foto's, pictogrammen, tekeningen).<br>9. Voorzie voldoende ruimte tussen de alinea's.<br>10. Gebruik vet om tekst te benadrukken en vermijd cursief. |

*Figuur 3: Communicatietips voor mondelinge en schriftelijke taal bij communicatie met anderstaligen, volgens Agentschap Integratie & Inburgering.* [3]

**Motivationele training**
De motivatiecirkel volgens Prochaska en DiClemente wordt vervolgens toegelicht in een tweede training op dezelfde wijze. Tijdens deze training wordt het 'Motivatiebundeltje' (zie bijlage 9) overlopen a.d.h.v. voorbeelden uit de praktijk. Voorbeeldzinnen, valkuilen worden hierbij ook beschreven. Dit bundeltje wordt meegegeven aan de hulpverlener om desgewenst te kunnen nalezen.

**Intake**
Na rekrutering vindt het intakegesprek plaats bij een verpleegkundige of bij de arts-onderzoeker. Tijdens de intake worden actuele actieve diagnosen en medicaties gecontroleerd. Er vindt een registratie plaats van de parameters (gewicht, lengte, buikomtrek, bloeddruk) en van de obesitas geassocieerde klachten. Deze laatstgenoemde is een nieuw samengestelde lijst *(zie figuur 4)* waarbij er gebruik is gemaakt van de verschillende beschikbare tools van Eetexpert[2], het Vlaams Kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen.

Algemene aspecten rond de huidige levensgewoonten worden bevraagd aan de hand van het sjabloon *(zie bijlage 3)* zoals nicotine- en alcoholmisbruik en voedingsgewoonten. Het visuele eet- en bewegingsdagboek *(zie bijlage 1)* wordt uitgelegd op basis van elementen uit de voedings- en bewegingsdriehoek met een instructiebundel *(zie bijlage 2)* die de patiënt tijdens dit consult meekrijgt.

**Obesitas geassocieerde klachten**

(zo aanwezig: specifieer: "bij uitvoeren van ..." en frequentie per week)

- Snel moe
- Kortademig
- Snurken sinds _____ .
- Pijn in onderrug
- Pijn in heup
- Pijn in been
- Pijn in knie
- Pijn in voet
- Zuurbranden
- Constipatie?
- Last van ongewild urineverlies in je onderbroek?
- Menstruatie: elke maand?
- Word je boos/verdrietig als iemand over jouw gewicht praat?
- Blij met uiterlijk. (Zo nee; sinds _____ .)

Patiënt ervaart geen/weinig/veel klinische verbetering op vlak van _____ .

*Figuur 4: Lijst van obesitas geassocieerde klachten ter investigatie bij de intake, gebaseerd op tools van Eetexpert, het Vlaams Kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen.*

**Oriënterend bloedonderzoek**
Indien er nog geen bloedonderzoek is verricht afgelopen jaar, wordt dit ingepland op het einde van dit contactmoment. De arts bepaalt welke onderzoeken worden aangevraagd op individuele basis. Hierbij worden minstens nuchtere glycemie en lipidenprofiel aangevraagd.
Een vervolgconsult wordt, op het einde van de intake, ingepland bij de arts-onderzoeker of verpleegkundige, 1 week na de introductie van het eet- en bewegingsdagboek. Er wordt op het einde van het consult nog eens benadrukt dat de patiënt tijdens het vervolgconsult het ingevulde eet- en bewegingsdagboek meebrengt. Het volgende afspraakmoment wordt genoteerd en meegegeven.

**Bespreking bloedonderzoek**
De resultaten van het bloedonderzoek worden besproken met de arts. De routine in deze huisartsenpraktijk is dat de patiënt hiervoor belt tijdens het telefonisch halfuurtje en dat deze zo nodig wordt uitgenodigd voor een bespreking tijdens een consult. De inschatting om de patiënt al dan niet uit te nodigen gebeurt door de huisarts na de afweging of de boodschap kan begrepen worden aan de telefoon en of er een uitgebreide bespreking nodig is.

**Vervolgconsult**
Ter voorbereiding van het eerste vervolgconsult worden gegevens uit de intake, op een vrij moment in enkele minuten, bekeken om reeds een idee te krijgen over de patiënt en diens noden. Tijdens dit consult worden de parameters gemeten en wordt het eet- en bewegingsdagboek besproken en gecorrigeerd. Subjectieve verbetering van de initiële obesitas geassocieerde klachten wordt bevraagd. De motivationele gespreksvoering gebeurt volgens Prochaska-DiClemente. Succes wordt bekrachtigd en nieuwe doelen worden opgesteld samen met de patiënt en op papier meegegeven in korte kernwoorden. Elementen rond motivatie, kennis en inzicht worden na het consult aan het dossier toegevoegd aan de hand van het sjabloon voor vervolgconsulten. Een nieuwe afspraak wordt gemaakt voor over ongeveer 1 week. Het tweede en de volgende vervolgconsulten zijn telkens 1 week later en volgen hetzelfde stramien.

**Niet op afspraak ('NOA')**
Bij annulatie of niet komen opdagen wordt de patiënt opgebeld om te vertellen dat we hebben gemerkt dat de afspraak is geannuleerd of de patiënt niet is gekomen en of de patiënt een nieuwe afspraak wenst.

**Reflectiemomenten**
Een overlegmoment, in de vorm van een semigestructureerd interview *(zie figuur 5)*, tussen arts-onderzoeker en verpleegkundige vindt plaats per 2 gesprekken dat een hulpverlener doet, ter herevaluatie van de lopende studie en op het einde van de studie. Hierbij wordt het proces besproken door middel van het visgraatmodel en worden andere teamleden ook betrokken om barrières en hefbomen in kaart te brengen door 2-wekelijkse peiling tijdens het gezamenlijke lunchmoment. Zo nodig wordt het werkplan bijgestuurd en de PDSA-cyclus opnieuw doorlopen tot maart 2023.

Op het einde van de studie krijgen de betrokken hulpverleners opnieuw de vragenlijst die is opgesteld volgens Miller-Rollnick, zie bijlage 6.

## *7) Dataverzameling*

Een informatie- en toestemmingsformulier wordt meegegeven aan de patiënt.
Bij het obesitasconsult worden de bevindingen eerst in het elektronisch patiëntendossier bewaard aangezien de studiespecifieke bevindingen behoren tot het pakket van de gewoonlijke huisarts-geneeskundige zorgen. De vertrouwelijkheid wordt gegarandeerd door het beroepsgeheim.

De arts-onderzoeker verzamelt in functie van het onderzoek de verkregen informatie in een versleuteld bestand waarbij de identificatiegegevens vervangen worden door een code.

De intake wordt door de arts uitgevoerd met behulp van een opgesteld sjabloon in *CareConnect*, zie bijlage 3, nadien wordt een vervolgafspraak ingepland bij (de arts of) verpleegkundige. Tijdens deze vervolgafspraak wordt een ander sjabloon gebruikt die wordt geïntegreerd in *Documenten* in *CareConnect,* zie bijlage 4.

Het proces wordt bijgestuurd afhankelijk van de noden na semigestructureerde interviews *(zie figuur 5)* met collega hulpverleners. Deze worden uitgevoerd door de arts-onderzoeker en nemen de tijd in van één consult. Er worden nota's gemaakt van de citaten tijdens de gesprekken. Hefbomen van de interventie worden op dezelfde manier in kaart gebracht door deze interviews met patiënten en collega hulpverleners.

**Oriënterende vragen**
Hoe verloopt de obesitas begeleiding voor jou?
Wat maakt het gemakkelijker of lastiger voor jou?
Waar loop je tegenaan? Wat zou je graag anders willen?
Wat zijn de moeilijkheden voor jou tijdens motivationele gespreksvoering?
in welke mate maakt de begeleiding je werk interessanter?

**Vragen rond registratie**
Wat zijn volgens jou de verbeterpunten van het eet- en bewegingsdagboek?
Wat zijn volgens jou de verbeterpunten van het sjabloon in het elektronisch medisch dossier?
Hoe is het voor je om te werken met het sjabloon?

**Vragen ter exploratie patiëntgebonden factoren**
Wat merk je bij de patiënten?
Wat zijn patiëntgebonden factoren die de begeleiding moeilijker maken voor jou?
Wat zijn patiëntgebonden factoren die de begeleiding gemakkelijker maken voor jou?

*Figuur 5: Vragen uit het semigestructureerde interview*

Bij uitval wordt de patiënt met een open houding uitgenodigd voor een semigestructureerd interview over de interventie. De oriënterende vragen en vragen rond registratie uit figuur 5 worden hierbij gesteld aan de patiënt door de arts-onderzoeker.

## *8) Analyse*

De verkregen gegevens worden in Excel ingevoerd en geanalyseerd. Voor de parameters bekijken we het verschil per patiënt tussen het begin en einde van de opvolging per patiënt. Op basis van de cijfers worden gemiddelde en standaarddeviatie berekend met beschrijvende statistiek.

Inhoudsanalyse van de semigestructureerde interviews met collega hulpverleners en patiënten gebeurt op basis van nota's waar belangrijke thema's zoals valkuilen, moeilijkheden en verbetertips uit zijn meegenomen.

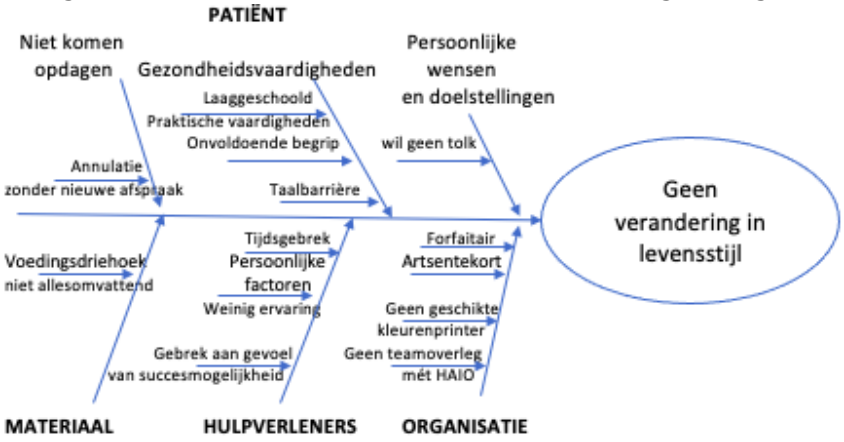
De gemaakte nota's van de citaten van de hulpverleners en patiënten worden bekeken in een tekstdocument om kwalitatief inzicht te krijgen in de barrières en hefbomen. Er wordt eerst gezocht naar woorden die een subjectieve moeilijkheidsgraad aangeven zoals makkelijk, gemakkelijk, moeilijk, lastig. Vervolgens wordt er gekeken naar welke andere woorden in de buurt staan om tenslotte deze op te lijsten en om verbeterpunten te vormen.

# *Resultaten*

Ter voorbereiding vonden gesprekken plaats met een eerstelijns- en tweedelijnsdiëtist, waaruit bleek dat de tweedelijnsdiëtist vooral focuste op het aantal calorieën en dat de eerstelijnsdiëtist gebruik maakte van Foodinaction en een open houding hanteerde in de opvolggesprekken. Daarenboven bleek dat de eerstelijnsdiëtist niet bij elke patiënt nog focuste op het dagboek na het eerste opvolgcontact. In dit kwaliteitsverbeterend project wordt de PDSA-cyclus doorlopen a.d.h.v. vier semigestructureerde interviews met collega hulpverleners en twee met patiënten die de obesitasopvolging vroegtijdig stopzetten. Anderzijds worden administratieve, klinische en subjectieve registraties uitgevoerd in de loop van het onderzoek om nadien een besluit te vormen rond de interventie met behulp van vooropgestelde proces- en resultaatsindicatoren. Tijdens dit proces wordt het aangemaakte sjabloon in *CareConnect* gebruikt, zie bijlage 3 en 4, en wordt er gaandeweg een concrete aanpak voor deze praktijk gevormd waarin er tevens wordt verwezen naar Foodinaction bij ondersteunend beelmateriaal, zie bijlage 5.

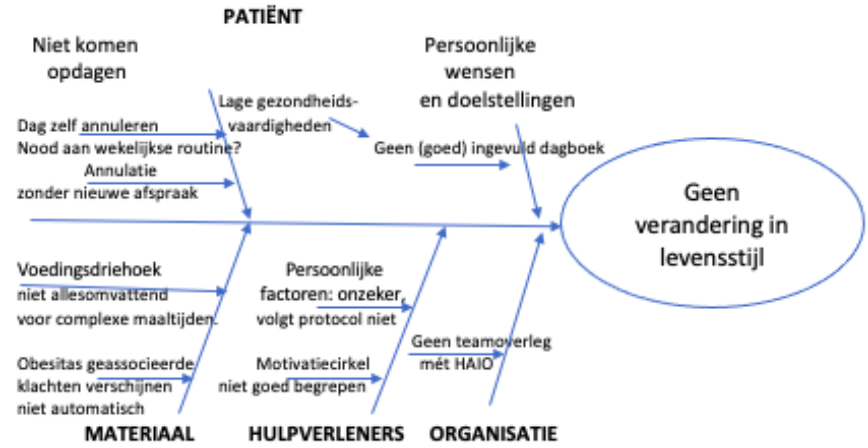
## *1) PDSA-cyclus in het onderzoek*

In de eerste cyclus werden enkel antwoorden van de hulpverleners gebruikt uit elk semigestructureerde interview met de twee verpleegkundigen en uit de ervaring van de arts-onderzoeker. Op het einde van de studie beschreef een patiënt een barrière van tijdens deze eerste cyclus, dewelke in de samenvatting verderop in grijze tekstkleur zijn opgenomen omdat dit een rol zou kunnen spelen in de uitvoering van deze eerste cyclus. Voor de concrete aanpak, zie bijlage 5, werd er ook rekening gehouden met deze laatstgenoemde barrière. De interviews leidden tot het visgraatdiagram, beschreven in figuur 6.




*Figuur 6: Visgraatdiagram: Barrières bij start van interventie, benoemd door de hulpverleners*

In de helft van de interventie vinden er opnieuw semigestructureerde interviews plaats met de hulpverleners, wat resulteert in het volgende visgraatdiagram van de tweede PDSA-cyclus, zie figuur 7.




*Figuur 7: Visgraatdiagram: Barrières tegen einde van interventie, benoemd door de hulpverleners*

## Samenvatting van barrières en oplossingen doorheen de studie

| PDSA cyclus 1 | PDSA cyclus 2 |
|---|---|
| **Barrières aan de kant van de patiënt**<br><br>• Niet komen opdagen: gevoel van onbegrip en geen overleg tussen teamleden, vergist in tijd<br>=> terugkoppeling arts-verpleegkundige over evolutie en afwezigheid<br>• Gezondheidsvaardigheden: geen begrip over turven<br>=> voorbeeld geven tijdens consult<br>• Persoonlijke wensen: liever geen tolk<br>=> inspelen op voorkeur en papier met doelstellingen meegeven<br><br>**Materiaal**<br><br>• Instructiebundel *(zie bijlage 2):* verschillende bereidingswijzen, eenheid van water variërend per patiënt<br>=> aandacht op bereidingswijzen, 1 vaste eenheid noteren voor water per patiënt<br>• Eetdagboek: kleurcategorieën te groot waardoor groot inktverbruik<br>=> kleurkolom verkleinen *(zie bijlage 1)*<br>• De bewegingsdriehoek: kleuren moeilijk te associëren in combinatie met de kleuren van de voedingsdriehoek<br>=> pictogrammen gebruiken voor beweging en duur *(zie bijlage 1)*<br><br>**Hulpverleners**<br><br>• Persoonlijke factoren: onzeker, ervaren van tijdsdruk omwille van omvang van sjabloon<br>=> vraaggestuurd sjabloon aanpassen<br><br>**Organisatie**<br><br>• Beleid bij niet komen opdagen in forfaitair centrum: consequenties niet duidelijk voor patiënten én teamleden<br>=> intern beleid in team te bepalen<br>• Artsentekort: ziekte, tijdelijk deeltijdse vervanging<br>=> door tijdsdruk slechts 1 deelnemende arts (= arts-onderzoeker)<br>• Materiaal: geen kleurenprinter<br>=> printen op eigen kosten<br>• Teamvergadering: minder georganiseerd door uitval van teamleden, op vaste lesdag van arts-onderzoeker, poging tot wissel van dag onduidelijk<br>=> voorlopig persoonlijke trainingen | **Barrières aan de kant van de patiënt**<br><br>• Niet komen opdagen: dag zelf annuleren, frequentie niet veranderen wegens risico op stop van opvolging<br>=> prioriteiten van patiënt proberen achterhalen bij volgend consult gezien hoog cardiovasculair risico op jonge leeftijd, termijn tussen opvolgingen laten bepalen door hulpverlener na eerste twee vervolgconsulten<br><br>**Materiaal**<br><br>• Instructiebundel: minder gepast bij complexe maaltijden<br>=> gemeenschappelijke focus zoeken over probleem rond voeding<br>• Obesitas geassocieerde klachten: aanwezige klachten uit intake worden in sjabloon niet overgedragen naar vervolgconsult<br>=> vorige lijst te overlopen en evolutie bijhouden met beter/hetzelfde/slechter<br><br>**Hulpverleners**<br><br>• Persoonlijke factoren: niet volgen van vooropgestelde aanpak, wil patiënten niet opbellen bij afwezigheid, registratie niet compleet<br>=> gesprek aangaan, uitleg geven, een aantal verpleegkundigen aanstellen die de obesitasopvolging graag continueren, taak van 'opbellen bij afwezigheid in obesitasopvolging' in een aparte lijst in *CareConnect* registreren zodat het secretariaat bijkomend de vraag kan stellen of ze een nieuwe afspraak wensen in de hiervoor voorziene tijd<br><br>**Organisatie**<br><br>• Planning: minder beschikbare tijd door hoge acute zorgnood bij zowel artsen als verpleegkundigen<br>• Uitval: ziekte van zorgverleners, onduidelijkheid over terugkeer |

**Hefbomen tijdens interventie**

Met inhoudsanalyse kwamen bijkomend volgende elementen naar boven aan de hand van in totaal vier semigestructureerde interviews met twee verpleegkundigen en twee met patiënten die in totaal slechts twee en drie consulten hadden rond obesitas.

### Samenvatting van hefbomen doorheen de studie

**Materiaal**

- Administratie: registratie: invullen van gesloten vragen en meerkeuzevragen zijn sneller tijdens consult
- Aanwezigheid visueel beeldmateriaal: patiënten lijken gemotiveerder dan voordien door het krijgen van visueel materiaal zoals bundels en brochures en het nut lijkt te verhogen voor zowel patiënten als hulpverleners bij het gebruik van deze en de poster van Gezond Leven
- Gebruik van categorieën: een patiënt vindt het belangrijk zelf de voeding te kunnen kiezen uit de categorieën

**Opvolging**

- Telefonische hercontactname: een patiënt vertelt dankbaar te zijn voor de telefonische hercontactname in de week na de gemiste afspraak. Beleid rond wie deze taak voor zich neemt is te bespreken binnen team.
- Aanspreken: een patiënt leek erg enthousiast toen ze op advies van de huisarts door het secretariaat werd aangesproken bij aanmelding van haar afspraak en ging in op het aanbod om een nieuwe afspraak in te plannen nadat ze was gestopt naar aanleiding van acute chirurgie.
- Tijd tussen opvolgconsulten: hulpverleners voelden zich comfortabeler bij het idee zelf te bepalen hoeveel tijd en wannéér er meer tijd kan worden gehouden tussen de consulten afhankelijk van de kennis en inzicht rond een gezonde levensstijl en motivatie van de patiënt.

**Relationeel**

- Een patiënte geeft aan dat ze liever bij een vrouwelijke hulpverlener de vervolgconsulten zou willen starten, zodat ze zich comfortabel zou voelen.
- Gevoel van samenwerking en empathie ten aanzien van patiënt is belangrijk voor de patiënten: een patiënt geeft aan liever door het volledige team opgevolgd te worden en niet enkel door een verpleegkundige, bijvoorbeeld als het gewicht hetzelfde blijft of bij klachten.
- Een hulpverlener kan relativeren dat er geen tot weinig verandering plaatsvindt bij de patiënten en vermeldt hierdoor niet echt frustraties te krijgen door de obesitas opvolging.

