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

Dr. Jana Michielsen, Universiteit Gent

Promotor: prof. dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

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 i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Inleiding

Obesitas wordt te weinig gediagnosticeerd en behandeld in de huisartsenpraktijk. Hierdoor wordt een waardevolle kans gemist de gezondheid van veel obese patiënten te verbeteren. Huisartsen ervaren barrières om zich hiervoor in te zetten. Patiënten rapporteren dat ze verwachten dat hun huisarts hen begeleidt naar een goede levensstijl en ze geven ook aan dat ze verwachten dat hun huisarts een gesprek over gewicht initieert aangezien zij hierover zelf ook een aantal barrières ondervinden. Uit literatuur blijkt dat een korte interventie over obesitaszorg in de eerste lijn voor een vijfvoudige toename zou kunnen zorgen van patiënten die zich engageren voor gewichtsverlies. Er wordt daarom in deze thesis onderzocht hoe een korte obesitasinterventie kan geïmplementeerd worden in de dagelijkse praktijkvoering van de huisarts. Daarnaast wordt onderzocht of de arts hiermee een tijdsefficiënte inspanning levert en of patiënten een korte obesitasinterventie als stigmatiserend ervaren.

Literatuurstudie

In de literatuurstudie van 26 artikels wordt onderzocht welk effect een korte obesitasinterventie bij actieve volwassenen tussen 18 en 65 jaar met een BMI tussen 30.0-39.9kg/m^2 heeft in de huisartsenpraktijk. Het verloop en de resultaten van vijf heterogene interventionele studies wordt beschreven. In geen enkele studie wordt de inhoud van een volledige interventie beschreven. Echter wordt in verschillende richtlijnen het 5A-model voor obesitaszorg, dat ontwikkeld werd door het “Canadian Obesity Network”, gepromoot als korte interventie voor obesitaszorg. Dit is een gestructureerde interventie die motivationeel interviewen combineert met gedragsbegeleiding. Dit model werd gebruikt als leidraad voor het veldonderzoek.

Veldonderzoek

In het veldonderzoek wordt een antwoord gezocht op de vraag hoe de aanpak van obesitas in de huisartsenpraktijk kan verbeterd worden. Er wordt ook aandacht gegeven aan de redenen waarom patiënten met obesitas zelden een gesprek met hun huisarts initiëren over hun gewicht; hoe patiënten reageren op de uitnodiging om rond hun gewicht te werken; hoeveel tijd een korte obesitasinterventie gemiddeld in beslag neemt; of patiënten een korte obesitasinterventie als stigmatiserend ervaren en hoe een korte obesitasinterventie ontvangen wordt bij artsen en patiënten.

Het veldonderzoek wordt uitgewerkt door middel van de “FOCUS-PDCA cyclus”. Het 5A-model voor obesitaszorg werd vertaald naar een script dat werd aangevuld met evidence-based levensstijladviezen en tools om motivationele gesprektechnieken in het script te implementeren. In het veldonderzoek werden tien patiënten geïncludeerd. Patiënten volgden vijf obesitasraadplegingen die geleid worden door de HAIO binnen een periode van zes maanden waarin zij gepersonaliseerd advies kregen op vlak van voeding, beweging en gedrag.

Resultaten

Het motivatiestadium volgens Prochanska en Diclemente werd voor en na de interventie vergeleken. Het motivatiestadium van de twee patiënten die bij aanvang aangaven in de 'beslissingsfase' te zitten, veranderde naar dat van de 'actiefase'. Zeven patiënten die oorspronkelijk aangaven al in de 'actiefase' te zitten, gaven na afloop opnieuw aan in diezelfde fase te zitten. Slecht één patiënte die oorspronkelijk zich in de actiefase bevond, gaf aan zich na afloop eerder in de 'beslissingsfase' te bevinden.

Elke patiënt bleek na afloop van de interventie afgevallen te zijn. Het gemiddeld BMI zakte van 35.1kg/m^2 (30.2 – 38.4) naar 33.5 kg/m^2 (28.1 – 36.9). Het gemiddeld gewichtsverlies was 4.8kg (0.4 – 8.4).