**Hulpverleners**

- Ruimere taakinvulling: Minder gedetailleerde beschrijving van de instructies voor obesitas opvolging geeft aan de hulpverleners de vrijheid over de invulling van de consultaties waardoor er meer gevoel is van succesvol te kunnen zijn en er hierdoor meer focus kan gelegd worden op individuele behoeften van patiënt en inputgestuurd kan gewerkt worden.
- Terugkoppeling: Patiëntenzorg kan verbeterd worden als terugkoppeling of het verslag van de teamvergaderingen doorgemaild wordt naar elk teamlid (zowel aan- als afwezigen van teamvergaderingen).

**Communicatief**

- Het kan, in de beleving van de verpleegkundigen, helpen om een therapeutische relatie op te bouwen bij opvolging bij eenzelfde hulpverlener.

Uit zowel de barrières en hefbomen volgde uiteindelijk het eindproduct van de masterproef, zie bijlage 5.

## *2) Kenmerken van de studiepopulatie*

Zeven patiënten namen deel aan de studie, 2 hiervan waren mannen en 5 hiervan waren vrouwen. De leeftijden bij de mannen waren 36 en 41 jaar en bij de vrouwen 25, 43, 45, 48 en 50 jaar. De origines van de studiepersonen verschilden en waren als volgt: Angolees (2), Congolees, Irakees (2), Kazachs en Soedanees.

Twee patiënten kwamen met een kennistolk bij zowel de intake als bij de eerste twee vervolgconsulten. Nadien koos één ervoor niet meer met een kennistolk te komen. De andere is gestopt met de opvolging wegens een kortdurende hospitalisatie. Bij deze laatste kwam de zoon op consultatie als kennistolk, maar nam deze regelmatig zelf het woord.

De andere vijf kozen ervoor om niet met een tolk te werken, ook niet als dit een videotolk zou zijn. Ze konden hier geen concrete reden voor aangeven.

## *3) Reden van aanmelding*

Tabel 1 toont de verschillende redenen van aanmelding voor dit kwaliteitsverbeterend project. Patiënt 1 kwam maanden later na doorverwijzing van mijn arts-collega naar mij, op eigen initiatief. De andere zes patiënten met obesitas werden doorverwezen tijdens een consultatie indien het een obesitas geassocieerde klacht betrof of met het oog op preventie na het uitvoeren van een gewichtsmeting. Vijf patiënten hiervan reageerden aangenaam en benieuwd op het aanbod tot deelname aan een programma. Eén van deze zes patiënten, patiënt 6, reageerde met "Wat heeft mijn gewicht te maken met mijn pijn nu?". Er was bij deze patiënt tevens een grote gewichtstoename te bemerken tegenover de laatste meting (16 kg in 16 maanden tijd). Ik vernam van mijn arts-collega dat zij reeds op dat eerder contactmoment ook al aangesproken was geweest over de invloed van haar gewicht op haar klachten. Zij verwachtte ook geen diabetes te kunnen hebben omdat er niemand in haar familie hiermee gekend was naar eigen zeggen. Bij haar werd uiteindelijk de diagnose nieuw vastgesteld tijdens het onderzoek.

| **Patiënt** | **Reden van aanmelding** |
|---|---|
| 1 | Oncomfortabel met blijvende gewichtstoename en toegenomen eetlust |
| 2 | Griepaal en vraag naar mogelijkheid terugbetaling glucose teststrips,<br>'deurknopfenomeen': terloops vermelding van erectiele dysfunctie |
| 3 | Frequent ziekteverzuim omwille van rugpijn, had mapje bij van oefeningen via rugschool |
| 4 | Angst voor verhoogde bloeddruk bij hoofdpijn |
| 5 | Voetpijn |
| 6 | Onregelmatig bloedverlies met hoofdpijn en buikpijn |
| 7 | Griepaal en 'deurknopfenomeen': vermelding van kniepijn |

*Tabel 1: Reden van aanmelding per patiënt.*

## *4) Procesindicatoren aangaande motivatie*

**Continuïteit: komen op geplande momenten vs. niet op afspraak *('NOA')***

Reeds vanaf het eerste contact werd steeds, op het einde van het consult, de volgende afspraak genoteerd op een papiertje en meegegeven aan de patiënt. Alle patiënten ontvingen tevens een mail bij het maken van de afspraak en nadien ter herinnering, 24 uur voor de afspraak.

Vanwege de hoge graad van niet komen opdagen in het wijkgezondheidscentrum werd ook bijgehouden hoeveel contacten niet doorgingen en na hoeveel consulten de patiënten niet meer kwamen in het kader van dit kwaliteitsverbeterend project.

Twee van de zeven patiënten, patiënt 6 en 7, kwamen niet opdagen bij het allereerste vervolgconsult, zie tabel 2. Het aanklampend beleid met telefonische contactname resulteerde voor deze twee patiënten respectievelijk in nog vier vervolgconsulten.

| Patiënt | Totaal vervolg-consulten | Vervolg-consult 1 | Vervolg- consult 2 | Vervolg-consult 3 | Vervolg-consult 4 | Vervolg-consult 5 | Vervolg-consult 6 | Bloedname |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | | NOA-1, NOA-2: 2x dag zelf annulatie, 1x verplaatst | X | X | X | X | |
| 2 | 10 | | | | | | NOA-1, belde terug na voicemail | |
| 3 | 6 | | NOA-1: Dag zelf annulatie (dochter ziek) | Als consult bij arts gebruikt i.p.v. opvolging | | NOA-2: Vergeten. Door wissel in agenda van verple-ging? (wegens ziekte). | NOA-3: Dag zelf verplaatst naar 3d later | NOA-4: Vergist van datum |
| 4 | 15 | | | NOA-1: niet op tijd daar | | | Annulatie wegens hospitalisatie. Bij ander consult doorverwezen: toen NOA-2: vergist van uur | |
| 5 | 1 | | NOA-1 wegens hospitalisatie | X | X | X | X | X |
| 6 | 4 | NOA-1: dag zelf annulatie/ verplaatst | NOA-2: verplaatst op dag zelf<br>NOA-3: dag zelf geannuleerd | | NOA-4: dag zelf verplaatst<br>NOA-5: belkrediet op, kon er niet meer geraken want in andere stad | X | X | X |
| 7 | 4 | NOA-1: vergeten | | NOA-2: vergeten | | NOA-3, wil stoppen. | X | X |

*Tabel 2: Samenvattende tabel van de afwezigheden. De kruisjes geven de aanwezigheden aan die plaats vonden zonder annulatie of gemiste afspraak ('NOA').*

De hulpverleners rapporteerden de redenen van de afwezigheid op de afspraken, deze zijn weergegeven in tabel 3. Een secretaresse gaf twee keer de terugkoppeling dat patiënt 6 bij telefonisch contact naast de kwestie antwoordde en onbegrijpbare associaties leek te maken over waarom ze niet kon komen. Patiënt 1 gaf telefonisch aan geen resultaten te zien, waarop er werd uitgelegd dat het traject tijd nodig heeft en dat er op korte termijn mogelijks nog geen gewichtsverandering kan gezien worden. Bij het voorstel om nog eens langs te komen, vertelde ze dat ze later zelf nog contact zou opnemen. Het volgende contact met patiënt 1 is niet op haar initiatief gekomen, maar op initiatief van de arts-onderzoeker. Na telefonisch contact kwam zij de dag zelf voor een bespreking over het proces van de opvolging.

| Patiënt | NOA-1 | NOA-2 | NOA-3 | NOA-4 | NOA-5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Tandpijn: afspraak dag zelf verplaatst, belooft zelf terug te bellen om afspraak te maken maar deed dit niet | Ziet geen resultaten (dag zelf geannuleerd) | | | |
| 2 | Afspraakdatum vergist | | | | |
| 3 | Afspraak vergeten | Vergist van datum | | | |
| 4 | Er niet op tijd kunnen geraken, verwittigd | | | | |
| 5 | Ziekenhuisopname | | | | |
| 6 | Niet kunnen komen | Dag zelf verplaatst omwille van andere afspraak (bloedname was dezelfde dag wel nog gebeurd) | Dag zelf geannuleerd, niet kunnen komen | Dag zelf verplaatst, niet kunnen komen | Geen belkrediet om te verwittigen |
| 7 | Afspraakdatum vergist, vergeten | Afspraakdatum vergist, vergeten | Wil stoppen | | |

*Tabel 3: Reden van niet komen opdagen per patiënt.*

**Reden van uitval**

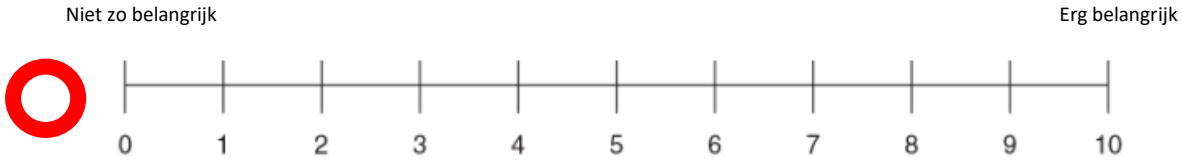
In het kader van dit kwaliteitsverbeterend project werden redenen van uitval actief bevraagd aan de patiënten, zie tabel 4. Zo heeft patiënt 1 op het einde van de studie verteld dat zij als specifieke verwachting had dat er gewichtsverandering zou komen op korte termijn en zo niet, er toch zou doorverwezen worden naar de endocrinoloog zoals haar initiële vraag was. Zij zou na het stopzetten van de opvolging op eigen initiatief via haar ziekenfonds een afspraak hebben gemaakt met een diëtiste. Ook hier is zij uiteindelijk niet naartoe gegaan, naar eigen zeggen omdat ze er geen vertrouwen in had dat het zou lukken. Er werd na stopzetting van de opvolging een diëtist voorgesteld met de vraag of ze dit wilde. Zij heeft dit opnieuw aanvaard maar bij contactname na 2 maanden bleek zij opnieuw niet te zijn geweest naar de diëtist. Na nog meer toegenomen gewicht is zij bij een nieuwe huisarts-collega in het wijkgezondheidscentrum langsgegaan voor een doorverwijzing via endocrinoloog, zoals zij reeds in de intake had gesuggereerd.

| Patiënt | Totaal aantal consulten | Reden van uitval |
|---|---|---|
| 1 | 3 | Moed verloren, na 4 contacten nog steeds veel eetlust en geen gewichtsverandering. Geen gevoel dat ze gehoord wordt. |
| 2 | 11 | Deelname aan vastenperiode tijdens Ramadan |
| 3 | 7 | Deelname aan vastenperiode tijdens Ramadan |
| 4 | 16 | Na stop van studie nog enkele keren nadien op opvolging gekomen maar daarna overdag meer gaan werken waardoor ze niet meer kon komen. |
| 5 | 2 | Cholecystolithiase. Nadien geen herstart wegens dieetadvies in ziekenhuis en deelname aan vastenperiode tijdens Ramadan |
| 6 | 5 | Klachten op start antidiabetica en deze op eigen initiatief gestopt, nadien tevens angst voor zwangerschap |
| 7 | 5 | Onbekend, wilde de reden fysiek komen uitleggen maar is nadien niet meer gekomen. |

*Tabel 4: Reden van uitval per patiënt.*

**Hulpverlener: evolutie in attitude en gedrag**

Voor de trainingen en na de studie vulden de twee verpleegkundigen een niet-gestandaardiseerde, gevalideerde vragenlijst *(zie bijlage 6)* in om te peilen naar attitude en gedrag volgens Miller-Rollnick en om de perceptie (aangaande confidence, self efficacy) te evalueren.




*Figuur 8: Een visueel analoge schaal zoals weergeven in de vragenlijst voor de hulpverleners die werd afgenomen voor de trainingen en na de studie, zie bijlage 6.*

De eerste verpleegkundige over zijn onzekerheid rond de obesitasbegeleiding:

> *"Ik heb hier wel geen ervaring mee en om daar dan echt advies over te geven... Als je dan niet zeker bent over waar iets bij hoort in de categorieën, stel, moet de patiënt het dan voluit schrijven in het dagboek? Of een foto nemen? Kan hier meer duidelijkheid over gegeven worden wat er dan moet gedaan worden want dat staat nergens."*

Bij het bevragen van het belang van begeleiding bij obesitas daalde de visueel analoge score *(zie figuur 8)* van 8 (pre-interventioneel) naar 5 (post-interventioneel).

Het vertrouwen om te slagen in deze begeleiding bleef echter stabiel met een score van 5. De reden voor deze lage scores was volgens deze hulpverlener door het verschil per patiënt en doordat motivatie en gemotiveerd blijven moeilijk is zonder individuele aanpak en zonder kennis van de eetcultuur.

Bij de tweede verpleegkundige was het belang om levensstijlaanpassing te begeleiding bij een patiënt met obesitas met een visueel analoge schaal met een score van 9,5 pre-interventioneel en 10 post-interventioneel. Het vertrouwen om te slagen in de begeleiding daalde van een score van 4,5 naar 2.
Er is dus bij het vergelijken van de scores geen verbetering zichtbaar in het gevoel van vertrouwd te zijn met het obesitasconsult bij de hulpverlener en hierin te kunnen slagen.

De tweede verpleegkundige lichtte haar scores nog toe in vergelijking met de obesitasbegeleiding die ze voordien gaf:

> *"De taal is sowieso een barrière maar ook de wil van de mensen om hun levensstijl aan te passen. Het is moeilijk om deze populatie bij te brengen welke voordelen ze hebben aan een gezondere levensstijl. Langs de andere kant ben ik niet vertrouwd met hun dieet, voedingsmiddelen, bereidingswijzen waardoor een beoordeling soms moeilijk is en tips geven ook niet altijd evident. Er is wel meer kans op slagen omdat de huidige aanpak meer duidelijkheid biedt."*

## *5) Procesindicatoren aangaande kennis en inzicht*

**Levensstijl: Goede en slechte levensgewoonten kunnen benoemen**

De hulpverlener kende bij elk contact zelf een score toe aan de kennis van de patiënt op basis van het gesprek: zeer onvoldoende, onvoldoende, neutraal, goed of zeer goed *(zie sjabloon in bijlage 3 en 4)*. De resultaten zijn weergeven in tabel 5. Op gebied van kennis over gezonde voeding kon er bij slechts één van de zeven patiënten verbetering worden gezien bij het vergelijken van de score bij het laatste vervolgconsult tegenover de score bij het intakegesprek. Voor kennis over beweging was er verbetering bij vier van de zeven patiënten. Er werd verbetering gezien in toegekende scores bij twee van de zeven deelnemers voor kennis rond de mogelijke gevolgen van obesitas.

| Patiënt | Kennis over gezonde voeding (begin)* | Kennis over gezonde voeding (eind)* | Kennis over beweging (begin)?* | Kennis over beweging (eind)?* | Kennis over gevolgen van obesitas (begin)*? | Kennis over gevolgen van obesitas (eind)*? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | -1 | -1 | -1 | -1 | -1 | -1 |
| 2 | -1 | 1 | -1 | 0 | -1 | 0 |
| 3 | 2 | -1 | 0 | -1 | -1 | -1 |
| 4 | 1 | -1 | -1 | 0 | 0 | -1 |
| 5 | 1 | 0 | -2 | -2 | 0 | -1 |
| 6 | 0 | -1 | -1 | 0 | 0 | -1 |
| 7 | -1 | -1 | -2 | 0 | -2 | -1 |

*Tabel 5: Scores die door de hulpverleners werden toegekend aan de kennis van de patiënt over gezonde voeding en beweging.*
** -2 = zeer onvoldoende, -1 = onvoldoende, 0 = neutraal, 1 = goed, 2 = zeer goed.*
*Groene vakjes: verbetering van kennis t.o.v. intake. Oranje vakjes: verslechtering van kennis t.o.v. intake.*

## *6) Resultaatsindicatoren aangaande gezondheid*

**Verbetering in persoonlijke levensstijl: voeding, beweging, abusus**

Tijdens de intake werd de actuele levensstijl bevraagd aan de hand van het sjabloon in het elektronisch medisch dossier, zie bijlage 3. Vóór de interventie was er een ongezonde voedingsstijl bij alle deelnemers. De beoordeling hiervan gebeurde met behulp van de voedingsdriehoek. De voedingsstijl verbeterde bij vier van de zeven personen intra-individueel, volgens de vooropgestelde persoonlijke kortetermijndoelen, maar niet volgens de voedingsdriehoek, bij patiënt 2, 3, 5 en 6, tegenover het laatste consult (overeenkomstig met respectievelijk vervolgconsult 10, 6, 1 en 4).
Bij de patiënt bij wie de intake vergeleken werd met vervolgconsult 1, patiënt 5, was een uitleg rond voeding gegeven in het ziekenhuis na galweglijden met spontane resolutie van levertesten.

Bij de intakes kwam naar voren dat geen van de deelnemers vóór de interventie wekelijks of dagelijks een fysieke inspanning deed van langer dan 10 minuten in de vrije tijd of in woon-werkverkeer zoals wandelen, fietsen of een andere sport. Dit verbeterde tegenover het laatste opvolgingsmoment (overeenkomstig met respectievelijk vervolgconsult 6, 15 en 4) voor drie van de zeven patiënten (respectievelijk patiënt 3, 4 en 6).
In deze studie was er geen verandering zichtbaar in de aanwezigheid van alcohol- en nicotine-abusus. Patiënt 2 was ex-roker, gebruikte nog sublinguale nicotinesubstitutie zonder begeleiding en consumeerde zelden alcohol. Patiënt 6 was ex-roker en consumeerde wekelijks alcohol.
Patiënt 7 was roker en consumeerde wekelijks alcohol.
De vier overige personen rookten niet, hadden nooit gerookt en consumeerden ook nooit alcohol.

**Verbetering in parameters: gewicht, BMI, buikomtrek, bloeddruk**

**Gewicht, BMI, buikomtrek**

Er werd gewichtsafname gezien bij vijf van de zeven patiënten, zie tabel 7. Patiënt 1 was als enige deelnemer vroeg in de studie uitgevallen. Patiënt 1 en 4 zijn toegenomen in gewicht en hadden respectievelijk 2 en 15 vervolgconsulten, waarbij de buikomtrek respectievelijk is toegenomen met 5,5 cm en afgenomen met 3 cm.

| Patiënt | $G_0$ (kg) | $G_x$ (kg) | △G (kg) | L (m) | $BMI_0$ (kg/m²) | $BMI_x$ (kg/m²) | △BMI (kg/m²) | $BO_0$ (cm) | $BO_x$ (cm) | △BO (cm) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 99,8 | 104,0 | +4,2 | 1,60 | 39,0 | 40,6 | +1,6 | 113 | 118,5 | +5,5 |
| 2 | 98,3 | 96,3 | -2,0 | 1,81 | 30,0 | 29,4 | -0,6 | 111 | 100 | -11 |
| 3 | 96,4 | 95,3 | -1,1 | 1,69 | 33,8 | 33,4 | -0,4 | 113 | 114 | +1 |
| 4 | 99,4 | 102,7 | +3,3 | 1,74 | 32,8 | 33,9 | +1,1 | 100 | 97 | -3 |
| 5 | 107,8 | 106,4 | -1,4 | 1,60 | 42,1 | 41,6 | -0,5 | 115 | 107 | -8 |
| 6 | 134,0 | 133,8 | -0,2 | 1,65 | 49,2 | 49,1 | -0,1 | 127 | 126 | -1 |
| 7 | 93,6 | 93,1 | -0,5 | 1,60 | 36,6 | 36,4 | -0,2 | 111 | 103 | -8 |

*Tabel 7: Gewicht, lengte, buikomtrek en berekende BMI en het berekend verschil tussen eind en begin.*
*Legende: $G_0$: Gewicht bij intake, $G_x$: Gewicht bij laatste presentatie, $\Delta G$: Gewichtsverschil tussen gewicht op het einde van de studie en begin van de studie, **L**: Lengte, $BO_0$: Buikomtrek bij intake, $BO_x$: Buikomtrek bij laatste presentatie.*

Er was gewichtsreductie en vermindering in buikomtrek bij vijf patiënten, echter was dit laatste bij patiënt 4 met gewichtstoename en de gewichtsreductie bij patiënt 3 met toename in buikomtrek. Bij intake was het gemiddelde gewicht 104,19 kg, gemiddeld BMI 37,64 kg/m² en gemiddelde buikomtrek 112,86 cm en bij het laatste contact was het gemiddeld gewicht 104,51 kg, gemiddeld BMI 37,77 kg/m² en gemiddelde buikomtrek 109,36 cm, zie tabel 8. Het gemiddeld verschil is voor gewicht -0,32 kg, voor BMI -0,1 kg/m² en voor buikomtrek -3,5 cm, zie tabel 9.

| | Gewicht begin (kg) | Gewicht eind (kg) | BMI begin (kg/m²) | BMI eind (kg/m²) | Buikomtrek begin (cm) | Buikomtrek eind (cm) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Aantal** | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| **Gemiddeld** | 104,19 | 104,51 | 37,64 | 37,77 | 112,86 | 109,36 |
| **Standaard-deviatie s** | 13,85 | 13,83 | 6,50 | 6,56 | 7,93 | 10,55 |
| **(min, max)** | (93,60 ; 134,00) | (93,10 ; 133,80) | (30,01; 49,22) | (29,39 ; 49,15) | (100; 127) | (97; 126) |

*Tabel 8: Gemiddelde en standaarddeviatie s van gewicht, BMI en buikomtrek in het begin en op het eind van de opvolging.*

| | Verschil in gewicht (kg) | Verschil in BMI (kg/m²) | Verschil in buikomtrek (cm) |
|---|---|---|---|
| **Aantal** | 6 | 6 | 7 |
| **Gem** | -0,32 | -0,1 | -3,5 |
| **SD** | 1,88 | 0,6 | 5,8 |
| **(min, max)** | (-2,00 ; 3,30) | (-0,6 ; 1,1) | (-11,0 ; +5,5) |

*Tabel 9: Verschil in gewicht, BMI, buikomtrek met gemiddelde en standaarddeviatie s.*
*Er was één uitschieter bij gewichtsverschil die niet werd opgenomen in de meting, patiënt 1. Zij stapte zeer vroeg uit de interventie waardoor de tijd tussen haar intake en einde van de studie bijna dubbel zo lange tijd was tegenover bij de andere deelnemers.*

**Bloeddruk en cardiovasculair risico**

Er was geen verandering van het cardiovasculair risico bij deze opvolging, zie tabel 10.
De bloeddrukken waren gestegen tegenover bij het begin bij zes van de zeven patiënten.

| Patiënt | Bloeddruk begin (mmHg) | Bloeddruk eind (mmHg) | Cardiovasculair risico begin (%) | Cardiovasculair risico eind (%) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 150/90 | 141/85 | 1 | 1 |
| 2 | 136/76 | 154/82 | 1 | 1 |
| 3 | 123/86 | 132/89 | 0 | 0 |
| 4 | 140/80 | 139/84 | 0 | 0 |
| 5 | 110/86 | 120/86 | 0 | 0 |
| 6 | 140/96 | 163/117 | 0 | 0 |
| 7 | 116/53 | 128/78 | 1 | 1 |

*Tabel 10: Vergelijking van bloeddruk en cardiovasculair risico in het begin en op het eind van de opvolging.*

**Bloedonderzoek en vergelijking indicatie tot herhaling van bloedname: lipidenprofiel, nuchtere glucose en bij diabetes: HbA1c%**

Volgens de gebruikelijke huisartsgeneeskundige zorgen werd bekeken of een (vergelijkend) bloedonderzoek nodig was per patiënt. Tabel 11 beschrijft de bevindingen van dit bloedonderzoek van op het einde van de winter. Patiënt 1, die de opvolging in zeer vroege fase reeds stopzette, had reeds gekende ferriprieve anemie met lage therapietrouw bij de ijzersupplementen. Hoewel zij geïnformeerd werd over alternatieven om in de toekomst te wisselen, kwam zij hier niet meer voor terug en is zij ijzersuppletie op eigen initiatief gestopt.

| Patiënt | Bevindingen |
|---|---|
| 1 | Vitamine D-deficiëntie, foliumzuurdeficiëntie, microcytaire anemie, gestoord lipidenprofiel |
| 2 | Vitamine D-deficiëntie |
| 3 | Vitamine D-deficiëntie |
| 4 | Vitamine D-deficiëntie, foliumzuurdeficiëntie |
| 5 | Vitamine D-deficiëntie, eerste verstoorde nuchtere glucose, gestoord lipidenprofiel |
| 6 | Vitamine D-deficiëntie, eerste verstoorde nuchtere glucose |
| 7 | Schildklierfunctie: ondersubstitutie De Quervain thyroiditis, gestoord lipidenprofiel |

*Tabel 11: Afwijkingen in het oriënterend bloedonderzoek.*

**Lipidenprofiel**

De streefwaarden voor secundaire preventie werden voor patiënten 2 en 3 behaald bij de vergelijkende bloedname terwijl dit bij de eerste bloedname nog niet het geval was, dit is totaal cholesterol <175 mg/dl en LDL-cholesterol ≤115 mg/dl.

Voor patiënten 1 en 7 bleef het lipidenprofiel gestoord en werden streefwaarden ook niet bereikt, zie tabel 12 en 13.

| Patiënt | Totaal cholesterol (begin) (mg/dl) | Totaal cholesterol (eind) (mg/dl) | Totaal cholesterol verschil (mg/dl) |
|---|---|---|---|
| 1 | 214 | 204 | -10 |
| 2 | 179 | 160 | -19 |
| 3 | 196 | 172 | -24 |
| 4 | 177 | n.v.t. | n.v.t. |
| 5 | 221 | (uitval) | (uitval) |
| 6 | 184 | n.v.t. | n.v.t. |
| 7 | 248 | 248 | 0 |
| Gemiddelde | 203 | 196 | -13 |
| Standaarddeviatie | 26 | 39 | 11 |

*Tabel 12: Totaal cholesterol met gemiddelde en standaarddeviatie.*

| Patiënt | LDL-c begin (mg/dl) | LDL-c eind (mg/dl) | LDL-c verschil (mg/dl) |
|---|---|---|---|
| 1 | 149 | 138 | -11 |
| 2 | 88 | 87 | -1 |
| 3 | 128 | 113 | -15 |
| 4 | 97 | n.v.t. | n.v.t. |
| 5 | 139 | (uitval) | (uitval) |
| 6 | 117 | n.v.t. | n.v.t. |
| 7 | 162 | 157 | -5 |
| Gemiddelde | 126 | 124 | -8 |
| Standaarddeviatie | 27 | 30 | 6 |

*Tabel 13: LDL-c met gemiddelde en standaarddeviatie.*

**Nuchtere glucose en HbA1c**

Eén patiënt van de zeven, patiënt 2, had reeds diabetes, dewelke goed onder controle was, en had in totaal 10 vervolgconsulten. Patiënt 5 had voor het eerst een gestoorde nuchtere glucose, dewelke niet kon gecontroleerd worden door uitval wegens hospitalisatie. Deze waarde viel binnen de categorie van prediabetes. Patiënt 6 kreeg een nieuwe diagnose van diabetes tijdens de studie met start van antidiabeticum en stop hiervan na een week op eigen initiatief door bijwerkingen.

Hemoglobine A1c daalde met 0,2% voor patiënt 2 en 6: respectievelijk van 6,5% naar 6,3% en van 6,3% naar 6,1%, ondanks dat de laatst genoemde slechts 4 vervolgconsulten had.

Zoals uit tabel 14 blijkt, is er intra-individueel geen verandering in de waarden van nuchtere glucose wanneer er een vergelijkende bloedname was gebeurd.

| Patiënt | Nuchtere glucose (begin) (g/dl) | Nuchtere glucose (eind) (g/dl) |
|---|---|---|
| 1 | 82 | 80 |
| 2 | 105 | 103 |
| 3 | 101 | 105 |
| 4 | 86 | n.v.t. |
| 5 | 124 | (uitval) |
| 6 | 139 | 128 |
| 7 | 93 | 88 |

*Tabel 14: Vergelijking van nuchtere glucose per patiënt.*

**Obesitas geassocieerde klachten**

Een opsomming van obesitas geassocieerde klachten werd overlopen tijdens de contactmomenten, zie hiervoor figuur 4 bij Methode. De evolutie hierin werd geregistreerd, zie tabel 15. Voor drie patiënten verdwenen de aangehaalde klachten volledig, voor nog andere drie werden de klachten slechter tijdens de opvolging. Voor één patiënt werden deze beter.

| Patiënt | Klachten aanwezig in het begin? | Klachten aanwezig op het einde? (hetzelfde=0, beter=1?), met specificatie | Ernst klachten? (-1=klachten slechter, 0=klachten hetzelfde, 1= klachten beter, 2= klachten weg) |
|---|---|---|---|
| 1 | ja | 0 | -1 |
| 2 | ja: snurken, pijn in scheenbeen | 1: snurken beter | 2 |
| 3 | ja | 1: lumbalgie blijft aanwezig, minder pijn in voet en knie, minder reflux (omeprazole) | 1 |
| 4 | ja | 1: op en af rugpijn | 2 |
| 5 | ja | 0 | -1 |
| 6 | ja | 1 | 2 |
| 7 | ja | 0: pijn in voet en knie | -1 |

*Tabel 15: Subjectieve evolutie van de obesitas geassocieerde klachten.*

# *Discussie*

## *1) Voornaamste bevindingen*

**Attitude en gedrag bij hulpverleners**

Tijdens overlegmomenten werd het reeds duidelijk dat het aantal gewichtsmetingen toenam bij de twee artsen ten gevolge van de start van dit kwaliteitsverbeterend project.

Het belang van obesitasbegeleiding uit te voeren daalde voor een verpleegkundige en bleef ongeveer stabiel voor de andere. Er was geen verbetering in het gevoel van vertrouwd te zijn met het obesitasconsult bij de hulpverleners en om hierin te kunnen slagen: de visueel analoge schaal toonde dat dit stabiel bleef voor één collega hulpverlener en dat dit achteruit ging voor de andere. Tijdens het semigestructureerd interview van na de interventie werd echter aangehaald dat dit gevoel respectievelijk verminderd en verbeterd was. Het fysiek kunnen meegeven van besproken informatie, in visueel beeldmateriaal, was volgens een collega hulpverlener een verbetering tegenover diens consultaties over voeding van voor de implementatie.

**Hefbomen**

<u>Materiaal</u>

Op vlak van de beschikbaar gestelde materiaal leek het een meerwaarde voor alle hulpverleners om het visueel materiaal te overlopen met de patiënten en om dit mee te geven. Ook leek het positief om een poster te hebben in de praktijk van de voedingsdriehoek van Gezond Leven. Het gebruik van kleurcategorieën was duidelijk voor de patiënten. De registratie van de consultaties verliep het gemakkelijkste als dit in een sjabloon gebeurde met meerkeuzevragen of gesloten vragen, hoewel dit ongemakkelijk verliep bij vervolgconsulten om naar terug te grijpen.

<u>Opvolging</u>

Beleid rond telefonische hercontactname en niet komen opdagen worden idealiter besproken in team voor deze obesitasopvolging plaats vindt. Eventueel kan een patiënt aangesproken worden om terug deel te nemen aan de opvolging bij een ander contactmoment.

De hulpverleners willen graag de tijd tussen de consulten zelf bepalen, afhankelijk van de noden bij de patiënt.

<u>Relationeel</u>

Een patiënt haalt aan graag terug doorverwezen te worden naar de arts bij verslechtering of stabiliteit van het gewicht, een andere dat ze graag bij een vrouwelijke hulpverlener komt. Eenzelfde hulpverlener kan de arts-patiëntrelatie. Een hulpverlener kan relativeren dat er geen tot weinig verandering plaatsvindt bij de patiënten en vermeldt hierdoor geen bijkomende frustraties te krijgen door de obesitas opvolging. Het kan, in de beleving van de verpleegkundigen, helpen om een therapeutische relatie op te bouwen bij opvolging bij eenzelfde hulpverlener.

<u>Hulpverleners</u>

Een ruimere taakinvulling zorgt bij hulpverleners voor meer vrijheid waardoor er meer gevoel is van succesvol te kunnen zijn en er hierdoor meer focus kan gelegd worden op individuele behoeften van patiënt en inputgestuurd kan gewerkt worden. Terugkoppeling vindt tussendoor plaats en daar heeft geen van de hulpverleners problemen mee.

**Barrières**

<u>Taalbarrière, gezondheidsvaardigheden</u>

Tijdens dit kwaliteitsverbeterend project werd getracht attent te zijn op de taalbarrière en het eet- en bewegingsdagboek eenvoudig te maken. Het bleef echter een moeilijke opdracht voor de patiënten om de registratie exact op de voorgestelde manier uit te voeren.

Geen enkele patiënt koos ervoor om beroep te doen op een kennis- of videotolk na het eerste vervolgconsult. Het is niet duidelijk of er een wens is voor maximale autonomie of schaamte rond het gewicht waardoor er

geen betrokkenheid is gewenst van anderen of dat er nog andere zaken een rol spelen aangezien de patiënten hier geen concreet antwoord op konden geven.

Voorziene tijd
De consultaties duurden niet langer dan het voorziene halfuur zoals voor de implementatie en dit was voldoende volgens de collega hulpverleners. Helaas was de werkbelasting hoog door acute zorgnood en uitval van zorgverleners. De obesitasopvolging werd na PDSA cyclus 2 ook slechts uitgevoerd door verpleegkundigen die dit graag deden.

Afwezigheid op geplande consulten
Alle zeven patiënten hadden minstens één moment dat ze niet kwamen opdagen. Eén patiënt vertelde uitdrukkelijk dankbaar te zijn voor de telefonische contactname. Telefonische contactname lijkt nuttig om de opvolgingsduur te verlengen indien de afwezigheid niet optrad in het eerste vervolgconsult, maar er zijn onvoldoende gegevens om dit te bevestigen.

Barrières vanuit hulpverlening
De hele interventie stond onder druk door praktijk- en tijdgebonden nadelen. De teamvergadering was tijdens deze studie nog niet verplaatst naar een moment waarop alle teamleden aanwezig konden zijn. Een alternatief zou kunnen zijn om een halfuurtje te blokkeren in ieders agenda op een rustiger moment in de week zodat niemand dit ervaart als een verplichting die buiten de werkuren plaatsvindt. Door uitval van hulpverleners is er in dit onderzoek hierdoor gekozen voor persoonlijke één-op-één contact met de hulpverleners.

**Parameters**
Hoewel de reden van aanmelding voor zes van de zeven patiënten niet het gewichtsprobleem was, maar obesitas geassocieerde klachten, zagen we in deze korte obesitasopvolging van maximum 3 maanden dat het gewicht niet toenam voor vijf van de zeven patiënten en dat er lichte verbetering kon geobjectiveerd worden op vlak van kennis en inzicht. De gemiddelde gewichtsafname was 0,32 kg en de gemiddelde vermindering in buikomtrek was gemiddeld 3,5 cm. Op basis van deze gemiddelden is weinig verbetering op te merken, maar bij vijf van de zeven individuele trajecten was er een lichte verandering na reeds drie maanden. Bij twee patiënten bereikten de gestoorde lipidenprofielen de streefdoelen zonder medicamenteuze interventie. Eén patiënt kreeg een nieuwe diagnose van diabetes na de bloedresultaten onder deze studie. Voor drie van de zeven patiënten verdwenen de obesitas geassocieerde klachten, voor andere drie van de zeven werden de klachten slechter en bij één patiënt verbeterden de klachten.

## *2) Interpretatie*

Eerder vonden we in literatuur dat taalbarrière kan zorgen voor minder therapietrouw en minder follow up afspraken.[4] Echter konden we dit niet volledig bevestigen aangezien patiënt 4, een relatieve nieuwkomer tegenover de andere deelnemers, de opvolging het langst heeft volgehouden. Vermoedelijk speelt opleidingsniveau een rol bij het verkiezen van een effectieve leermethode op maat van de patiënt en bij gezondheidsvaardigheden[10]. Daarenboven spraken collega hulpverleners in interviews over het stille ja-knikken van enkele patiënten. Dit bevestigt eerdere gegevens die toonden dat anderstalige patiënten minder opmerkingen zouden maken.[4]
Uit de studieresultaten kwam onrechtstreeks naar voren dat er nog niet veel (universele) bruikbare tools waren voor de hulpverleners om rekening te houden met taalbarrière of lagere gezondheidsvaardigheden (en geen binnen preventie rond obesitas), hoewel er veel patiënten met een diverse cultuur zijn in het patiëntenbestand van de praktijk.

## *3) Voor- en nadelen van aanpassingen*

Zowel het eet- en bewegingsdagboek als de instructiebundel zijn in kleur uit te printen. Het is niet duidelijk uit dit onderzoek of dezelfde bijlagen in grijswaarden of met aanpassingen ook kunnen gebruikt worden bij patiënten met een diverse cultuur, bij wie een taalbarrière wordt ondervonden door de arts. Daarbovenop waren consultaties van een halfuur niet mogelijk bij alle verpleegkundigen. Tijdens de opvolging was het engagement van het team belangrijk, wat door uitval van hulpverleners en stijging van

acute zorgnood uiteindelijk resulteerde in terugkoppeling tijdens lunchpauzes, waar de hulpverleners geen problemen in zagen.

## *4) Implementatie van aanpassingen*

Een concreet plan en visueel materiaal *(zie respectievelijk bijlagen 5 en 1-2)* werden ter beschikking gesteld op het gedeeld platform van de computerservers van de praktijk als handvat voor obesitasbegeleiding in de toekomst, zie bijlage 5.

Geen 'one-size-fits-all'
Het blijft een moeilijke taak voor hulpverleners om patiënten volledig te laten bewustworden over een gezonde levensstijl en de mogelijke gevolgen van obesitas op de gezondheid. Het is dan ook belangrijk om voldoende rekening te proberen houden met de gewenste frequentie van vervolgconsulten (na de overwegend informatieve consulten) en met de beschikbare middelen van de patiënt.
Het kan nuttig zijn om een sociaal netwerk uit te bouwen rond de praktijk om sneller te kunnen doorverwijzen bij obesitas geassocieerde klachten.
Tijdens het onderzoek werd diabetes gediagnosticeerd bij iemand die weinig gezondheidsvaardigheden leek te hebben. Het kan om deze reden een betere aanpak zijn dat een huisarts zelf initiatief onderneemt om het hoge gewicht te benoemen zodat er verdere acties kunnen ondernomen worden indien de patiënt hierin toestemt.
Het belang van engagement van alle teamleden werd onderlijnd door een patiënt. Zij vond het belangrijk, doorheen de obesitasopvolging, naar elkaar te kunnen doorverwijzen.

Niet komen opdagen
Wanneer de patiënt wordt gevraagd zelf een afspraak te maken, is er wellicht een hogere drempel om de opvolging te herbeginnen. In dit onderzoek is niemand op eigen initiatief herbegonnen wanneer de patiënt zelf had aangehaald een afspraak te maken in de toekomst.
We hebben elke patiënt die niet kwam opdagen steeds telefonisch gecontacteerd om een nieuw afspraakmoment in te plannen. De twee patiënten bij wie dit bij het eerste vervolgconsult reeds gebeurde, stopten zonder concrete doelen behaald te hebben. Dit waren patiënten die vóór de interventie ook waren aangesproken op hun gewichtsprobleem tijdens het beleid in een consult, maar zonder verder vervolg. Zij hebben nog respectievelijk vier en vijf vervolgconsulten afgerond. Het is niet duidelijk of het herhaaldelijk contacteren, na afwezigheid op een afgesproken moment, een storende of stimulerende factor was voor de patiënten.

## *5) Evaluatie*

Gelegenheid tot zelfreflectie
Hoewel de werkbelasting hoog ligt binnen de huisartsgeneeskunde, lijkt het een eerste aanzet tot preventie om regelmatig het gewicht te registreren zodanig dat een preventieconsult kan voorgesteld worden om hier verder mee aan de slag kunnen. Om hier concreet mee aan te slag te gaan kan men zich voornemen het gewicht te meten als het al meer dan een jaar is geleden aangezien gewichtsproblemen geen frequente reden zijn om een huisarts te consulteren. Door de meting is er een gelegenheid tot reflectie over parameters, diagnosticeren van overgewicht of risico op diabetes. Het zou mogelijk een rol kunnen spelen in motivatie dat een onafhankelijke en (para)medisch hulpverlener het gewichtsprobleem aanhaalt ter bevestiging van het eigen idee dat men teveel weegt. Gewichtsmeting tijdens een opvolgconsult zou ervoor kunnen zorgen dat de patiënt leert beredeneren wat zijn gedrag teweegbrengt. Het kan echter demotiverend werken om geen gewichtsvermindering te zien indien de meting frequenter dan maandelijks gebeurt.