Slechts twee van de vijf raadplegingen duurden gemiddeld minder dan 15 minuten.

Uit een vragenlijst die patiënten invulden na de vijfde obesitasraadpleging lijkt de interventie een grotere invloed te hebben op het zelfvertrouwen om de levensstijl te kunnen veranderen, dan op de motivatie op de levensstijl te veranderen (deze was echter bij aanvang van het veldonderzoek gemiddeld zeer hoog). Negentig procent van de geïncludeerde patiënten vindt het een goed idee dat huisartsen dit soort raadplegingen zouden aanbieden in hun dagdagelijks praktijkvoering. Echter geeft 80% aan dat ze deze raadplegingen ook zouden willen volgen als deze zouden worden aangeboden door een diëtist, kinesist, apotheker of getrainde praktijkverpleegkundige. Geen enkel van de geïncludeerde patiënten ervaarde de raadplegingen als stigmatiserend en allen gaven zij aan dat zij na het doorlopen van de vijf raadplegingen hun levensstijl hadden verbeterd. Negentig procent van de patiënten gaven aan de raadplegingen te willen blijven volgen, ondanks deze nu niet meer gratis zouden worden aangeboden.

De HAIO ervaarde de obesitasraadplegingen als aangenaam, maar vond ze wel zeer arbeidsintensief. Patiënten verwachtten van haar vooral een coachende rol, wat haar deed reflecteren over of dat deze raadplegingen ook door een paramedicus zou kunnen uitgevoerd worden. Het veldonderzoek zorgde ervoor dat ze na afloop vlotter gesprekken over gewicht initieerde met nieuwe patiënten en hierover minder schroom ervaarde. Ze voelde zich ook meer vertrouwd met motivationele gesprekstechnieken. Daarnaast werd er door alle praktijkmedewerkers sinds de aanvang van het veldonderzoek meer aandacht gegeven aan gewichten te noteren in het elektronisch patiëntendossier.

Aangezien het grote enthousiasme van de patiënten en de mooie resultaten werd besloten het project in de praktijk verder te zetten in samenwerking met de nieuwe VIHP.

Inhoudsopgave

1. INTRODUCTIE 6

STAP 1: FIND 8

2. LITERATUURSTUDIE 9

ONDERZOEKSVRAAG VAN DE LITERATUURSTUDIE 9
METHODOLOGIE VAN DE LITERATUURSTUDIE 9
LITERATUURSTUDIE 12
Interventiestudies 12
5A-model voor obesitaszorg 22

3. VELDONDERZOEK 26

ONDERZOEKSVRAAG VAN HET VELDONDERZOEK 26
TOTSTANDKOMING VAN HET VELDONDERZOEK 26

STAP 2: ORGANISE A MEETING 26

STAP 3: CLARIFY PROBLEM 27

STAP 4: UNDERSTAND PROGRES, VISGRAATANALYSE 28

BARRIÈRES DIE DE ARTSEN VAN DE EERSTE EN TWEEDE OPLEIDINGSPRAKTIJK ERVAREN OM EEN GESPREK OVER OBESITAS TE STARTEN 28
BARRIÈRES BIJ PATIËNTEN 28
FACTOREN GEBONDEN AAN HET ELEKTRONISCH PATIËNTENDOSSIER DIE ERVOOR KUNNEN ZORGEN DAT OBESITASZORG OP DIT MOMENT SUBOPTIMAAL WORDT VERLEEND IN DE HUISARTSENPRAKTIJK 29

STAP 5: START: PDCA-CYCLUS 30

PLAN: 31
DO 34
CHECK: 35
ACT: 35
PLAN 36
DO 37
RESULTATEN VELDONDERZOEK 38
CHECK 39
ACT 44

4. BESLUIT 46

5. BIJLAGEN 47

BIJLAGE 1: SCRIPT 47
Scrips obesitasraadpleging 1: overzicht van versie 1 en versie 2 47
Script obesitasraadpleging 2 - 4 48
Script obesitasraadpleging 5 48
BIJLAGE 2: PSYCHO-EDUCATIE 49
Hoe ontstaat obesitas? 49
Risico's van de huidige gewichtsstatus 49
Voordelen van gewichtsverlies: 49