Invullen van eet- en bewegingsdagboek
De patiënten haalden vaak aan het invullen of het blad zelf vergeten te zijn. Het was moeilijk om een haalbaar alternatief hierop te vinden dat voor iedereen lukte. Het concept van turven per categorie was ook vaak moeilijk te begrijpen. Inspelen op input van de patiënt, en minder op het dagboek, leek hierdoor minder frustraties op te brengen bij patiënt en collega hulpverleners na het eerste vervolgconsult. Zo kan

ervoor gekozen worden de patiënt zelf problemen te laten benoemen (zoals in een open vraag: "Hoe ging het voor jou van vorige keer tot nu?" en van daaruit bekrachtigen wat vorige keer minder goed ging en nu wel al goed ging). Het lijkt tevens nuttig om de registratie te stoppen eenmaal er een beeld is gevormd over de levenswijze van de patiënt of om voor te stellen het eet- en bewegingsdagboek aan de koelkast te hangen.

Administratie

Na het doorvoeren van de studie, werd het duidelijk dat het gebruik van een sjabloon voor- en nadelen heeft. Registratie via het sjabloon verloopt onvoldoende geautomatiseerd en biedt weinig overzicht op lange termijn. Hoewel parameters reeds in een grafiek kunnen worden gezet in *CareConnect*, was het nog niet mogelijk om de grafiek te integreren in het sjabloon.

## *6) Betekenis voor het werkveld*

Dit kwaliteitsverbeterend project beoogt tevens professionals, die barrières ervaren bij de aanpak van obesitas bij patiënten met een andere cultuur, praktische handvaten toe te reiken. Enkele aanbevelingen hierrond worden hieronder geformuleerd.

Het belang van een forfaitair betalingssysteem

Ondanks het niet komen opdagen op de geplande afspraken, blijft het belangrijk om patiënten te motiveren voor preventieve doeleinden. Volgens de Gezondheidsenquête van Sciensano heeft een derde van de bevolking van 15 jaar en ouder een laag niveau van gezondheidsvaardigheden en hoewel 66,6% hiervan bezit over voldoende gezondheidsvaardigheden, bezit 27,8% over beperkte en 5,6% over onvoldoende gezondheidsvaardigheden.[10] Het is belangrijk om te weten dat mensen met een slechte gezondheid, ouderen en lager opgeleiden lagere gezondheidsvaardigheden hebben en meer nood hebben aan gezondheidsbevordering maar hier het minst van profiteren waardoor identificatie en aangepaste communicatie cruciaal blijft.[10] Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is de eerstelijnszorg de meest effectieve en kostenefficiënte manier om universele gezondheidsdekking, een gezondheidszorgsysteem waarbij iedereen toegang heeft tot goede gezondheidsdiensten zonder dat dit leidt tot financiële moeilijkheden, te bekomen. In lijn hiervan kan een forfaitair betalingssysteem bevorderlijk zijn voor de gezondheid van de patiënten omdat de patiënt geen hinder ondervindt met betaling van een consult.

Belang van visueel beeldmateriaal

Zowel hulpverleners als patiënten waren tevreden over het gebruik van de pictogrammen en de instructiebundel. Voor deze interventie was er minder uitleg over de mogelijkheden rond voeding en kwamen patiënten niet meer ter opvolging van het gewicht.

Wederzijdse kennis over voeding

Door dit kwaliteitsverbeterend project kwam naar voren dat er bij de patiënt en hulpverlener niet altijd begrip is rond bereidingswijzen en samenstelling van complexe maaltijden. In het kader van de obesitasopvolging is er hierdoor gekozen voor het vertrekken vanuit de verwachtingen en problemen rond voeding die de patiënt zelf aanhaalt om kennis te verrijken en inzicht en motivatie te verhogen in plaats van zelf actiepunten aan te reiken als hulpverlener. Deze doelstellingen worden op een papiertje geschreven en meegegeven aan de patiënt. Een ander voorstel is om, zoals bijvoorbeeld Geneeskunde voor het Volk in Schaarbeek meermaals had gedaan in het verleden, eetgelegenheden te organiseren. Dit kan de hulpverleners de mogelijkheid bieden een beeld te vormen over verschillende eetgewoonten, zoals deze leven binnen de patiëntenpopulatie. Dit kwaliteitsverbeterend project werd uitgevoerd kort na de COVID-pandemie waardoor er nog geen ruimte was voor bijeenkomsten zoals deze.

Inclusie van cultuursensitieve componenten

De bestaande richtlijnen omtrent obesitas geven weinig handvaten rond implementatie bij patiënten met een diverse cultuur. Een mogelijkheid zou zijn om nieuwe tools of e-learnings uit te werken om in de praktijk mee aan de slag te kunnen gaan.

Praktische overwegingen rond bereidheid van de hulpverleners

Deze studie geeft tevens aanwijzingen dat hulpverleners willen kunnen kiezen of ze deelnemen aan de opvolging van obesitas. Een mogelijkheid kan zijn om thema's aan te brengen tijdens een vergadering en om hulpverleners zelf te laten kiezen wat ze willen uitwerken, waarmee engagement rond het project zou kunnen verhogen.

## *7) Toekomstige onderzoeksagenda*

Het is onduidelijk wat de gezondheidsvoordelen zijn van een éénmalige gewichtsmeting bij de huisarts, wat de obesitasopvolging of wisselende afspraakfrequentie geeft op lange termijn en of er een aangepaste aanpak zou kunnen ontwikkeld worden afhankelijk van het opleidingsniveau. Een samenwerking met *CareConnect* kan in de toekomst bekeken worden om 'Document aanmaken' gebruiksvriendelijker te maken voor preventieconsulten. Een ander voorstel voor verder onderzoek is om oorzaak en aanpak bij het niet komen opdagen te exploreren door interviews met patiënten.
Videotolken via Intercult van RIZIV was opgestart met een beperking in tijd. Het is onduidelijk of andere toekomstige projecten hulp kunnen bieden. Tijdens deze studie vonden we Matchen.org, een kennisplatform met app en e-learningmodule dat ondersteuning biedt aan hulpverleners in hun communicatie met anderstaligen. Er werd op deze website verwezen naar Health Communicator, een meertalige webapp ontwikkeld in 2015 met vragenlijsten in acht verschillende talen welke zou helpen bij vooronderzoek of communicatie tijdens een consultatie. Helaas bleek dit project niet meer actief. In de toekomst zouden zulke initiatieven mogelijk opnieuw kunnen gezet worden dankzij de groeiende interesse in artificiële intelligentie in de zorg.

## *8) Beperkingen van het onderzoek*

Wegens stage van slechts anderhalf jaar in de praktijk waarin dit project plaatsvond, was de verdere inclusie en opvolging beperkt. Door mogelijke kans op beïnvloeding van de collega hulpverleners na kiezen van het onderwerp werden er geen metingen uitgevoerd van de obesitasbegeleiding zonder de voorziene interventie. Bij twee patiënten was reeds de minimale interventie gebeurd in het verleden en zij zijn relatief vroeg in de opvolging gestopt.
Aangezien de bloeddruk fluctueert tijdens momentopnames is een alternatieve aanpak, om meer zicht te krijgen op de bloeddrukken van de patiënt, om een aantal thuismetingen te laten noteren voor en na de obesitas opvolging. In onze patiëntenbestand heeft helaas niet iedereen een bloeddrukmeter en hadden wij onvoldoende bloeddrukmeters te leen om hiermee aan de slag te gaan, maar dit zou buiten de studie wel tot de mogelijkheden kunnen behoren.
Bij afname van semigestructureerde interviews is er een grote invloed van de interviewer, hier de arts-onderzoeker. De interviews met één verpleegkundige eindigden enkele keren met dat deze, zonder afsluiting van het gesprek, de ruimte verliet. Ook na open gesprekken over deze gebeurtenissen was het niet duidelijk wat de oorzaken zijn van de spanning.

# *Besluit*

Dit kwaliteitsverbeterend project beoogde de noden van de praktijk te observeren en hierop in te spelen met een concrete stappenplan om de begeleiding bij obesitas te verbeteren tegenover voordien. De opvolging werd geïnitieerd door een gewichtsmeting bij een consult bij de huisarts bij een klacht met een associatie aan obesitas. De vervolgconsulten waren nuttig om een leermethode te vinden op maat van de patiënt met diens beschikbare middelen. Visueel beeldmateriaal lijkt een belangrijke aanvulling als hulpmiddel bij een taalbarrière en andere cultuur voor meer kennis en inzicht bij de patiënt. Voordien kwam geen enkele patiënt terug opdagen om voedingspatroon of gewicht te bespreken. Er konden reeds verbeteringen gezien worden bij opvolgingen van maximum drie maanden. Methoden om de opvolging in medische software te kunnen bijhouden kunnen nader bekeken worden zodat de hulpverleners het gevoel krijgen dat ze hierin kunnen slagen, ook bij tijdstekort. Idealiter is opvolging een wisselwerking tussen verschillende actoren in een multidisciplinair team zodat er geruststelling of medisch advies kan plaatsvinden bij het ontstaan van nieuwe problemen.

# *Referenties*

1. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard M95: Obesitas, laatste aanpassing september 2020. [Internet]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/obesitas. [Accessed 10th May 2022].
2. Eetexpert (2015). Aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Eerstelijnsdraaiboek. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin [Internet]. Available from: http://www.draaiboeken.eetexpert.be/eerstelijnsdraaiboek. [Accessed 9th May 2022].
3. Agentschap Integratie & Inburgering. Tips om te communiceren in het Nederlands met anderstaligen. [Internet]. Available from: https://www.integratie-inburgering.be/10tips. [Accessed 10th January 2022].
4. Nederlands Huisartsen Genootschap. Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg, versie augustus 2013 [Internet]. Available from: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/kwaliteitsnorm_tolkgebruikdefinitieve_versie_augustus_2013.pdf. [Accessed 5th March 2022].
5. De Maesschalck S, Ferrant L. Diversiteit in taal en cultuur tijdens de raadpleging: Een tango tussen artsen en migranten. Huisarts Nu. Mei-juni; 2012; 41 (3): p.144-147. [Internet]. Available from: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/h41_03_15_diversiteit_in_taal_en_cultuur.pdf.
6. Jacobs T, Vanreusel I, Remmen R, Monsieurs K, Haine S, Adriaenssens N. Taalbarrières in de huisartsenpraktijk: Wat zijn de gevolgen en hoe kan het beter? Huisarts Nu. Mei-juni. 2018; 47 (3): p.131-133.
7. Thijs G, Van Nuland M, Govaerts F. Op de grens tussen 'cure' en 'care': Begeleiding van gedragsverandering door de huisarts. Huisarts Nu. Mei; 2005; 34 (4): p.186-199. [Internet]. Available from: https://www.huisartsnu.be/system/files/huisartsnu/34/4/20050403-Hanu-Op-de-grens-van-%27cure%27-en-%27care%27.-Begeleiding-van-gedragsverandering-door-de-huisarts.pdf.
8. Thijs G, Bombeke K. Motiveren tot gezond(er) gedrag in de huisartsenpraktijk: Het Domus Medica-project 'Consultvoeren en gedragsverandering'. Huisarts Nu. December; 2008; 37 (10): p.570-575.
9. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. Oman Med J. 2020 Apr 30;35(2):e122. doi: 10.5001/omj.2020.40. PMID: 32411417; PMCID: PMC7201401.
10. Gezond België, Gezondheidsvaardigheden. [Internet]. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/gezondheidsvaardigheden. [Accessed 19th April 2024].
11. World Health Organization, Universal health coverage. [Internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1. [Accessed 19th April 2024].

# *Bijlagen*

## *Bijlage 1) Eet- en bewegingsdagboek*

**Mijn eten**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

Eet- en bewegingsdagboek gebaseerd op 'Voedingsdriehoek' en 'Bewegingsdriehoek' van Vlaams Instituut Gezond Leven - versie 3 (04/02/2023), pagina 1 van de 2

**Mijn beweging**

| |  |  |  |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

*Pictogrammen via Freepik.com en Flaticon.com.*

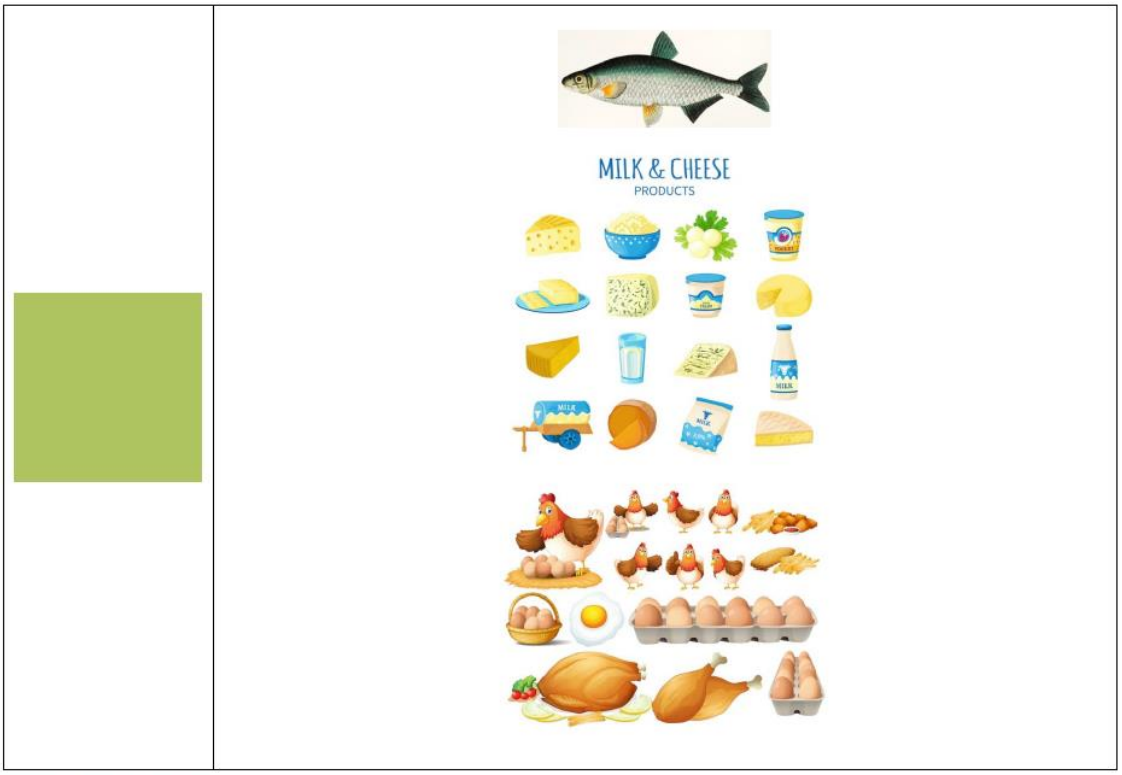
Eet- en bewegingsdagboek gebaseerd op 'Voedingsdriehoek' en 'Bewegingsdriehoek' van Vlaams Instituut Gezond Leven - versie 3 (04/02/2023), pagina 2 van de 2

## *Bijlage 2) Instructies dagboek*



*Pictogrammen via Freepik.com en Flaticon.com.*

Advies over voeding en beweging gebaseerd op 'Voedingsdriehoek' en 'Bewegingsdriehoek' van Vlaams Instituut Gezond Leven - versie 3 (04/02/2023), pagina 1 van de 5



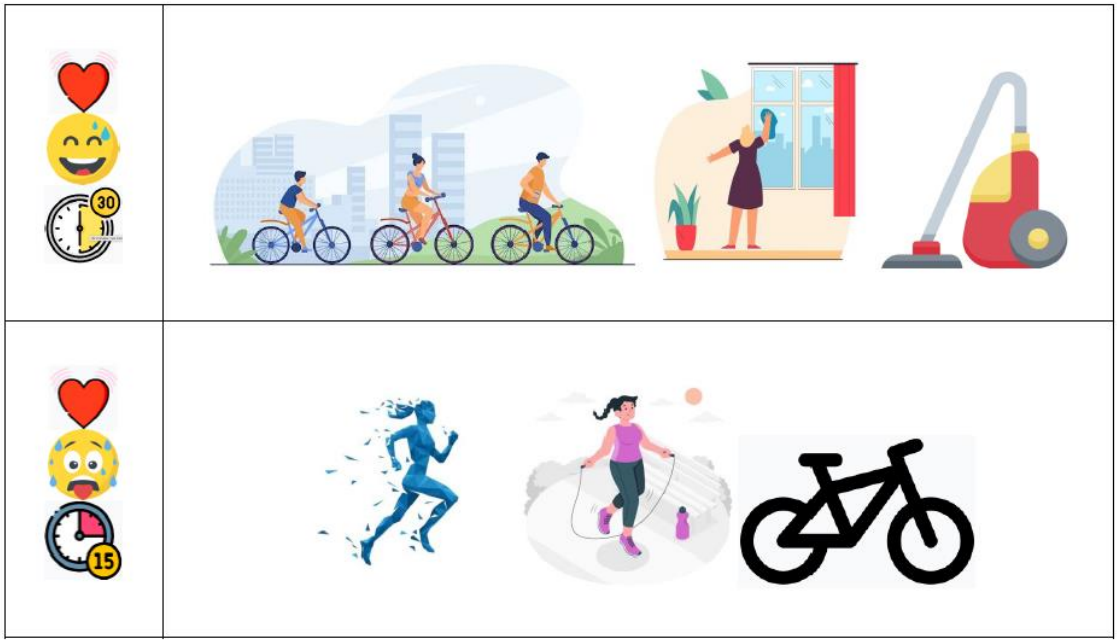

*Pictogrammen via Freepik.com en Flaticon.com.*

Advies over voeding en beweging gebaseerd op 'Voedingsdriehoek' en 'Bewegingsdriehoek' van Vlaams Instituut Gezond Leven - versie 3 (04/02/2023), pagina 2 van de 5

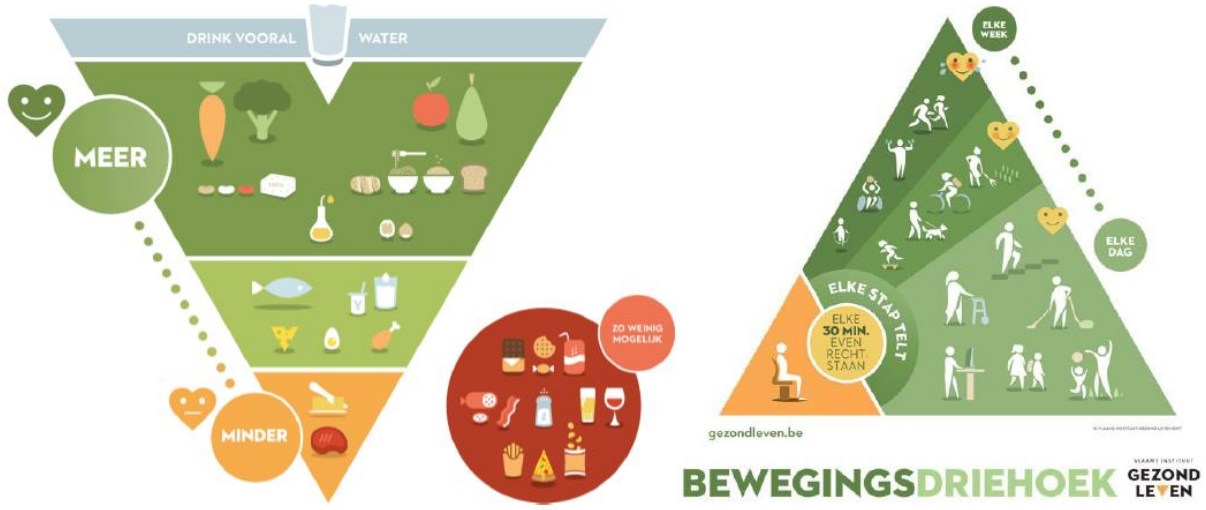



*Pictogrammen via Freepik.com en Flaticon.com.*






*Pictogrammen via Freepik.com en Flaticon.com.*




*Pictogrammen via Freepik.com en Flaticon.com.*

Advies over voeding en beweging gebaseerd op 'Voedingsdriehoek' en 'Bewegingsdriehoek' van Vlaams Instituut Gezond Leven - versie 3 (04/02/2023), pagina 5 van de 5

## *Bijlage 3) Toegevoegd sjabloon aan CareConnect 'Intake'*

**Programma i.k.v. aanpak obesitas i.k.v. masterproef van dr. Yasemin Yüksel**

**Intake**

Ingevuld door: @{Gebruiker_naam} @{Gebruiker_voornaam} op @{Huidige_datum}

**Patiëntgegevens: identificatie, zorgelementen, medicatielijst**

Patiënt: @{Naam} @{Voornamen} (@{Geslacht})

Geboortedatum: @{Geboortedatum}

Moedertaal: ###

☐ Tolk aanwezig

- ☐ Kennistolk
- ☐ Videotolk

Consult 'Aanpak obesitas' n.a.v.