BIJLAGE 3: AANBEVELINGEN VOOR EEN GEZONDE LEVENSSTIJL 50
Gezonde levensstijl: *50*
Voeding *50*
Beweging *50*
Gedrag *50*
BIJLAGE 4: MOTIVATIESTADIA VAN PROCHANSKA EN DICLEMENTE (7) 51
BIJLAGE 5: VRAGENLIJST NA AFLOOP PATIËNTENONDERZOEK 52

6. REFERENTIELIJST 55

1. Introductie

Obesitas wordt sinds 2013 door de Word Health Organization (WHO) officieel erkend als chronische ziekte (1). Ondanks allerlei aanbevelingen, blijft de prevalentie van obesitas stijgen en vormt obesitas een groeiend probleem in onze Westerse samenleving (1–5). Volgens zelfverklaarde gegevens had 14% van de Belgische volwassenen obesitas in 2013 (2,5–7), terwijl dit in 1997 maar 1% bedroeg volgens de Belgische Gezondheidsenquête (2). Dit percentage blijft desondanks lager dan in de meeste andere EU-landen (het EU-gemiddelde was 16% in 2014) (5).

De gevolgen van obesitas zijn welgekend. Niet alleen is er een verhoogd risico op een aantal lichamelijke aandoeningen (diabetes type II, astma, bepaalde kankers, cardiovasculaire aandoeningen…), ook heeft het een impact op de mentale gezondheid omdat obesitas o.a. is geassocieerd met sociale stigmatisatie (1,3,7,8). Deze complicaties verhogen de mortaliteit, het aantal ziekenhuisopnames en de totale kosten voor de gezondheidszorg (7). Obesitas heeft invloed op de levensverwachting en vermindert de gezonde levensverwachting (9,10). Aandacht voor preventie en aanpak van obesitas zou daarom een belangrijke prioriteit moeten zijn in de dagelijkse artsenpraktijk (11).

De huisarts wordt nagenoeg dagelijks geconfronteerd met problemen van overgewicht en obesitas (6,7). Per duizend consulten in een huisartsenpraktijk zijn er circa twintig direct gerelateerd aan overgewicht (7). De hoge frequentie aan contacten geeft de huisarts de ultieme kans om over gewicht te praten (3,12,13). De huisarts kan een centrale rol spelen bij de identificatie van obesitas (2,3,7,12). Dankzij de registratie van het gewicht en de stijging of daling ervan ten opzichte van vorige meting, ontstaat een goed overzicht van het verloop in de tijd (7). Zo kan de huisarts een sleutelrol innemen in de preventie en behandeling van obesitas (12,14).

Een behandeling van obesitas kan heel wat gezondheidswinst opleveren (3,7). Zo wordt er al een lichamelijk gezondheidsvoordeel en verbetering van levenskwaliteit beschreven na een reductie van 5-10% van het oorspronkelijke gewicht (7,12). Op basis hiervan kan men verwachten dat het mortaliteitsrisico zal dalen (7).

Ondanks de aanbevelingen in richtlijnen wordt in de huisartsenpraktijk dikwijls onvoldoende aandacht besteed aan dit gezondheidsprobleem en wordt obesitas te weinig gediagnosticeerd (3,7,15). Hoewel dat obesitas-gerelateerde morbiditeit vaak wordt aangepakt, blijft obesitas daarnaast op zichzelf ondergedetecteerd en onderbehandeld in de huisartsenpraktijk (1,15). Drie cross-sectionele studies die uitgevoerd zijn in Noord-Amerika en het Verenigd Koninkrijk rapporteren dat slechts 40-42% van de obese volwassenen die in de laatste 12 maanden hun huisarts bezochten, het zich herinneren op hun gewicht aangesproken te zijn (1,16,17). Gegevens hierover in Belgische huisartsenpraktijken werden niet gevonden. Noordman *et al.* toont aan dat slechts de helft van de gesprekken over gewicht in Nederlandse huisartsenpraktijken worden geïnitieerd door de huisarts (18). Volgens Petrin *et al.* wacht 59% van de zorgverleners tot de patiënt zélf zijn gewicht aanbrengt als onderwerp alvorens hierover in gesprek te gaan (19). Dit illustreert de kloof tussen de aanbeveling om als huisarts een actieve rol op te nemen in de detectie en behandeling van obesitas, en de effectieve uitvoering daarvan (3,4,14,15). Door obesitas in de huisartsenpraktijk te weinig te detecteren en behandelen, wordt een waardevolle kans gemist om veel obese patiënten te bereiken en hun gezondheid te verbeteren.

De meerderheid van de huisartsen voelen zich verantwoordelijk voor de obesitaszorg van hun patiënten (3,20). Toch ervaren huisartsen echter barrières om het gesprek over obesitas aan te gaan en zich in te zetten voor de behandeling van deze aandoening:

Zo valt het op dat artsen zich onvoldoende geschoold voelen om het gesprek over obesitas aan te gaan. Daarnaast vinden ze dat ze te weinig kennis en vaardigheden hebben om de behandeling van obesitas degelijk te kunnen begeleiden (1,3,12–14,20). Volgens Mauro *et al.* is deze beperkte kennis één van de grootste barrières om patiënten met obesitas te behandelen (3,21).
Er heerst eveneens een algemeen pessimisme over de effectiviteit van de begeleiding van obese patiënten in de huisartsenpraktijk (12–15). De behandeling van obesitas wordt door huisartsen vaak gezien als een ontmoedigende of zelfs zinloze taak. Deze overtuiging wordt enerzijds gevoed door een algemeen gebrek aan bewezen effectieve interventies om obesitas in de huisartsenpraktijk te behandelen (15). Anderzijds dragen beperkte successen in eigen ervaring met obese patiënten mee tot deze overtuiging (3,4,14).
Veel artsen hebben de perceptie dat obese patiënten niet gemotiveerd zijn om hun levensstijl te veranderen en gaan ervan uit dat ze een gebrek aan therapietrouw bij dieet- en beweegadvies zullen vertonen (1,3,4,15).
In onze cultuur wordt obesitas vaak geïnterpreteerd als een teken van te weinig zelfcontrole. Zorgverleners dragen soms dezelfde overtuiging (1,4,20,22). Schwenke *et al.* toont aan dat Duitse huisartsen het moeilijk vinden om een niet-oordelende houding aan te nemen ten opzichte van obese patiënten, terwijl een stigmatiserende houding mogelijks geassocieerd is met mindere goede kwaliteit van zorg (22).
Daarnaast vermelden verschillende studies dit stigma zélf een barrière kan vormen voor artsen om het gesprek over obesitas aan te gaan. Artsen zijn angstig dat het aanbrengen van dit delicaat onderwerp de arts-patiëntrelatie kan schaden aangezien ze de patiënt niet willen beledigen (1,3,12,14,20). Er ontbreken geschikte training en tools om dit onderwerp efficiënt en niet-stigmatiserend te kunnen bespreken (3,15). Ook ervaren artsen onzekerheid over welke taal en terminologie zij het beste gebruiken in het kader van obesitas (14)**.** Tucker *et al.* raden aan dat zorgpersoneel onderwijs en training krijgt in het niet-veroordelend en niet-stigmatiserend communiceren over obesitas (1). Er bestaat namelijk sterke evidentie dat een goede communicatietechniek tussen artsen en patiënten gelinkt is aan een verbetering van gezondheid en therapietrouw (12).
Hiernaast vermelden verschillende huisartsen dat tijdsgebrek tevens een belangrijke drempel vormt aangezien de patiënt meestal met een aanmeldingsklacht komt die (al dan niet enkel in zijn ogen) niet gerelateerd is met obesitas (1,3,14,15,20).
Het valt op dat artsen zich comfortabeler voelen om te spreken over obesitas wanneer patiënten zich presenteren met een gewichts-gerelateerde aandoening. Wanneer obesitas dan als risicofactor voor deze aandoening kan gezien worden, voelen artsen zich meer gesteund om het gesprek over obesitas te starten (14,20).