- ☐ klacht, meer specifiek: ###
- ☐ doorverwijzing voor preventie
- ☐ telefonische rekrutering

**Actieve zorgelementen**

@{Zorgelementen_actief_extra}

**Huidige medicatie**

@{Actieve_chronische_medicatie}

@{Actieve_acute_medicatie_posology}

@{Actieve_indien_nodig_medicatie_posology}

**Obesitas geassocieerde klachten**

(zoja, specifieer: "bij uitvoeren van ..." en frequentie per week)

- ☐ Snel moe
- ☐ Snurken sinds _____ .
- ☐ Kortademig
- ☐ Pijn in onderrug
- ☐ Pijn in heup
- ☐ Pijn in been
- ☐ Pijn in knie
- ☐ Pijn in voet
- ☐ Zuurbranden
- ☐ Constipatie?
- ☐ Last van ongewild urineverlies in je onderbroek?
- ☐ Menstruatie: elke maand?
- ☐ Word je boos/verdrietig als iemand over jouw gewicht praat?
- ☐ Blij met uiterlijk. (Zo nee; sinds _____ .)

**Voeding**

Wanneer eet je ontbijt? ### uur

Wanneer eet je je avondmaal? ### uur

Wanneer eet je voor de laatste keer? ### uur

Hoeveel liter water drink je per dag? ### liter

☐ Koffie/zwarte thee. Hoeveel per dag? ### liter

☐ Dagelijks groenten

☐ Dagelijks fruit

☐ Dagelijks snoep of snack?

Eet je dagelijks alleen of met vrienden/familie? **ALLEEN / VRIENDEN-FAMILIE**

Indien alleen: **AAN TAFEL / OP DE ZETEL EN AAN TV / ONDERWEG**

**Beweging**

Beweging? @{Parameter_ind_laatste__7945/*Lichaamsbeweging?*/}

☐ Beweegt dagelijks minstens een half uur bovenop de dagelijkse activiteiten (bv. fietsen, stevig wandelen, zwemmen, tuinieren...)?

- Sedentair: lang stilzitten thuis, op school of op het werk
  *(bv. computerwerken, TV kijken, stilzitten op school, niet elke 30 minuten opstaan)*:
  **ongeveer ### uren per dag**
- Licht intensief bewegen: nog normaal kunnen ademen en praten, hart klopt rustig,
  *(bv. strijken, boodschappen doen, wandelen, afwassen, koken)*:
  **ongeveer ### uren per dag**
- Matig intensief bewegen: nog normaal kunnen praten, beetje sneller ademen, hart klopt een beetje sneller
  *(bv. snel fietsen, ramen wassen, snel wandelen, trap nemen)*:
  **ongeveer ### uren per dag**
- Hoog intensief bewegen: snel ademen, hart klopt veel sneller, zweten, moeilijk praten
  *(bv. trappen nemen met volle boodschappentas, héél snel fietsen, joggen, touwspringen, spieren trainen)*:
  **ongeveer ### uren per dag**

Geef bij elke fase van de motivatiecirkel één of meer voorbeeld(en) over alle besproken elementen rond voedings- en bewegingsdoelen (ev. ook alcohol- of rookstop):

- *Bijvoorbeeld:*
  "Patiënt begint voor- en nadelen af te wegen, maar er is nog geen gedragsverandering: Hij haalt aan dat hij weet dat alcohol "
  *"Patiënt levert reeds zichtbare inspanningen om te veranderen, dit gebeurt met vallen en opstaan: heeft al 3x halfvolle melk gebruikt, maar drinkt in de avond toch nog volle melk."*

1. PRECONTEMPLATIE: Patiënt stelt zich weinig of geen vragen bij de eigen leefstijl:

2. CONTEMPLATIE: Patiënt begint voor- en nadelen af te wegen, maar er is nog geen gedragsverandering:

3. PREPARATIE: Patiënt heeft beslist om gedrag te veranderen en maakt voornemens op dit vlak:

4. ACTIE: Patiënt levert reeds zichtbare inspanningen om te veranderen, dit gebeurt met vallen en opstaan:

5. CONSOLIDATIE: Patiënt heeft reeds meerdere succeservaringen, heeft zich nieuwe gewoontes eigen gemaakt:

6. HERVAL: Patiënt had zich nieuwe gewoontes eigen gemaakt, maar is (deels) hervallen in oude gewoontes:

**Conclusie:** Patiënt is tijdens dit consult overwegend in fase van _____

**Motivatie**

☐ Patiënt haalt **(uit zichzelf)*** aan dat hij/zij verandering wil zien op vlak van _____.

* Schrap indien niet van toepassing.

**Inzicht**

De hulpverlener beoordeelt dat de patiënt het invullen van het eet- en bewegingsdagboek goed heeft begrepen:

☐ tijdens **dit** gesprek.

| De hulpverlener beoordeelt dat de patiënt ... kennis heeft over: | zeer onvoldoende | onvoldoende | neutrale | goede | zeer goede |
|---|---|---|---|---|---|
| gezonde voeding. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| beweging. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| de mogelijke gevolgen van een ongezonde levensstijl. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Eventuele extra opmerkingen: ###

Het vervolg van is een automatische invulling van de gemeten parameters:

***(Controleer je even mee of de waarden van de dag ook zijn ingevuld? Als je de gemeten waarden niet hebt opgeslagen, dan kan het zijn dat deze hier niet in verschijnen. Dankjewel!)***

**Parameters**

**Buikomtrek, gewicht en BMI**

@{Parameter_ind_laatste_3__11/*Buikomtrek*/}
*(Man: normaal: M: ≤94cm / vergroot: 94-102cm / sterk vergroot: ≥102cm*
*Vrouw: normaal: ≤80cm / vergroot: 80-88cm / sterk vergroot: ≥88cm)*

@{Parameter_ind_laatste_3__1/*Gewicht*/}

@{Parameter_ind_laatste__3/*Lengte*/}

@{Parameter_ind_laatste_3__7/*BMI*/}

**Hart- en bloedvaten**

@{Parameter_ind_laatste_3__6/*Hartslag*/}

@{Parameter_ind_laatste_3__0/*Bloeddruk*/}

**Abusus**

@{Parameter_ind_laatste__10845/*Drug gebruik*/}

@{Parameter_ind_laatste__8016/*Roken?*/}

@{Parameter_ind_laatste__7943/*Rookgeschiedenis?*/}

@{Parameter_ind_laatste__7959/*Hoe vaak drinkt u alcohol?*/}
@{Parameter_ind_laatste__9630/*Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer glazen drinkt bij één enkele gelegenhe9630?*/}

**Cardiovasculair risico score: 10 jaars risico sterfte**

@{Parameter_ind_laatste_3__8001/*Cardiovasculair risico score*/}

*laag (0-4%), matig (5-9%), hoog (≥10%)*

**Labo**

**Glucose, nierfunctie, lipidenprofiel**

@{Labo_sets_laatste_3__67/*Diabetes*/}

**Schildklierfunctie**

@{Labo_sets_laatste_3__77/*Schildklier*/}

**Leverfunctie**

@{Labo_sets_laatste_3__71/*Lever*/}

# *Bijlage 4) Toegevoegd sjabloon aan CareConnect 'Vervolgconsult'*

**Programma i.k.v. aanpak obesitas i.k.v. masterproef van dr. Yasemin Yüksel**

**Vervolgconsult**

Ingevuld door: @{Gebruiker_naam} @{Gebruiker_voornaam} op @{Huidige_datum}

**Patiëntgegevens: identificatie, zorgelementen, medicatielijst**

Patiënt nummer:

☐ Tolk aanwezig

☐ Kennistolk

☐ Videotolk

☐ Geïnformeerde toestemming i.k.v. masterproef ingevuld op: ###

**Obesitas geassocieerde klachten**

Vink de besproken klachten uit de intake aan.

Zoom in op de besproken klachten uit de intake: bespreek of deze veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter is.

☐ Snel moe veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Kortademig veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Snurken veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Pijn in onderrug veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Pijn in heup veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Pijn in been veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Pijn in knie veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Pijn in voet veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Zuurbranden veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Constipatie? veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Last van ongewild urineverlies in je onderbroek? veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Menstruatie: elke maand? veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Word je boos/verdrietig als iemand over jouw gewicht praat? veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter

☐ Blij met uiterlijk. (Zo nee; veel beter/beter/hetzelfde/slechter/veel slechter)

**Motivatie**

☐ Patiënt haalt **(uit zichzelf)*** aan dat hij/zij verandering wil zien op vlak van _____.

** Schrap indien niet van toepassing.*

☐ Patiënt had eet- en bewegingsdagboek bij.

Geef bij elke fase van de motivatiecirkel één of meer voorbeeld(en) over alle besproken elementen rond voedings- en bewegingsdoelen (ev. ook alcohol- of rookstop):

- *Bijvoorbeeld:*
  *Patiënt begint voor- en nadelen af te wegen, maar er is nog geen gedragsverandering: Hij haalt aan dat hij weet dat alcohol slecht is.*
  *Patiënt levert reeds zichtbare inspanningen om te veranderen, dit gebeurt met vallen en opstaan: "heeft al 3x halfvolle melk gebruikt, maar drinkt in de avond toch nog volle melk."*

1. PRECONTEMPLATIE: Patiënt stelt zich weinig of geen vragen bij de eigen leefstijl:

2. CONTEMPLATIE: Patiënt begint voor- en nadelen af te wegen, maar er is nog geen gedragsverandering:

3. PREPARATIE: Patiënt heeft beslist om gedrag te veranderen en maakt voornemens op dit vlak:

4. ACTIE: Patiënt levert reeds zichtbare inspanningen om te veranderen, dit gebeurt met vallen en opstaan:

5. CONSOLIDATIE: Patiënt heeft reeds meerdere succeservaringen, heeft zich nieuwe gewoontes eigen gemaakt:

6. HERVAL: Patiënt had zich nieuwe gewoontes eigen gemaakt, maar is (deels) hervallen in oude gewoontes:

Zo ja: Redenen van herval?

**Conclusie:** Patiënt is tijdens dit consult overwegend in fase van _____

**Inzicht**

De hulpverlener beoordeelt dat de patiënt het invullen van het eet- en bewegingsdagboek goed heeft begrepen:

☐ vorige keer.

☐ tijdens dit gesprek.

| De hulpverlener beoordeelt dat de patiënt ... kennis heeft over: | zeer onvoldoende | onvoldoende | neutrale | goede | zeer goede |
|---|---|---|---|---|---|
| gezonde voeding. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| beweging. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| de mogelijke gevolgen van een ongezonde levensstijl. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Eventuele extra opmerkingen: ###

Het vervolg van is een automatische invulling van de gemeten parameters:

***(Controleer je even mee of de waarden van de dag ook zijn ingevuld? Als je de gemeten waarden niet hebt opgeslagen, dan kan het zijn dat deze hier niet in verschijnen. Dankjewel!)***

**Parameters**

**Gewicht, BMI, buikomtrek**

@{Parameter_ind_laatste_3__1/*Gewicht*/}

@{Parameter_ind_laatste__3/*Lengte*/}

@{Parameter_ind_laatste_3__7/*BMI*/}

@{Parameter_ind_laatste_3__11/*Buikomtrek*/}

*(Man: normaal: M: ≤94cm / vergroot: 94-102cm / sterk vergroot: ≥102cm*
*Vrouw: normaal: ≤80cm / vergroot: 80-88cm / sterk vergroot: ≥88cm)*

**Hart- en bloedvaten**

@{Parameter_ind_laatste_3__6/*Hartslag*/}

@{Parameter_ind_laatste_3__0/*Bloeddruk*/}

**Cardiovasculair risico score: 10 jaars risico sterfte**

@{Parameter_ind_laatste_3__8001/*Cardiovasculair risico score*/} *(laag (0-4%), matig (5-9%), hoog (≥10%))*

*Bijlage 5) Eindproduct: 'Aanpak obesitas in multidisciplinair team'*

# Aanpak obesitas in multidisciplinair team

## Beeldmateriaal

- Gezondleven.be "Thema's", zie zoekopdracht "Materialen", zie ook folders
- Foodinaction.com "Voedingspiramide" (NL en FR) en verschillende tools bij "Nutrigraphics"
- Eet- en bewegingsdagboek (met instructiebundel) gemaakt door dr. Yasemin Yüksel (2023)

## Aanpak in het kort

1. ARTS: Bij vermoeden overgewicht of obesitas: systematische gewichtsmeting
   - Indien overgewicht of obesitas aanwezig: maak nieuw zorgelement
   - Bespreek invloed van gewicht op aanmeldingsklacht
   - Doorverwijzing voor 'programma om gewicht aan te pakken' naar verpleegkundige
   - Geen bloedname afgelopen jaar? Inplannen bloedonderzoek en bespreekmoment
   - Inplannen intake
   - Bij afwijkend bloedonderzoek: wanneer herhaling labo? In dossier zetten bij 'Planning' in contactmoment

   / VPK: Doorverwijzing bij diabetesconsult
   - Bespreking met arts voor ev. uitbreiding van eerstvolgend bloedonderzoek (lipidenprofiel, overweeg TSH)

   / VPK: Telefonische rekrutering o.b.v. zorgelementen voor informerend gesprek

2. Ev. bepalen verpleegkundige(n) die zich wil engageren in opvolging van voeding en beweging
3. VPK: Intake
   - Parameters: bloeddruk, lengte, gewicht, lichaamsbeweging, rookgeschiedenis, Hoe vaak drinkt u alcohol?, Aantal alcoholische dranken per keer?
   - Exploratie voedings- en bewegingsregime
   - Dagboek: instructiebundel uitleggen, eet- en bewegingsdagboek meegeven
   - Inplannen vervolgconsult
4. VPK: Vervolgconsult
   - Bespreken ervaring patiënt
   - Overlopen eet- en bewegingsdagboek
   - Doelstelling bepalen
   - Inplannen vervolgconsult
5. Doorheen programma herevalueren: zo nodig: bespreken in team of doorverwijzing naar
   - Arts? Herhaling labo nodig 3m na start opvolging? (Zie ook 'Planning' bij consult dr. meedelen resultaten)
   - Psycholoog?
   - Beweging op verwijzing (Verhoogde tegemoetkoming? Patiënt bereid?)
   - Diabeteseducator? Diëtist?
   - Verpleegkundig consult voor sociaal-maatschappelijk probleem?



## Afspraken rond communicatie

- **Gebruik korte zinnen** (even lang als de zinnen van de patiënt)
- **Spreek in actieve tegenwoordige tijd**
- **Vermijd beeldspraak en moeilijke woorden**
- Plan ook voldoende tijd in voor consultaties met anderstalige patiënten.
- **Model van gedragsverandering**
  Niet elke patiënt is reeds bereid tot verandering. Exploreer in welke fase de patiënt zit in het model van gedragsverandering volgens Prochaska-DiClemente. Je kan de patiënt ook eens uit dagen met een aanpak uit de volgende fase om te bekijken of hij/zij al een stap verder kan.
- **Succes bekrachtigen!**
  Gedragsverandering vergt energie en is niet gemakkelijk, ondersteun de patiënt hier ook zoveel mogelijk in en herhaal op het einde van het consult nog eens wat hij/zij goed heeft gedaan.
- **Be patient-centered!**
  Het is belangrijk dat de patiënt advies krijgt op zijn/haar maat, afhankelijk van in welke fase van de gedragsverandering hij/zij zit. Bekijk zoveel mogelijk de opties en alternatieven per domein (voeding – beweging). *But: choose the battles…*
- **Vervolgconsult** steeds inplannen op het einde, ev. laten samenvallen met diabetesconsult (eerst diabetes-, dan obesitasopvolging)

## Afspraken rond registratie

- **Start** in het tab van een nieuw contact en klik van daaruit telkens op de icoontjes van Parameters, Documenten, dus zonder van tabblad te veranderen, zo blijft alles gekoppeld aan het concrete moment.
- **Link** contact aan (bestaande) diagnose 'Obesitas'
- **Hernoem** het document van Vervolgconsult met een cijfertje erachter, afhankelijk van de hoeveelste afspraak het is.
- Dit sjabloon is vooral bedoeld als **bron van informatie** voor een vervolgconsult.
- Voel je vrij om te verwijderen uit het sjabloon wat niet van toepassing is of wat niet nieuw was in vergelijking met een vorig consult. Zo blijft het overzichtelijk voor het volgend consult.

## Concrete aanpak

### Intake

1. **Parameters**: bloeddruk, lengte, gewicht, lichaamsbeweging, rookgeschiedenis, Hoe vaak drinkt u alcohol?, Aantal alcoholische dranken per keer?
2. **Exploratie voedings- en bewegingsregime**: Vaste eetmomenten? Verschil werkdag vs. vrije dag? Sfeer: eten aan tafel of voor televisie, alleen of samen? Vochtintake vs. caffeïne? De gebruikte standaard voor water (glas, drinkbus, fles)? Winkelen: te fiets? Reeds sport gedaan vroeger? Belemmerende, ondersteunende factoren?
3. **Obesitas geassocieerde klachten** aanwezig? Moe, kortademig, snurken, reflux, constipatie, urine-incontinentie, pijn (rug, heup, been, knie, voet), onregelmatige menstruatie, algemeen welbevinden over het uiterlijk
4. **Dagboek**: instructiebundel uitleggen, eet- en bewegingsdagboek meegeven
5. Bloedname in afgelopen jaar?
   => Zo nee, inplannen bloedname & uitleggen te bellen tijdens telefonisch halfuurtje of bij nieuw consult arts bij grote taalbarrière, ev. vragen om kennistolk.
6. **Vervolgconsult** inplannen op het einde
7. **Sjabloon CareConnect** aanvullen: welke fase van motivatiecirkel?

### Checklist

Voorbereiding consult

- Eet- en bewegingsdagboek uitprinten
- Uitgebreide bloedname afgelopen jaar? (minstens lipidenprofiel, nuchtere glucose)
- NOA? → Takenlijst NOA: "NOA obesitas" → Consult herinplannen

Consult

- Meten parameters (BD, gewicht, lengte, buikomtrek, beweging, roken, alcohol)
- Overlopen items vragenlijst (obesitas geassocieerde klachten, voeding, beweging)
- Uitleggen eet- en bewegingsdagboek en instructiebundel en meegeven
- Inplannen bloedname (zo nodig), zo nodig: bespreking resultaten bij dr. of tel. halfuurtje
- Inplannen vervolgconsult na 1 week

Na consult

- Aanvullen vragenlijst (motivatie, inzicht)
- Noodzaak bespreking met collega of in team? → inplannen



### Vervolgconsult

1. **Parameters**: bloeddruk, lengte, gewicht, lichaamsbeweging, rookgeschiedenis, Hoe vaak drinkt u alcohol?, Aantal alcoholische dranken per keer?
2. **Bevraag ervaring patiënt:** Hoe ging het voor jou? Wat vond je moeilijk?
3. **Obesitas geassocieerde klachten:** Is je … slechter/hetzelfde gebleven/beter?
   Adviseer liever fietsen dan joggen bij obesitas wegens risico op (verergering of ontstaan van) orthopedische klachten.
4. **Overloop eet- en bewegingsdagboek:** Laat de patiënt zoveel mogelijk zelf vertellen.
5. **Adviseer** gezonde gewoonten: Speel in op wat de patiënt vertelt. Adviseer bv. koken i.p.v. braden en frituren, zachte smaakthees of water i.p.v. koffie en frisdranken, meer de trap proberen nemen. Bij zuurbranden: mijden van late avondmaal, koffie, chocolade, munt, zure fruit en bruisdranken. Bij constipatie: veel vochtinname en mijden van rijst, banaan…
6. **Doelstelling(en) bepalen:** Concretiseer en vraag of de patiënt het genoemde al wil proberen aankomende week. Indien mogelijk: bepaal een deadline. Bij de eerste consulten kan het verduidelijkend werken om op een klein papiertje de doelstellingen te noteren in 2 tabellen: 'MEER' en 'MINDER', of switch van product A naar B.
7. **Einde:** Herhaal doelstellingen kort en krachtig nog eens, herhaal wat al goed ging. Benadruk eet- en bewegingsdagboek zeker mee te nemen de volgende keer.