Patiënten rapporteren dat ze vertrouwen hebben in hun huisarts en dat ze verwachten dat hun huisarts hen steunt en begeleidt naar een goede levensstijl (3). Patiënten geven aan dat ze graag hebben dat de huisarts obesitas op zijn/haar agenda zet (4), net omdat zij ook barrières ondervinden om zelf het gesprek over obesitas aan te gaan zoals stigma, hoge gezondheidskosten, eerdere slechte ervaringen met zorgverleners, psychosociale redenen, weinig zelfvertrouwen… (3,10).

Ik koos dit onderwerp aangezien ik merk dat er in mijn huidige praktijk weinig obesitaszorg wordt verleend. Zo staat deze aandoening bij veel patiënten niet bij "actieve zorgelementen" en wordt obesitas zelden behandeld. Patiënten boven 50 jaar met co-morbiditeit of patiënten waarbij een hoog cardiovasculair risico wordt gemeten, komen in de praktijk driejaarlijks voor een preventieonderzoek langs. Tijdens dit onderzoek worden ook lengte en gewicht gemeten. Indien een bovengemiddelde BMI wordt gevonden, wordt hier slechts in weinig gevallen écht iets mee gedaan. Er is een praktijkdiëtiste verbonden aan de huisartsenpraktijk. Ik verwees patiënten voor overgewicht of obesitas enkel naar deze diëtiste indien patiënten zelf een hulpvraag rond gewichtsbeheersing hadden. Ikzelf ervaarde veel schroom om patiënten over hun gewicht aan te spreken en wist vaak niet goed welk concreet advies te geven wanneer patiënten me om hulp vroegen. Ik merkte tijdens deze consulten dat ik met de duur van een gewone raadpleging vaak niet toekwam en dat de consultatie hierdoor uitliep. De artsenbarièrres, zoals hierboven opgelijst, herkende ik ook bij het lezen van de literatuur.

Ik las tijdens het maken van deze inleiding dat een korte interventie bij obesitaszorg in de eerste lijn voor een vijfvoudige toename kan zorgen van patiënten die zich engageren tot gewichtsverlies (23). Ik wil onderzoeken of de toepassing van een korte interventie aan een aantal van bovenvermelde artsenbarrières tegemoetkomt. Via een literatuurstudie wens ik duidelijkheid te scheppen over hoe een korte interventie er inhoudelijk moet uitzien. In het praktijkverbeterend project wil ik onderzoeken of een korte interventie zinvol is voor de begeleiding en behandeling van obesitas. Daarnaast wil ik onderzoeken of de huisarts hiermee een tijdsefficiënte inspanning levert.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

"Hoe kan een korte obesitasinterventie geïmplementeerd worden in de dagelijkse praktijkvoering van de huisarts?"

Deze studie heeft tot doel inzicht te krijgen in hoe korte obesitasinterventies kunnen geïmplementeerd worden in de dagdagelijkse huisartsenpraktijkvoering. Daarnaast wordt er onderzocht of dat de arts hiermee een tijdsefficiënte inspanning levert en of dat patiënten een korte obesitasinterventie als stigmatiserend ervaren.

Door het in kaart brengen van de onderzoeksresultaten zou een deel van de kenniskloof die huisartsen ervaren over obesitaszorg overbrugd kunnen worden en zouden, indien deze masterproef een gunstig studieresultaat opleverde, artsen vaker korte obesitasinterventies kunnen implementeren in hun praktijkvoering om zo een meer actieve rol op te nemen in de behandeling van obesitas. Op deze manier hoop ik mijn steentje bij te dragen om een betere kwaliteit van zorg te creëren voor de patiënten en de praktijk.

Deze masterproef volgt de stappen van een kwaliteitsverbeterend project. Hiervoor is gekozen voor het FOCUS-model. In de eerste stap Find is het onderwerp afgelijnd en is het project met literatuur onderbouwd.

Stap 1: FIND

Om de masterproef te onderbouwen is er in de eerste fase een literatuuronderzoek uitgevoerd.

2. Literatuurstudie

Onderzoeksvraag van de literatuurstudie

Voor de literatuurstudie werd er een antwoord gezocht op volgende PICO vraag:

Welk effect heeft een korte interventie over obesitas bij actieve volwassenen tussen 18-65 jaar met een BMI tussen 30.0-39.9 kg/m² in de huisartsenpraktijk? “

- Patient: volwassenen met een BMI 30.0-39.9 kg/m² uit een actieve bevolking van 18-65 jaar die patiënt zijn in een huisartsenpraktijk
- Intervention**:** korte interventie over obesitas door de huisarts
- Comparisson: niets doen
- Outcome**:** positieve gedragsverandering in levensstijl, gewichtsverlies en ingaan op verwijzing naar andere zorgverleners

Methodologie van de literatuurstudie

Voor de literatuurstudie werden via de Cebam Digital Library for Health (CDLH) de elektronische databanken ‘Evidence Linker’, ‘Ebpracticenet’, ‘DynaMed’, ‘Canadian Task Force on Preventive Health Care’, ‘Annals of Internal Medicine’, ‘Cochrane Library - Full Text’, ‘Nederlands Huisartsengenootschap’ en ‘NHS Evidence-NICE Evidence Search’ geraadpleegd. Hier werd gezocht naar artikels op basis van combinaties van volgende vrije tekstwoorden: ‘*Obesitas’, ‘Obesity’, ‘Adult’, ‘Interventie’, ‘Intervention’* en *‘Primary care’.*

In de databank van Medline werden volgende zoektermen als vrije tekstwoorden gebruikt: *‘Intervention’*, ‘*Brief intervention’, ‘Short intervention’* en *‘Minimal intervention’*. Deze termen werden samen gebruikt met een combinatie van volgende MeSH termen, gevonden in de MeSH databank: ‘*Primary Health Care’, ‘Family Practice’, ‘Obesity/therapy’* en *‘Adult*’.

In een eerste schiftingsronde werd op basis van titel gericht gezocht naar artikels die over korte interventies in de huisartsenpraktijk gaan, of naar artikels die de begeleiding van obesitas in de huisartsenpraktijk beschrijven. Er werden op deze manier 299 artikels geselecteerd.

In een tweede schiftingsronde werden, na toepassing van de in- en exclusiecriteria, 68 artikels weerhouden.

De volgende exclusiecriteria werden toegepast:

- Het artikel focust zich op zwangere vrouwen.
- Het artikel focust zich op een niet-Westerse populatie.
- Het artikel focust zich op minderheidsgroepen.
- Het artikel focust zich op korte interventies die digitaal verlopen.
- Het artikel focust zich op bariatrische heelkunde.
- Het artikel focust zich op de farmacologische behandeling van obesitas.

De volgende inclusiecriteria werden tevens toegepast:

- Er is een “full text” beschikbaar van het artikel.
- De studiepopulatie is humaan.
- De taal van het artikel is Engels, Nederlands of Frans.
- Het artikel focust zich op volwassenen met obesitas.

- Het artikel focust zich op de toepassing van korte interventies in de huisartsenpraktijk.
- Het artikel focust zich op obesitaszorg in de huisartsenpraktijk.
- Het artikel is gepubliceerd in de periode 2000-2022.
- Het artikel is volgens IMRED opgebouwd.

Naast deze 68 artikels, werden nog 26 andere manueel gevonden via de referentielijst van artikels die gebruikt zijn voor de introductie (sneeuwbalmethode).
In een derde schiftingsronde werden op basis van de abstract uiteindelijk 26 artikels weerhouden om te gebruiken voor de literatuurstudie van deze masterproef.