### Checklist

Voorbereiding consult

- Eet- en bewegingsdagboek uitprinten
- Bekijk Intake: "Obesitasgerelateerde klachten"
- Bekijk vorig vervolgconsult: 'Motivatie' - en in contactmoment 'Planning': Doelen proberen blijven uitdagen
- Vorige doelstellingen bekijken - bij 'Planning' bij scherm 'Contacten'
- NOA? → Takenlijst NOA: "NOA obesitas" → Consult herinplannen

Consult

- Meten parameters (BD, gewicht, lengte, buikomtrek, beweging, roken, alcohol)
- Bespreek evolutie obesitasgeassocieerde klachten
- Overweeg advies herconsult bij dr.
- Bespreek eet- en bewegingsdagboek: Hoe ervaren? Doelen behaald? Alternatieven?
- Nieuwe doelstellingen concretiseren → Noteer bij 'Planning' in Contactmoment
- Ev. doelstellingen meegeven op papier
- Inplannen vervolgconsult (bepaal samen frequentie, in het begin ev. 1x/week)

Na consult

- Invullen vragenlijst (motivatie, inzicht)
- Leg eet- en bewegingsdagboek in bakje TE SCANNEN (noteer erop hoeveelste registratie)
- Noodzaak bespreking met collega of in team? → inplannen

*Document opgesteld door dr. Yasemin Yüksel op 23/03/2023 i.k.v. masterproef 'Cultuursensitieve implementatie van levensstijlaanpassingen bij obesitas: een kwaliteitsverbeterend project.'*

## *Bijlage 6) Pre- en post-interventionele vragenlijst voor hulpverleners*

### Vragenlijst hulpverleners

**In het kader van het onderzoek:**

*"Cultuursensitieve implementatie van levensstijlaanpassingen bij obesitas: een kwaliteitsverbeterend project."*
*van dr. Yasemin Yüksel*

Datum:

Naam:

*Nota: verplaats de rode cirkel voor het toekennen van een score aan de visueel analoge schaal.*

1) Hoe belangrijk is het volgens u om levensstijlaanpassing te begeleiden bij een anderstalige obese patiënt?




Extra motivatie van de toegekende score:

Score:

2) Hoeveel vertrouwen heb je er in om hierin te slagen?




Extra motivatie van de toegekende score:

Score:

3) Welke barrières ervaar je nu bij het begeleiden van levensstijlaanpassing bij een anderstalige obese patiënt?



### Vragenlijst post-interventie

Datum:

Naam:

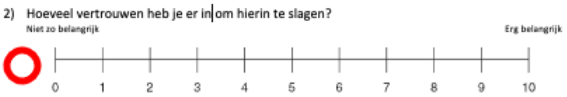
*Nota: verplaats de rode cirkel voor het toekennen van een score aan de visueel analoge schaal.*

1) Hoe belangrijk is het volgens u om levensstijlaanpassing te begeleiden bij een anderstalige obese patiënt?




Extra motivatie van de toegekende score:

2) Hoeveel vertrouwen heb je er in om hierin te slagen?




Extra motivatie van de toegekende score:

3) Welke barrières ervaar je nu bij het begeleiden van levensstijlaanpassing bij een anderstalige obese patiënt?

4) Heb je nog een bijkomende idee om de aanpak rond obesitas bij andere culturen te verbeteren?

5) Heb je nog opmerkingen?

# *Bijlage 7) Goedgekeurd protocol*



Universiteit Antwerpen

PROTOCOL

**Titel van het onderzoek:**
*"Cultuursensitieve implementatie van levensstijlaanpassingen bij obesitas: een kwaliteitsverbeterend project."*

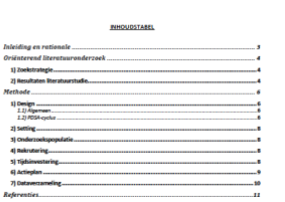
**Promotor (hoofdonderzoeker):**
Katrien Bombeke, verbonden aan UAntwerpen: katrien.bombeke@uantwerpen.be

**Co-promotor:**
Winny Ang, verbonden aan UAntwerpen: winny.ang@uantwerpen.be

**Onderzoeksinstelling:**
Wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop vzw, Brouwerijstraat 3, B-2500 Lier.

**Plaatselijke arts-onderzoeker:**
Yasemin Yüksel, huisarts-in-opleiding verbonden aan UAntwerpen:
yasemin.yuksel@student.uantwerpen.be

**Beheerder patiëntendossiers wijkgezondheidscentrum 'De Zilveren Knoop':**
Greta Foerts, huisarts en praktijkopleider verbonden aan ICHO (interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding).



INHOUDSTABEL


*Inleiding en rationale* ..... 3
*Oriënterend literatuuronderzoek* ..... 4
1) Zoekstrategie ..... 4
2) Resultaten literatuurstudie ..... 4
*Methode* ..... 6
1) Design ..... 6
1.1) Algemeen ..... 6
1.2) PDSA-cyclus ..... 6
2) Setting ..... 8
3) Onderzoekspopulatie ..... 8
4) Rekrutering ..... 8
5) Tijdsinvestering ..... 8
6) Activiteiten ..... 9
7) Dataverzameling ..... 10
*Referenties* ..... 11




## *Inleiding en rationale*

Obesitas kan zowel lichamelijke als psychologische gevolgen hebben voor de gezondheid en toch lijkt het in het straatbeeld enkel toe te nemen. Volgens de meest recente cijfers van Sciensano van 2018, heeft 49,3% van de volwassen bevolking een BMI van 25 kg/m² of meer en 15,9% een BMI van 30 kg/m² of meer. Een goed therapeutisch of preventief beleid zou kunnen leiden tot de initiëring van een levensstijlaanpassing. Deze zou in het verlengde moeten liggen van de verwachtingen van de patiënt om ze te kunnen volhouden. Indien er bijvoorbeeld weinig invulling is vanuit de eigen (huis)cultuur, stuit de patiënt tegen een eerste barrière: het lijkt onmogelijk om allerlei ontgroeninten aan te passen. De huisarts lijkt ideaal geplaatst voor dit 'maatwerk'.

Mijn werkervaring startende in een wijkgezondheidscentrum, heb ik al snel ontdekt dat er enkele uitdagingen waren zoals taalbarrière, culturele diversiteitsverschillen, lagere socio-economische klasse en lage gezondheidsvaardigheden. Deze obstakels velde ik enkelingen tot een kans voor de masterproef. Wij hebben immers het gevoel onvoldoende te kunnen ondersteunen bij obesitas in de groep van anderstaligen omdat dat we preventie hoog in het vaandel dragen in ons team. Een uitgewerkt en in de praktijk efficiënt en haalbaar stappenplan, bij obesitas bij anderstaligen, zou dus zeker handvaten reiken en ook voor andere multidisciplinaire teams een hulpmiddel kunnen zijn in de toekomst.

Met dit masterprofielonderwerp wil ik graag exploreren wat de mogelijkheden zijn binnen het multidisciplinair team van het wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop te Lier. Voor de aanvang van deze studie was de interventie om het problematische gewicht aan te halen bij een gezondheid gezondheidsprobleem en kort advies geven hiermee, maar zagen we geen enkele voorwijzing of betrokkenheid bij de patiënt t.o.v. het gewicht bij een (volgend) consult of dat de patiënt niet kwam opdagen op een vervolgconsult in het kader van de obesitas.

## *Doel*

In deze studie bekijken we welk cultuursensitief aanbod levensstijlaanpassingen bij anderstalige patiënten met obesitas beter kan ondersteunen in de context van dit wijkgezondheidscentrum door het gebruik van vragenlijsten, dagboeken en gesprekvoering en door het opvolgen van parameters. Een deze praktijkverbetering gaten worden aan de hand van volgende procesindicatoren t.o.m. motivatie: gevoel van vertrouwd te zijn met het obesitasconsult bij de hulpverlener en hierin te kunnen slagen en continuïteit van aanwezigheid van de patiënt op afgesproken contactmomenten t.o.m. kennis en inzicht over obesitas en een gezonde levensstijl en aan de hand van de resultaatindicatoren van het klinisch beeld (parameters en obesitas gerassocieerde klachten) en persoonlijke levensstijl. Tevens worden barrières in deze hulpverlening in kaart gebracht.





## *Oriënterend literatuuronderzoek*

### *1) Zoekstrategie*

We wilden weten wat er al bekend was rond het onderwerp obesitas bij anderstalige patiënten, maar ook rond gesprekvoering bij een taalbarrière en rond aanpak bij obesitas. Aangezien de studie een kwaliteitsverbeterend project is in huisartsgeneeskundige setting, was de eerste aangewezen stap om eerst richtlijnen te doorzoeken die van toepassing zijn in Vlaanderen en bij uitspraling van de zoekresultaten doorzoekt ik nadien de richtlijnen van in Nederland. Ik raadpleegde hiervoor in februari 2022 EBPracticenet, Domus Medica en Nederlands Huisartsen Genootschap *(NHG)* met de zoektermen 'obesitas', 'gedragsverandering' en 'motivationele gesprekvoering' omwille van de uitgebreidheid en bruikbaarheid in de huisartsenpraktijk. Al leemd heb ik gronden dat 'taalbarrière' de meest geschikte term was om voor mijn specifieke doelgroep de literatuur te doorzoeken.
In Pubmed doorzocht ik systematic reviews tot maart 2022. Voor de MeSH term 'obesity' vond ik 7639 zoekresultaten. De zoekresultaten in Pubmed voor 'obesity language' en 'obesity communication' waren 659, voor 'obesity language barrier' 10 zoekresultaten. Bij deze zoekopdrachten las ik de Engelse samenvattingen om te selecteren op bruikbaarheid: enkelen indien de hulpmiddelen in België met bestonden, het artikel pediatrische patiëntenpopulatie had, uitsluitend over diabetes was of indien er geen sprake was van taalbarrière of culturele verschil. Voor 'obesity language pair' werden 8 resultaten gevonden, waarvan geen bruikbaar bevonden. Via het online opleidingsaanbod over obesitas, van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Federaal Overheidsdienst *(FOD)* Volksgezondheid, vond ik, tijdens de voorbereidingen voor deze studie, middels zoeceohaleffect Eetexpert, het Vlaamse kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen.
Bij raadpleging van de website van Eetexpert in april 2022 was er nog geen zoekresultaat bij het opzoeken van "anderstalig". 23 resultaten bij het zoeken van "Nederlands" waarbij geen enkel bruikbaar bij selectie op bruikbaarheid.

### *2) Resultaten literatuurstudie*

Er is momenteel nog geen concrete aanpak voorzien in de Vlaamse en Nederlandse richtlijnen voor obesitas bij anderstaligen. Online is zichtbaar dat de richtlijn 'Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk' van Domus Medica in herziening is deze werd gepubliceerd in april 2006 en zou worden opgevolgd in april 2011. Er volgde geen actualisatie hiertop. *NHG* heeft een recentere richtlijn over obesitas'. Deze is gepubliceerd in oktober 2010, met laatste aanpassing in september 2020.

Het Federaal Overheidsdienst *(FOD)* Volksgezondheid en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering *(RIZIV)* hebben echter samen e-learnings ontwikkeld voor o.a. zorgverleners, waarbij ook één over obesitas. Deze omvat dezelfde informatie en hulpmiddelen zoals beschikbaar via Eetexpert. Eetexpert heeft meerdere hulpmiddelen ontwikkeld voor verschillende hulpverleners. De focus in deze hulpmiddelen ligt bij communicatie op niet-stigmatiserend taalgebruik. Opvallend is dat er veel aandacht wordt besteed aan informeren in het eerstelijnsdraaiboek' en dat er geen informatie beschikbaar is met uitzicht op visueel beeldmateriaal. Enkele hulpmiddelen, voor hulpverleners, van Eetexpert zullen worden verwerkt in deze studie.
Het Agentschap Integratie & Inburgering heeft 10 communicatietips' gepubliceerd om te communiceren in het Nederlands met anderstaligen, die ook zullen toegepast worden in deze studie.

*NHG* heeft tevens een kwaliteitsmeting gepubliceerd in augustus 2015 waarin talkgebruik wordt geëvalueerd.[4] In Huisarts Nu verschenen in 2012 ook een proefschrift waarin zowel de rol van een intercultureele bemiddelaar als die van een tolk wordt besproken.[5]





In 2018 werd nog een artikel gepubliceerd in Huisarts Nu over taalbarrières in de huisartsenpraktijk waarin concrete hulpmiddelen worden aangereikt en besproken zoals taalgebruik en gebruik van korte zinnen.[7]

Concreet kan gedragsverandering geïnitieerd worden door motivationele gesprekvoering. Hierover is in 2005 een artikel verschenen van Gebie Thijs in Huisarts & Praktijk,[8] dit aansat de begrippen die ook zijn verwerkt in de richtlijn over obesitas van Domus Medica. Dat korte motivationele interviews gedragsveranderingen kunnen vergemakkelijken zonder meer consultatietijd te vragen werd in 2008 bevestigd in het Domus Medica-project 'Consultvoeren en gedragsverandering'.[9] In deze studie zal getracht worden deze motivationele gesprekvoering toe te passen.

Uit een systematic review van 2020, blijkt dat zowel de voldoening, de kwaliteit van het contact tussen arts en patiënt als de patiëntveiligheid minder is bij een taalbarrière. Een intercultureele bemiddelaar zou de kost en duur van de consultaties wel verlengen.[7]

Deze masterproef kan bijgevolg bijdragen tot het verkrijgen van inzichten rond levensstijlaanpassing bij anderstaligen met obesitas en vast stimulerende en/of belemmerende factoren kunnen zijn voor deze groep en een hulpmiddel betekenen voor multidisciplinaire teams die nog geen concrete aanpak hebben voor deze groep.



Een overlegmoment vindt plaats per 2 gesprekken dat een hulpverlener doet. Hierbij wordt het proces besproken door middel van het vragenmodel en worden andere teamleden ook betrokken. De nodig wordt het werkplan bijgestuurd en de PDSA-cyclus opnieuw doorlopen tot maart 2023. Op het einde van de studie krijgen de betrokken hulpverleners opnieuw de vragenlijst die is opgesteld volgens Miller-Rollnick.

### *7) Dataverzameling*

Een informatie- en toestemmingsformulier worden meegegeven aan de patiënt.
Bij het obesitasconsult worden de betrokkingen eerst in het elektronisch patiëntendossier bevraard aangezien de studiespecifieke betrokkingen behoren tot het pakket van de gewoonlijke huisartsgeneeskundige zorgen. De vertrouwelijkheid wordt gegarandeerd door het beroepsgeheim. De arts-onderzoeker vervuld in functie van het onderzoek de verkregen informatie in een versleuteld bestand waarbij de identificatiegegevens vervangen worden door een code.

## *Referenties*


1. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard M95: Obesitas, laatste aanpassing september 2020. [Internet]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/obesitas. [Accessed 10th May 2022].
2. Eetexpert (2016). Aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Eerstelijnsdraaiboek. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin [Internet]. Available from: http://www.draaiboeken.eetexpert.be/eerstelijndraaiboek. [Accessed 9th May 2022].
3. Agentschap Integratie & Inburgering. Tips om te communiceren in het Nederlands met anderstaligen. [Internet]. Available from: https://www.integratie-inburgering.be/10tips. [Accessed 19th January 2022].
4. Nederlands Huisartsen Genootschap. Kwaliteitsmeting talkgebruik bij anderstaligen in de zorg, versie augustus 2015 [Internet]. Available from: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/kwaliteitsmeting_talkgebruikdefinitief_versie_augustus_2015.pdf. [Accessed 5th March 2022].
5. De Haeseleer M, Ferrari L. Diversiteit in taal en cultuur tijdens de raadpleging: Een tango tussen artsen en migranten. Huisarts Nu. Mei-juni. 2013. 41 (3): p.144-147. [Internet]. Available from: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/641_03_15_diversiteit_in_taal_en_cultuur.pdf
6. Jambo T, Vanrensel I, Remmen R, Monsieurs K, Raine J. Adviesmemoire N. Taalbarrières in de huisartsenpraktijk. Wat zijn de gevolgen en hoe kan het beter? Huisarts Nu. Mei-juni. 2018. 47 (3): p.131-133.
7. Thijs G, Van Nuland M, Geraerts F. Op de grens tussen 'zorg' en 'care': Begeleiding van gedragsverandering door de huisarts. Huisarts Nu. Nov. 2005; 34 (4): p.186-199. [Internet]. Available from: https://www.huisartsnu.be/system/files/huisartsnu/34/4/20050403-Hem-Op-de-grens-van-%27zorg%27-en-%27care%27.-Begeleiding-van-gedragsverandering-door-de-huisarts.pdf
8. Thijs G, Bombeke K. Motiveren tot gezond(er) gedrag in de huisartsenpraktijk. Het Domus Medica-project 'Consultvoeren en gedragsverandering'. Huisarts Nu. December. 2008; 37 (10): p.570-575.
9. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. Oman Med J. 2020 Apr 30;35(2):e122. doi: 10.5001/omj.2020.40. PMID: 32411417; PMCID: PMC7201401.

## Methode

### 1) Design

#### 1.1) Algemeen

Deze masterproef is een kwaliteitsverbeterend project waarbij wordt gewerkt volgens Model for Improvement. In het eerste deel worden drie vragen beantwoord, die hieronder worden beschreven, en in het tweede deel wordt de 'PDSA'-cyclus doorlopen, wat staat voor 'Plan-Do-Study-Act'. Een plan van aanpak wordt beschreven (Plan), vervolgens wordt deze op kleine schaal uitgevoerd (Do) en geëvalueerd om vast te stellen of het doel behaald is en of er verbetering is (Study). Het plan wordt nadien bijgestuurd en geïmplementeerd op grotere schaal (Act) en kent een wisselwerking doorheen het proces met de drie vragen.
De drie vragen van het eerste deel zijn als volgt:
1) "What are we trying to accomplish?"
2) "How will we know that a change is an improvement?"
3) "What change can we make that will result in improvement?"

#### 1.2) PDSA-cyclus

##### 1.2.1) Deel 1: De drie vragen

Wat proberen we te bereiken?
Het doel van dit project is om een concreet werkplan op te stellen om obesitas aan te pakken bij anderstalige patiënten door hefbomen en barrières te verkennen voor levensstijlaanpassingen. In dit cultuursensitief aanbod zal gewerkt worden met visueel materiaal, vragenlijsten en gespreksvoering om motivatie, ziekte-inzicht en klinische verbetering te bekomen bij de patiënt. Tenslotte evalueren we de impact van dit cultuursensitieve aanbod over levensstijlaanpassingen voor obesitas aangezien we als team veel belang hechten aan inclusie en preventie.
De patiëntenpopulatie is gekend met het frequent niet komen opdagen op consultaties en de geanticipeerde inspanning hiervoor is om telefonisch contact op te nemen met de patiënt om een nieuwe afspraak in te plannen. Bij herhaaldelijke afwezigheid wordt individueel beoordeeld of de patiënt nog kan deelnemen aan de studie.
Het kwaliteitsverbeterend project werd op ..... (datum) goedgekeurd door het onafhankelijk Ethische Comité UZA/UAntwerpen.

Hoe gaan we weten dat een verandering een verbetering is?
Verschillende indicatoren worden vastgelegd:

- Procesindicatoren i.v.m. motivatie:

  1) Continuïteit: komen op geplande momenten (opvolging, tervig opbellen door onthaal)
  2) Hulpverlener: evolutie in attitude en gedrag (vragenlijst voor hulpverlener)

- Procesindicatoren i.v.m. kennis en inzicht:

  1) Levensstijl: Goede en slechte levensgewoonten kunnen benoemen (vragenlijsten 'Intake' en 'Vervolgconsult')
  2) Obesitas: de mogelijke gevolgen kunnen benoemen (vragenlijsten 'Intake' en 'Vervolgconsult')



- Resultaatsindicatoren i.v.m. gezondheid:

  1) Verbetering in persoonlijke levensstijl: voeding, beweging, abusus
  2) Verbetering in parameters: gewicht, BMI, buikomtrek, bloeddruk
  3) Verbetering in cardiovasculaire risico score
  4) Verbetering in obesitas geassocieerde klachten
  5) Verbetering in bloedresultaten indien indicatie tot herhaling van bloedname: lipidenprofiel, nuchtere glucose en bij diabetes: HbA1c%

Welke verandering kunnen we maken dat zal resulteren in verbetering?
Tijdens de studie trachten we de taalbarrière te minimaliseren zodat inhoudelijke aspecten beter kunnen onderzocht worden. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een kennis- of videotolk en/of visueel materiaal ter ondersteuning van inprenting van de gegeven informatie. Tijdens het eerste contact wordt samen bekeken welke taal de patiënt spreekt en wordt de toegang tot een tolk besproken.
Het werkplan wordt afgetoetst aan de haalbaarheid in de praktijk en eventuele wijzigingen kunnen worden doorvoerd om hierin tegemoet te komen.