De details van deze zoekopdrachten worden in **tabel 1** en **tabel 2** in detail weergegeven.

Tabel 1: Zoekstrategie in databank Medline in detail. Aantal gevonden artikels per zoekopdracht.

Medline (via PubMed)	
(("Primary Health Care"[Mesh]) OR “Family Practice” [Mesh] AND "Obesity/therapy"[Mesh]) AND "Adult"[Mesh]	768
(("Primary Health Care"[Mesh]) OR “Family Practice” [Mesh] AND "Obesity/therapy"[Mesh]) AND "Adult"[Mesh] intervention	622
(("Primary Health Care"[Mesh]) OR “Family Practice” [Mesh] AND "Obesity/therapy"[Mesh]) AND "Adult"[Mesh] brief intervention	30[a] → 20[b] → 19[c]
(("Primary Health Care"[Mesh]) OR “Family Practice” [Mesh] AND "Obesity/therapy"[Mesh]) AND "Adult"[Mesh] short intervention	38[a] → 19[b] → 17[c]
(("Primary Health Care"[Mesh]) OR “Family Practice” [Mesh] AND "Obesity/therapy"[Mesh]) AND "Adult"[Mesh] minimal intervention	16[a] → 8[b] → 2[c]
Totaal gevonden artikels:	11

[a]: Aantal titels die actief werden gelezen

[b]: Aantal artikels die weden weerhouden na de toepassing van inclusie- en exclusiecriteria

[c]: Aantal abstracts die werden gelezen

Tabel 2: Zoekstrategie in verschillende databanken in detail. Aantal gevonden artikels per zoekopdracht.

	Evidence Linker	Ebpracticenet	DynaMed	Canadian Task Force on Preventive Health Care (Guidelines)	NHG	NHS Evidence-NICE Evidence Search	Annals of Internal Medicine	Cochrane Full Text (Cochrane review)	Referentielijst van artikels die gebruikt zijn voor de inleiding
'Obesitas' of 'Obesity'	27[a]	105	330	2[a]	1[a]	279	9022	144	
'Obesity adult'						165	6135	65	
'Obesitas interventie' of 'Obesity intervention'		35[a]	97			118	27		
'Obesity adult intervention'			59[a]				2549	50	
'Obesity adult intervention primary care'						77[a]	2178	11[a]	
'Obesity adult brief intervention primary care'							1586		
Subheading: 'Prevention, policy and public health'							608		
Toepassen van in- en exclusiecriteria	6[b]	4[b]	2[b]	1[b]	1[b]	3[b]	3[a, b]	1[b]	26[b]
Totaal artikels:			1			1			13

[a]: Aantal titels die actief werden gelezen

[b]: Aantal abstracts die actief werden gelezen

Literatuurstudie

Interventiestudies

Er werden in het literatuuronderzoek verschillende interventionele studies gevonden die deels een antwoord boden op bovenstaande onderzoeksvraag. Vijf van deze studies waren van een voldoende goede methodologische kwaliteit en zullen hieronder besproken worden. De eigenschappen en resultaten van deze studies worden beschreven in **tabel 3** en **tabel 4**.

Tabel 3. Details interventiestudies die besproken worden in de literatuurstudie: auteur, land, studievorm, deelnemers en interventie