##### 1.2.2) PDSA-cyclus in dit project

Concreet werd het volgend stramien gevolgd:

- Plan: bespreking huidige barrières (visgraatmodel)
  en opmaken werkplan *(zie 6) Actieplan)*
- Do: implementatie werkplan op kleine schaal, verzamelen van gegevens
- Study: evaluatie van werkplan in team na 2 gesprekken per hulpverlener (visgraatmodel)
- Act: bijsturen werkplan: eventueel nieuwe PDSA-cyclus opstarten en opnieuw implementeren.



*Figuur 1: Visgraatmodel*

Om zicht te krijgen op de huidige barrières bij de hulpverleners, worden zij gevraagd voor (en na) de studie een niet-gestandaardiseerde, gevalideerde vragenlijst in te vullen om te peilen naar attitude en gedrag volgens Miller-Rollnick om tevens de perceptie (i.v.m. *confidence, self efficacy*)



te evalueren.
Met de verkregen informatie wordt een eerste visgraatmodel opgemaakt *(zie figuur 1)*.
Het werkplan wordt opgemaakt volgens de actuele standaarden voor huisartsgeneeskundige zorgen en houdt rekening met deze ervaren barrières bij de hulpverleners.
Na 2 consulten per hulpverlener wordt het werkplan geëvalueerd, de implementatie ervan besproken in team en wordt het werkplan hierop volgend bijgestuurd.

### 2) Setting

Dit kwaliteitsverbeterend project vindt plaats in het wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop te Lier. Het multidisciplinair team bestaat uit 2 huisartsen, 1 huisarts-in-opleiding en 3 verpleegkundigen.

### 3) Onderzoekspopulatie

Inclusie van patiënten met de volgende eigenschappen:

- +18 jaar
- BMI >= 30
- Diverse culturele achtergrond, anderstalig én taalbarrière ondervonden door arts
- Ingeschreven in het wijkgezondheidscentrum

Tevens exclusie van:

- Zwangeren

De bepaling van de steekproefgrootte is beperkt door de beschikbare tijd voor registraties en patiëntaanbod in deze opleidingspraktijk. Tevens is er regelmatig uitval van beschikbare hulpverleners waardoor bestaande zorg reeds wordt gecompromitteerd.
Om deze reden wordt besloten om, arbitrair gekozen, bij een minimum aantal van 2 patiënten de interventie succesvol te starten. Zo zal de PDSA-cyclus reeds minstens één keer succesvol doorlopen kunnen worden tijdens de opvolging van de patiënten. Arbitrair wordt gekozen om een minimum totaal te bekomen van 5 patiënten in de studie en maximum 10, aangezien de aanpak in hulpverlening evoluerend is in tijd en dus reeds enkele cycli doorlopen zullen zijn en er steeds bijsturing plaatsvindt.

### 4) Rekrutering

De patiënten die in aanmerking komen voor deze studie worden aangesproken en doorverwezen tijdens een, door hen gekozen, consult bij de arts-onderzoeker voor een obesitasconsult met als doel klinische verbetering van hun obesitas geassocieerde klacht te verkrijgen of in het kader van preventie. De arts heeft dan tevens de mogelijkheid tot non-verbale communicatie hierdoor. De mogelijkheid tot telefonische contactname voor een informerend gesprek zal worden geëvalueerd per patiënt en per PDSA-cyclus naar haalbaarheid in de praktijkwerking.

### 5) Tijdsinvestering

De studie is in de loop van 2023. Elk gesprek zal ongeveer een halfuur duren.



### 6) Actieplan

Ervaren barrières door hulpverleners worden in kaart gebracht door een niet-gestandaardiseerde, gevalideerde vragenlijst, volgens Miller-Rollnick, om te peilen naar attitude en gedrag om de perceptie (i.v.m. *confidence, self efficacy*) te analyseren bij de hulpverlener.
Na de literatuurstudie wordt besloten om zoveel mogelijk eenvoudige vragen te formuleren, visueel materiaal te gebruiken. Er wordt rekening gehouden met de zorgstandaarden bij obesitas. De betrokken hulpverleners krijgen uitleg over het obesitasconsult, de instructiebundel, het eet- en bewegingsdagboek en de motivatiecirkel volgens Prochaska en DiClemente.

Tijdens het eerste contactmoment met de patiënt wordt hij of zij attent gemaakt op de noodzaak tot gewichtsreductie en aanpassing van levensstijlaanpassingen tijdens het uitleggen van het beleid rond de aangehaalde klacht(en) of in het kader van preventie, dit kan door doorverwijzing naar een volgend consult om aan het programma (de studie) te beginnen; een nieuwe afspraak wordt ingepland bij akkoord van de patiënt. Het informatie- en toestemmingsformulier wordt overlopen door de arts-onderzoeker en ondertekend.

Tijdens de intake, bij verpleegkundige of arts, worden actieve diagnosen en medicaties gecontroleerd. Er vindt een meting van de parameters plaats (gewicht, lengte, buikomtrek, bloeddruk) en obesitas geassocieerde klachten en algemene aspecten rond de huidige levensgewoonten worden bevraagd aan de hand van een sjabloon in het programma van de elektronische medische dossiers (specifiek hier: CareConnect). Het visuele eet- en bewegingsdagboek wordt uitgelegd op basis van elementen uit de voedings- en bewegingsdriehoek met een instructiebundel die de patiënt tijdens dit consult meekrijgt. Indien er nog geen inschatting mogelijk is van het cardiovasculaire risico, wordt een bloedonderzoek ingepland op het einde van dit contactmoment. De arts bepaalt welke onderzoeken belangrijk zijn voor de patiënt. Hierbij wordt minstens nuchtere glycemie en lipidenprofiel aangevraagd. Een vervolgconsult wordt ingepland bij de arts of verpleegkundige, 1 week na de introductie van het eet- en bewegingsdagboek. Er wordt op het einde van het consult nog eens benadrukt dat de patiënt tijdens het vervolgconsult het ingevulde eet- en bewegingsdagboek meebrengt.

De resultaten van het bloedonderzoek worden besproken met de arts. De patiënt belt hiervoor tijdens het telefonisch halfuurtje of bespreekt dit tijdens een consult.

Ter voorbereiding van het eerste vervolgconsult, door de arts of verpleegkundige, worden gegevens uit de intake bekeken om reeds een idee te krijgen over de patiënt en diens noden. Tijdens het consult worden de parameters gemeten en wordt het eet- en bewegingsdagboek besproken en gecorrigeerd. Subjectieve verbetering van de initiële obesitas geassocieerde klachten wordt bevraagd. De principes van motivationele gespreksvoering worden zo goed mogelijk nagestreefd. Succes wordt bekrachtigd en nieuwe doelen worden opgesteld samen met de patiënt en op papier meegegeven in korte kernwoorden. Elementen rond motivatie, kennis en inzicht worden na het consult aan het dossier toegevoegd a.d.h.v. het sjabloon voor vervolgconsulten. Een nieuwe afspraak wordt gemaakt voor over ongeveer 1 week.

Bij annulatie of niet komen opdagen wordt de patiënt opgebeld om te vertellen dat we hebben gemerkt dat de afspraak is geannuleerd of de patiënt niet is gekomen en of de patiënt een nieuwe afspraak wenst.

Het tweede en de volgende vervolgconsulten zijn telkens 1 week later en volgen hetzelfde stramien. De hulpverlener bepaalt of en wanneer er meer tijd kan gehouden worden tussen de consulten afhankelijk van kennis en inzicht rond een gezonde levensstijl en motivatie van de patiënt.

*Bijlage 8) Gunstig advies Ethisch Comité*

ETHISCH COMITE

Prof. Dr Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Katrien Bombeke
Skills Lab - UAntwerpen

Mrs Yasemin Yüksel
Huisarts-in-opleiding

## Project titel: Cultuursensitieve implementatie van levensstijlaanpassingen bij obesitas: een kwaliteitsverbeterend project.

Project ID 3312 - Edge n/a - BUN B3002023000061

Datum: 27/03/2023

## DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 27/03/2023

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

| Document Type | File Name | Date | Version |
|---|---|---|---|
| Accompanying letter | Accompanying letter-signed | 01/11/2022 | 1 |
| CV | CV Yasemin Yüksel-signed | 01/11/2022 | 1 |
| GCP | GCPattest2022 Yasemin Yüksel | 11/11/2022 | 1 |
| Other | Vragenlijst-hulpverleners | 29/11/2022 | 1 |
| Insurance | Attest_BA_n_experimenten_2023 | 04/02/2023 | 2 |
| GCP | GCP-Bombeke K.04022023 | 04/02/2023 | 1 |
| CV | CV_Bombeke K._2022 | 04/02/2023 | 1 |
| Diary | Dagboek-04022023 | 04/02/2023 | 3 |
| Other | Instructies-dagboek-04022023 | 04/02/2023 | 3 |
| Other | Motivatie-07022023 | 07/02/2023 | 1 |
| Other | Intake-sjabloon | 07/02/2023 | 1 |
| Other | Vervolgconsult-sjabloon | 07/02/2023 | 1 |
| ICF | Informedconsent | 20/03/2023 | 3 |
| ICF | Informedconsent-tracked | 20/03/2023 | 3 |
| Protocol | PROTOCOL | 21/03/2023 | 2 |
| Protocol | PROTOCOL tracked | 21/03/2023 | 2 |

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen cc.FAGG -

Research & development departement, Galileelaan 5/03,

1210 Brussel

| Meeting Attendee Full Name | Meeting Attendee Qualifications |
|---|---|
| Prof. Dr. Bettina Blaumeiser | Physician |
| Emeritus Professor Hilde Bortier | MD, PhD |
| Mrs Sarah Claes | Staffmember Research Dept. UAntwerpen |
| Prof. Dr. Patrick Cras | Vice-Chair, Physician |
| dr Elyne De Baetselier | Nurse |
| Ms Ingrid De Meester | Pharmacologist |
| Professor Francois Eyskens | Physician |
| Ms Lina Fierens | Nurse |
| Ms Kristien Hens | Philosopher |
| Mr Kris Ides | Physiotherapist |
| Prof. Dr. Greet Ieven | Vice-Chair, Physician |
| Mr. Daan Kenis | Pharmacist |
| Dr Leon Luyten | Physician |
| Ms Barbara Michiels | General Practitioner |
| Mr Peter Michielsen | Chair, Physician |
| Ms Inge Michielsens | Legal |
| Mr Pieter Moons | Coordinator Bio- and Human Tissue bank |
| Mr Bernard Paelinck | Physician |
| Mr. Michaël Pössel | Healthy volunteer phase 1 |
| Ms Veerle Schoeters | Nurse |
| Mr. Kris Smulders | Nurse |
| Mr Jan Van den Brande | Physician |
| Mr Filip Van den Eede | Physician |
| Mr Pieter Van Dyck | Physician |
| Mr Guy Van Honste | Patient Representative |
| Ms Dominique Van Praag | Psychologist |
| Mr. Yves Vandermotten | Healthy volunteer phase 1 |
| Mr Thierry Vansweevelt | Legal |
| Dr Michiel Voeten | Physician |
| Ms Griet Wyers | Pharmacist |

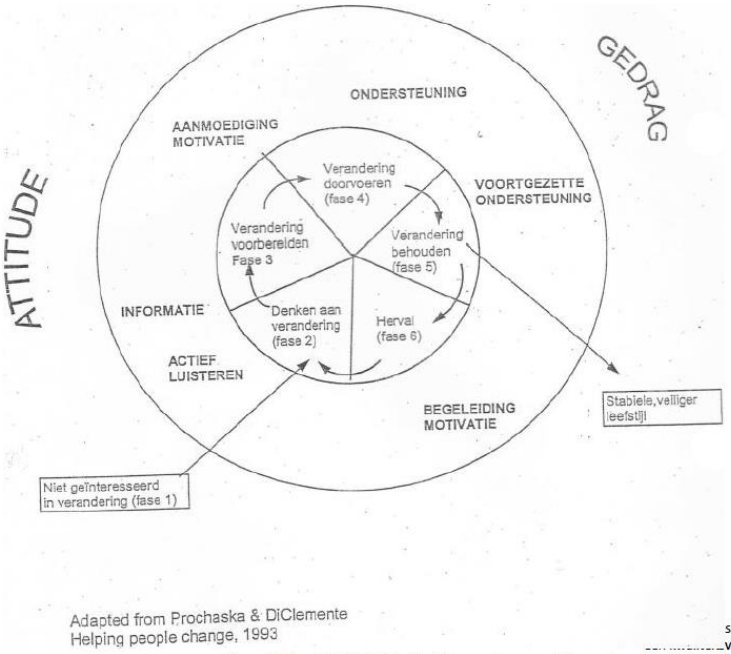
## *Bijlage 9) Motivatiebundeltje*

Model van gedragsverandering (Prochaska)

| Fase | 1<br>PRECONTEMPLATIE | 2<br>CONTEMPLATIE | 3<br>PREPARATIE | 4<br>ACTIE | 5<br>CONSOLIDATIE | 6<br>HERVAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Geen interesse in verandering | Denken aan verandering | Verandering voorbereiden | Verandering doorvoeren | Verandering behouden | |
| **Duur** | jaren | > 1 md ; < 6 md | < 1 md | < 6 md | > 6 md | Jaren (meestal < 5 j) |
| **Gedrag** | → Bewust worden | → Keuze, beslissing | → Strategie, plan uitkiezen | → Plan uitvoeren | Nieuwe vaardigheden | |
| **Hulp** | 'Ontkenning'<br><br>Bereidheid?<br>Weerstanden?<br><br>Bewust maken<br><br>Kennis<br>"Wat is volgens u … ?"<br><br>Empathie: luisteren, samenvatten, doorvragen.<br><br>Niet oordelen! | 'Struggle'<br><br>Beslissingsbalans + en – Van eigen gedrag & van nieuw gedrag<br><br>Info geven (folder, brochure) | Plan opstellen:<br>Oplossingen voor hindernissen<br>Beloningen<br><br>"Contract" (concreet gedrag; datum en methode)<br><br>Aanmoedigen<br><br>Wat bij mislukken? | Bekrachtigen !!<br>Sociale steun?<br>Beloning<br>Stimuluscontrole<br>Tegenconditioneren<br><br>Ondersteunen | Blijven bekrachtigen<br><br>Zichzelf blijven belonen<br><br>Verder ondersteunen | Oorzaken bespreken<br><br>Relativeren<br><br>Gebruiken als leermoment:<br>- Rood licht?<br>- Realistische doelstellingen<br>- Omgevingsfactoren<br>- Sociale steun |
| **Bv.** | "Wat is volgens u …?" | "Goh, ik weet niet goed. Eventueel wel ja" | "Ik wil veranderen maar ik weet niet hoe!" – "Welke opties ziet u zelf?" | | Doel behaald | |

| | Fase | Voorbeelden |
|---|---|---|
| 1 | Precontemplatie | De patiënt overweegt geen verandering. Hij ziet zijn gedrag niet als een probleem.<br><br>**Weerstand tegen verandering**<br>• Ontkenning/minimalisering: Bv. "Ik wordt dik van water"<br>• Rationalisatie: Bv. "Mijn grootvader rookte en werd 102"<br>• Projecteren: Bv. "Mijn ouders zijn allebei dik"<br>• Externaliseren: Bv. "Mijn vrouw rookt, dus ik kan niet stoppen."<br>• Internaliseren: Bv. "Ik ben een nul, ik kan dat niet" |
| 2 | Contemplatie | Patiënt is van plan om te veranderen maar niet nu. Er is een grote ambivalentie t.o.v. verandering. Wacht op informatie om te beslissen.<br><br>Voorbeeld beslissingsbalans<br>**Fysieke activiteit**<br>Voordelen: 1. Sociale contacten; 2. Plezier; 3. Competitie; 4. Gezondheid; 5. Uiterlijk; 6. Psychische voordelen<br>Nadelen: 1. Tijd; 2. Prijs; 3. Inspanning |
| 3 | Preparatie | Patiënt bereidt de verandering voor.<br><br>Voorbeeld van een plan<br>Doelstelling: 2 stuks fruit per dag eten<br>Hindernis: 1. Geen fruit meer in huis op einde van de week; 2. Wordt platgedrukt; 3. Vuile handen bij eten<br>Mogelijke oplossing: 1. Voldoende fruit kopen dat niet te snel rot; 2. Fruit in tupperware-doosje bewaren; 3. Handen wassen in WC, handdoek voorzien |
| 4 | Actie | Patiënt maakt specifieke veranderingen in levensstijl. Een zeer onstabiele fase. |
| 5 | Consolidatie | Nieuw gedrag krijgt plaats in het leven van de persoon. Dé uitdaging is de lange termijn. |
| 6 | Herval | Herval is eerder regel dan uitzondering.<br><br>Situaties die hoge kans tot terugval inhouden:<br>1. Situaties van emotioneel onbehagen (= waarin men zich niet goed voelt, kwaad, angstig, depressief, eenzaam)<br>2. Positieve sociale situaties (een leuke avond op café…)<br>3. Momenten van hevig verlangen naar het oude gedrag (afkickverschijnselen) |





**Motiveren: valkuilen & tips**

Sluit aan bij de patiënt

- Hulpvraag
- Wat weet/wil hij al? Waar in de cirkel?
- Zelf balans laten opmaken, + en – van oude én nieuwe gedrag
- 'Info-zoeker' of '-vermijder'?
- Zelf oplossingen laten zoeken, dan pas aanvullen

Werk dus interactief:

- Korte stukjes info
- Controleren of info overkomt/aansluit
- Daarmee patiënt uitnodigen deel te nemen aan het gesprek

Vermijd:

- 'Moeten' => Formuleer in keuzes
- Dreigen, angst, overdrijven => Formuleer concrete, objectieve gevolgen

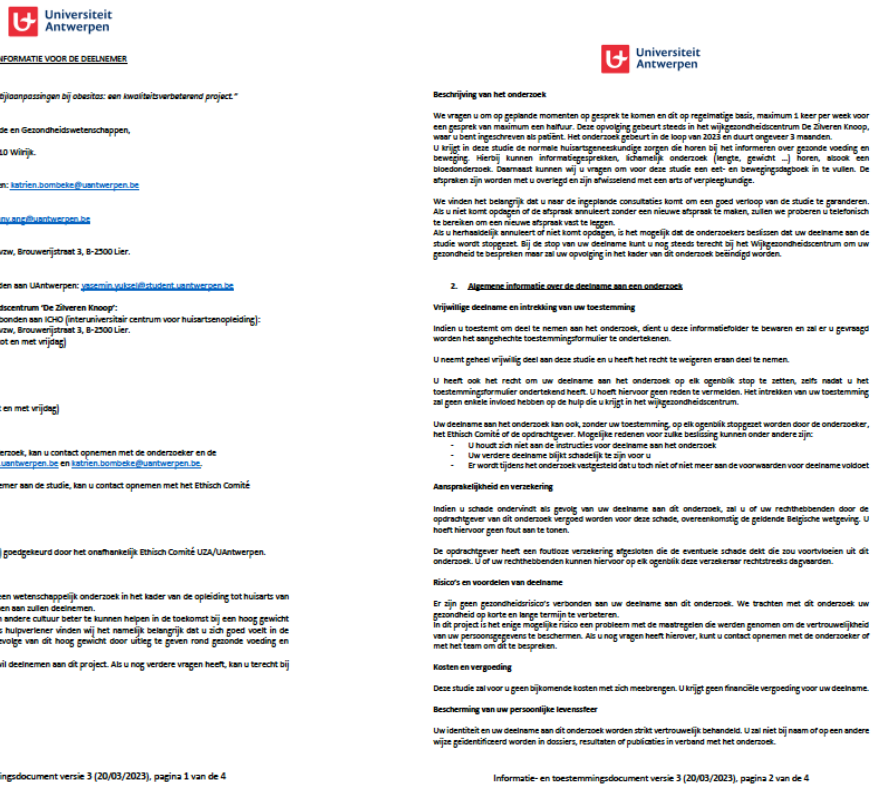
Formuleer concrete, haalbare stapjes

Concretiseer de follow-up

Neem het niet op je nek

- Je bent veratwoordelijk voor het proces, niet voor het resultaat
- Accepteer als de patiënt niet wil, behoud de relatie, om gevolgen op te volgen

# *Bijlage 10) Informatie- en toestemmingsformulier*



Universiteit Antwerpen

INFORMATIE VOOR DE DEELNEMER

**Titel van het onderzoek:**
*"Cultuursensitieve implementatie van levensstijlaanpassingen bij obesitas: een kwaliteitsverbeterend project."*

**Opdrachtgever van het onderzoek:**
Universiteit Antwerpen, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen,
Master-na-master Huisartsgeneeskunde.
Campus Drie Eiken, Universiteitsplein 1, B-2610 Wilrijk.

**Promotor (hoofdonderzoeker):**
Katrien Bombeke, verbonden aan UAntwerpen: katrien.bombeke@uantwerpen.be

**Co-promotor:**
Winny Ang, verbonden aan UAntwerpen: winny.ang@uantwerpen.be

**Onderzoeksinstelling:**
Wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop vzw, Brouwerijstraat 3, B-2500 Lier.

**Plaatselijke arts-onderzoeker:**
Yasemin Yüksel, huisarts-in-opleiding verbonden aan UAntwerpen: yasemin.yuksel@student.uantwerpen.be

**Beheerder patiëntendossiers wijkgezondheidscentrum 'De Zilveren Knoop':**
Greta Foerts, huisarts en praktijkopleider verbonden aan ICHO (interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding):
Wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop vzw, Brouwerijstraat 3, B-2500 Lier.
Tel. 03 298 29 20 (8.30-19 uur van maandag tot en met vrijdag)
info@dezilverenknoop.be

**Commissie voor Medische Ethiek:**
Ethisch Comité UZA/UAntwerpen
UZA, Wilrijkstraat 10, B-2650 Edegem.
Tel. 03 821 38 97 (10-12 uur van maandag tot en met vrijdag)
Ethisch.comite@uza.be

**Contactpersonen voor informatie:**
Als u bijkomende informatie wil over het onderzoek, kan u contact opnemen met de onderzoeker en de hoofdonderzoeker: yasemin.yuksel@student.uantwerpen.be en katrien.bombeke@uantwerpen.be.

Als u vragen heeft rond uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met het Ethisch Comité UZA/UAntwerpen.

1. **Studiespecifieke inlichtingen**

Dit onderzoek werd op ..... (datum) goedgekeurd door het onafhankelijk Ethisch Comité UZA/UAntwerpen.

**Doel van het onderzoek**

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek in het kader van de opleiding tot huisarts van dr. Yasemin Yüksel waar maximum 10 personen aan zullen deelnemen.
Deze studie heeft tot doel patiënten met een andere cultuur beter te kunnen helpen in de toekomst bij een hoog gewicht bij het verbeteren van levensgewoonten. Als hulpverlener vinden wij het namelijk belangrijk dat u zich goed voelt in de toekomst en geen ziekten ontwikkelt ten gevolge van dit hoog gewicht door uitleg te geven rond gezonde voeding en beweging.
Wij willen u informeren voordat u kiest of u wil deelnemen aan dit project. Als u nog verdere vragen heeft, kan u terecht bij de arts-onderzoeker, dr. Yasemin Yüksel.





Universiteit Antwerpen

**Beschrijving van het onderzoek**

We vragen u om op geplande momenten op gesprek te komen en dit op regelmatige basis, maximum 1 keer per week voor een gesprek van maximum een halfuur. Deze opvolging gebeurt steeds in het wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop, waar u bent ingeschreven als patiënt. Het onderzoek gebeurt in de loop van 2023 en duurt ongeveer 3 maanden.
U krijgt in deze studie de normale huisartsgeneeskundige zorgen die horen bij het informeren over gezonde voeding en beweging. Hierbij kunnen informatiegesprekken, schamelijk onderzoek (lengte, gewicht ...) horen, alsook een bloedonderzoek. Daarnaast kunnen wij u vragen om voor deze studie een eet- en bewegingsdagboek in te vullen. De afspraken zijn worden met u overlegd en zijn afwisselend met een arts of verpleegkundige.

We vinden het belangrijk dat u naar de ingeplande consultaties komt om een goed verloop van de studie te garanderen. Als u niet komt opdagen of de afspraak annuleert zonder een nieuwe afspraak te maken, zullen we proberen u telefonisch te bereiken om een nieuwe afspraak vast te leggen.
Als u herhaaldelijk annuleert of niet komt opdagen, is het mogelijk dat de onderzoekers beslissen dat uw deelname aan de studie wordt stopgezet. Bij de stop van uw deelname kunt u nog steeds terecht bij het Wijkgezondheidscentrum om uw gezondheid te bespreken maar zal uw opvolging in het kader van dit onderzoek beëindigd worden.

2. **Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek**

**Vrijwillige deelname en intrekking van uw toestemming**

Indien u toestemt om deel te nemen aan het onderzoek, dient u deze informatiefolder te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u heeft het recht te weigeren eraan deel te nemen.

U heeft ook het recht om uw deelname aan het onderzoek op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft hiervoor geen reden te vermelden. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkele invloed hebben op de hulp die u krijgt in het wijkgezondheidscentrum.

Uw deelname aan het onderzoek kan ook, zonder uw toestemming, op elk ogenblik stopgezet worden door de onderzoeker, het Ethisch Comité of de opdrachtgever. Mogelijke redenen voor zulke beslissing kunnen onder andere zijn:
- U houdt zich niet aan de instructies voor deelname aan het onderzoek
- Uw verdere deelname blijkt schadelijk te zijn voor u
- Er wordt tijdens het onderzoek vastgesteld dat u toch niet of niet meer aan de voorwaarden voor deelname voldoet

**Aansprakelijkheid en verzekering**

Indien u 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 die de eventuele schade dekt die zou voortvloeien uit dit onderzoek. U of uw rechthebbenden kunnen hiervoor op elk ogenblik deze verzekeraar rechtstreeks dagvaarden.

**Risico's en voordelen van deelname**

Er zijn geen gezondheidsrisico's verbonden aan uw deelname aan dit onderzoek. We trachten met dit onderzoek uw gezondheid op korte en lange termijn te verbeteren.
In dit project is het enige mogelijke risico een probleem met de maatregelen die werden genomen om de vertrouwelijkheid van uw persoonsgegevens te beschermen. Als u nog vragen heeft hierover, kunt u contact opnemen met de onderzoeker of met het team om dit te bespreken.

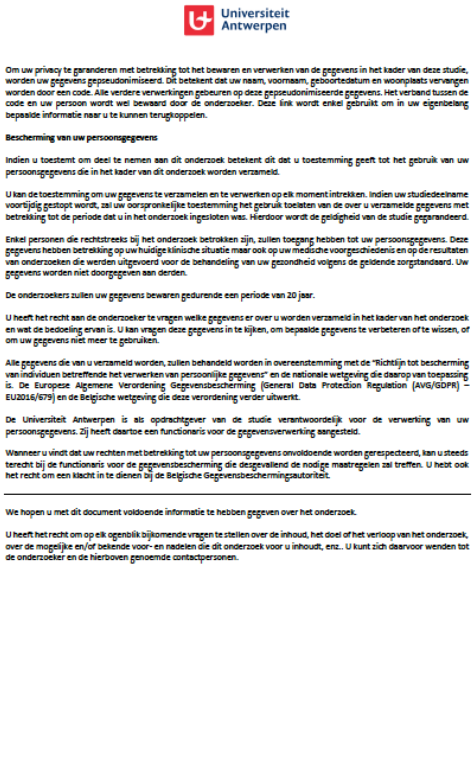
**Kosten en vergoeding**

Deze studie zal voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen. U krijgt geen financiële vergoeding voor uw deelname.

**Bescherming van uw persoonlijke levenssfeer**

Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zal niet bij naam of op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met het onderzoek.





Universiteit Antwerpen

Om uw privacy te garanderen met betrekking tot het bewaren en verwerken van de gegevens in het kader van deze studie, worden uw gegevens gepseudonimiseerd. Dit betekent dat uw naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats vervangen worden door een code. Alle verdere verwerkingen gebeuren op deze gepseudonimiseerde gegevens. Het verband tussen de code en uw persoon wordt wel bewaard door de onderzoeker. Deze link wordt enkel gebruikt om in uw eigenbelang bepaalde informatie naar u te kunnen terugkoppelen.

**Bescherming van uw persoonsgegevens**

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek betekent dit dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw persoonsgegevens die in het kader van dit onderzoek worden verzameld.

U kan de toestemming om uw gegevens te verzamelen en te verwerken op elk moment intrekken. Indien uw studiedeelname voortijdig gestopt wordt, zal uw doorsnonkelijke toestemming het gebruik toelaten van de over u verzamelde gegevens met betrekking tot de periode dat u in het onderzoek ingesloten was. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd.

Enkel personen die rechtstreeks bij het onderzoek betrokken zijn, zullen toegang hebben tot uw persoonsgegevens. Deze gegevens hebben betrekking op uw huidige klinische situatie maar ook op uw medische voorgeschiedenis en op de resultaten van onderzoeken die werden uitgevoerd voor de behandeling van uw gezondheid volgens de geldende zorgstandaard. Uw gegevens worden niet doorgegeven aan derden.

De onderzoekers zullen uw gegevens bewaren gedurende een periode van 20 jaar.

U heeft het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van het onderzoek en wat de bedoeling ervan is. U kan vragen deze gegevens in te kijken, om bepaalde gegevens te verbeteren of te wissen, of om uw gegevens niet meer te gebruiken.

Alle gegevens die van u verzameld worden, zullen behandeld worden in overeenstemming met de "Richtlijn tot bescherming van individuen betreffende het verwerken van persoonlijke gegevens" en de nationale wetgeving die daarop van toepassing is. De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (General Data Protection Regulation (AVG/GDPR) – EU2016/679) en de Belgische wetgeving die deze verordening verder uitwerkt.

De Universiteit Antwerpen is als opdrachtgever van de studie verantwoordelijk voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Zij heeft daartoe een functionaris voor de gegevensverwerking aangesteld.

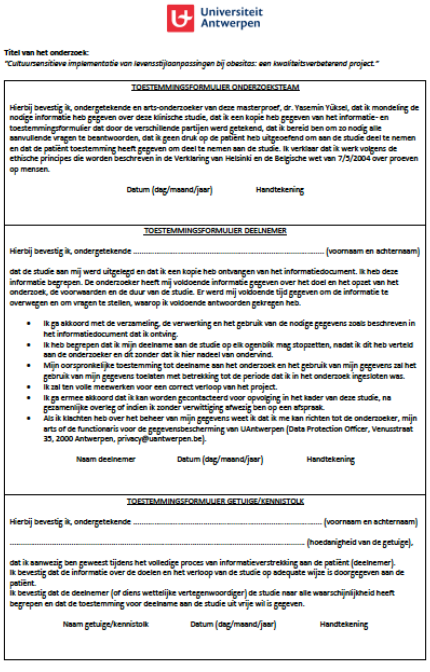
Wanneer u vindt dat uw rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens onvoldoende worden gerespecteerd, kan u steeds terecht bij de functionaris voor de gegevensbescherming die desgevallend de nodige maatregelen zal treffen. U hebt ook het recht om een klacht in te dienen bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit.

---

We hopen u met dit document voldoende informatie te hebben gegeven over het onderzoek.

U heeft het recht om op elk ogenblik bijkomende vragen te stellen over de inhoud, het doel of het verloop van het onderzoek, over de mogelijke en/of bekende voor- en nadelen die dit onderzoek voor u inhoudt, enz.. U kunt zich daarvoor wenden tot de onderzoeker en de hierboven genoemde contactpersonen.





Universiteit Antwerpen

**Titel van het onderzoek:**
*"Cultuursensitieve implementatie van levensstijlaanpassingen bij obesitas: een kwaliteitsverbeterend project."*

TOESTEMMINGSFORMULIER ONDERZOEKSTEAM

Hierbij bevestig ik, ondergetekende en arts-onderzoeker van deze masterproef, dr. Yasemin Yüksel, dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden, dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen en dat de patiënt toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan de studie. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

Datum (dag/maand/jaar) Handtekening

TOESTEMMINGSFORMULIER DEELNEMER

Hierbij bevestig ik, ondergetekende ..... (voornaam en achternaam)

dat de studie aan mij werd uitgelegd en dat ik een kopie heb ontvangen van het informatiedocument. Ik heb deze informatie begrepen. De onderzoeker heeft mij voldoende informatie gegeven over het doel en het opzet van het onderzoek, de voorwaarden en de duur van de studie. Er werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik voldoende antwoorden gekregen heb.

- Ik ga akkoord met de verzameling, de verwerking en het gebruik van de nodige gegevens zoals beschreven in het informatiedocument dat ik ontving.
- Ik heb begrepen dat ik mijn deelname aan de studie op elk ogenblik mag stopzetten, nadat ik dit heb verteld aan de onderzoeker en dit zonder dat ik hier nadeel van ondervind.
- Mijn doorsnonkelijke toestemming tot deelname aan het onderzoek en het gebruik van mijn gegevens zal het gebruik van mijn gegevens toelaten met betrekking tot de periode dat ik in het onderzoek ingesloten was.
- Ik zal ten volle meewerken voor een correct verloop van het project.
- Ik ga ermee akkoord dat ik kan worden gecontacteerd voor opvolging in het kader van deze studie, na gezamenlijke overleg of indien ik zonder verwittiging afwezig ben op een afspraak.
- Als ik klachten heb over het beheer van mijn gegevens weet ik dat ik me kan richten tot de onderzoeker, mijn arts of de functionaris voor de gegevensbescherming van UAntwerpen (Data Protection Officer, Venusstraat 35, 2000 Antwerpen, privacy@uantwerpen.be).

Naam deelnemer Datum (dag/maand/jaar) Handtekening

TOESTEMMINGSFORMULIER GETUIGE/KENNISTOLK

Hierbij bevestig ik, ondergetekende ..... (voornaam en achternaam)

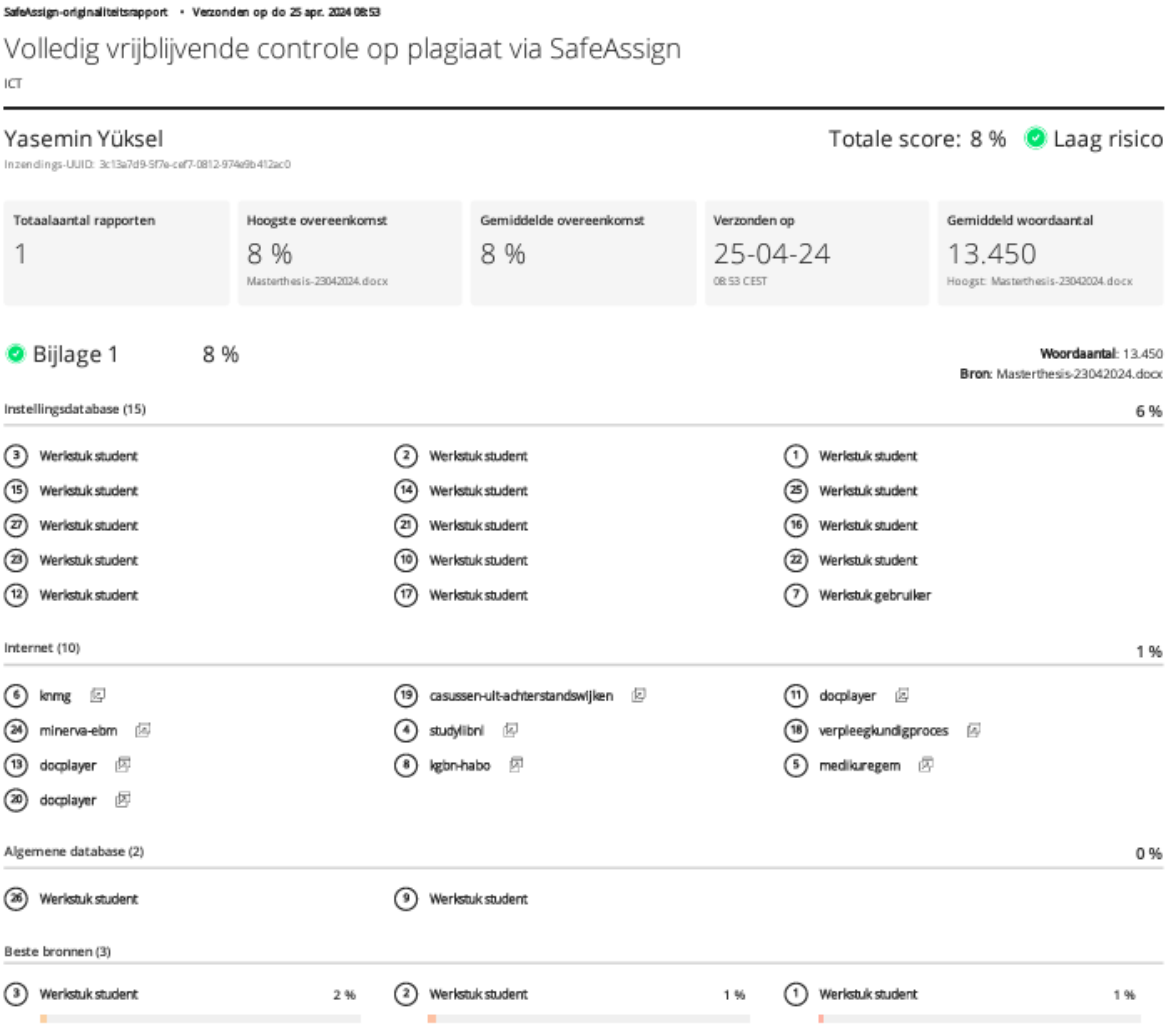
..... (hoedanigheid van de getuige),

dat ik aanwezig ben geweest tijdens het volledige proces van informatieverstrekking aan de patiënt (deelnemer).
Ik bevestig dat de informatie over de doelen en het verloop van de studie op adequate wijze is doorgegeven aan de patiënt.
Ik bevestig dat de deelnemer (of diens wettelijke vertegenwoordiger) de studie naar alle waarschijnlijkheid heeft begrepen en dat de toestemming voor deelname aan de studie uit vrije wil is gegeven.

Naam getuige/kennistolk Datum (dag/maand/jaar) Handtekening

## *Bijlage 11) Plagiaatrapport*

*Bevestigingsnummer: 8554f1eb991343c1be342485a7580023*
*Inzendings-UUID: 3c13a7d9-5f7e-cef7-0812-974e9b412ac0*



SafeAssign-originaliteitsrapport • Verzonden op do 25 apr. 2024 08:53

Volledig vrijblijvende controle op plagiaat via SafeAssign

ICT

Yasemin Yüksel

Inzendings-UUID: 3c13a7d9-5f7e-cef7-0812-974e9b412ac0

Totale score: 8 % Laag risico

| Totaalaantal rapporten | Hoogste overeenkomst | Gemiddelde overeenkomst | Verzonden op | Gemiddeld woordaantal |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 % Masterthesis-23042024.docx | 8 % | 25-04-24 08:53 CEST | 13.450 Hoogst: Masterthesis-23042024.docx |

Bijlage 1 8 %

**Woordaantal:** 13.450
**Bron:** Masterthesis-23042024.docx

Instellingsdatabase (15) 6 %

| | | |
|---|---|---|
| 3 Werkstuk student | 2 Werkstuk student | 1 Werkstuk student |
| 15 Werkstuk student | 14 Werkstuk student | 25 Werkstuk student |
| 27 Werkstuk student | 21 Werkstuk student | 16 Werkstuk student |
| 23 Werkstuk student | 10 Werkstuk student | 22 Werkstuk student |
| 12 Werkstuk student | 17 Werkstuk student | 7 Werkstuk gebruiker |

Internet (10) 1 %

| | | |
|---|---|---|
| 6 knmg | 19 casussen-ult-achterstandswijken | 11 docplayer |
| 24 minerva-ebm | 4 studylibnl | 18 verpleegkundigproces |
| 13 docplayer | 8 kgbn-habo | 5 medikuregem |
| 20 docplayer | | |

Algemene database (2) 0 %

| | |
|---|---|
| 26 Werkstuk student | 9 Werkstuk student |

Beste bronnen (3)

| | | |
|---|---|---|
| 3 Werkstuk student 2 % | 2 Werkstuk student 1 % | 1 Werkstuk student 1 % |