		Deelnemers					Interventie		
Studie, land	Studievorm	Doelpopulatie	*n*	Geslacht (%V)	Leeftijd (jaren)	BMI (kg/m^2)	Details interventie	Opvolging	Duur interventie
Aveyard *et al.* (2016), Verenigd Koninkrijk	RCT, open label	BMI > 30 kg/m^2 of BMI > 25kg/m^2 bij patiënten met Zuid-Aziatische origine en te veel aan lichaamsvet en leeftijd > 18 jaar	Totaal: 1882 CG: 942 IG: 940	Totaal: 57.2 CG: 57.3 IG: 57.0	Totaal: 56.0 (SD 16.1) CG: 56.2 (SD 15.6) IG: 55.8 (SD 16.5)	Totaal: 34.9 (SD 4.8) CG: 35.1 (SD 5.1) IG: 34.8 (SD 4.6)	CG: kort advies IG: korts advies + verwijzing naar commercieel afslankprogramma (12 x 1 uur)	Telefonisch na 3 maanden Klinisch na 12 maanden	12 maanden
Wadden *et al.* (2013), Verenigde Staten van Amerika	RCT, open label	BMI tussen 30-50 kg/m^2 en leeftijd > 21 jaar en minstens 2 tekenen van metabool syndroom (hypercholesterolemie, hyperglycemie, hypertensie of viscerale obesitas)	Totaal: 390 CG: 130 IG1: 131 IG2: 129	Totaal: 79.9 CG: 75.4 IG1 84.0 IG2: 79.8	Totaal: 51.5 (SD 11.5) CG: 51.7(SD 12.1) IG1: 52.0 (SD 12.2) IG2: 51.0 (SD 10.1)	Totaal: 38.5 (SD 4.7) CG: 39.0 (SD 4.8) IG1 38.5 (SD 4.6) IG2: 37.8 (SD 4.7)	Iedereen: dezelfde dieet- en bewegingsadviezen, mondeling toegelicht door de huisarts bij aanvang van de studie. CG: folder "*Aim for a Healthy Weight"* IG1: verwijzing levensstijlcoach (1 uur per maand) IG2: idem aan IG1 + aanvullend maaltijdvervangers of anti-obesitasmedicatie (Sibutramine of Orlistat)	Alle groepen: Klinisch om de 3 maanden IG1 en IG2: Maandelijks door de levensstijlcoach	24 maanden
Beeken *et al.* (2017), Verenigd Koninkrijk	RCT, open label	BMI > 30 kg/m2 en leeftijd > 18 jaar	Totaal: 527 CG: 270 IG: 267	Totaal: 66.99 CG: 64.80 IG: 66.70	CG: 60 (IQR 48.9-67.1) IG: 59.1 (IQR 48.1-66.1)	CG: 34.8 (IQR 32.6-39.3) IG: 35.0 (IQR 32.6_38.7)	CG: usual care IG: folder *"Ten Top Tips for a Healthy Weight"*	Klinisch op 3, 6, 12, 18 en 24 maanden	24 maanden

	Deelnemers		Interventie						
Studie, land	Studievorm	Doelpopulatie	*n*	Geslacht (%V)	Leeftijd (jaren)	BMI (kg/m^2)	Details interventie	Opvolging	Duur interventie
De Vos *et al.* (2014) Nederland	RCT, open label	Vrouwen met BMI > 27 kg/m^2 tussen 50-60 jaar zonder knieklachten	Totaal: 407 CG: 204 IG: 203	Totaal: 100 CG: 100 IG: 100	Totaal: 55.7 (SD 3.2) CG: 55.7 (SD 3.2) IG: 55.7 (SD 3.2)	Totaal: 32.26 (SD 4.29) CG: 32.5 (SD 4.5) IG: 32.2 (SD 4.1)	CG: kort advies IG: verwijzing naar diëtist en sportlessen in groep (20 uur per jaar)	Klinisch door de diëtist om de 2 weken gedurende de eerste maand, nadien in overleg met de patiënt.	30 maanden
Ahern *et al* (2017), Verenigd Koninkrijk	RCT, open label	BMI > 28kg/m^2 en leeftijd > 18 jaar	Totaal: 1267 CG: 211 IG1: 528 IG2: 528	Totaal: 68 CG: 68 IG1: 68 IG2: 68	Totaal: 53;2 (SD 13.8) CG: 51.9 (SD 14.1) IG1: 53.6 (SD 13.3) IG2: 53.3 (SD 14.0)	Totaal: 34.5 (SD 5.2) CG: 34.4 (SD 4.6) IG1: 34.7 (SD 5.4) IG2: 34.5 (SD 5.1)	CG: kort advies + folder *"So you want to lose weight… for good"* IG1: Verwijzing commercieel afslankprogramma gedurende 12 weken. IG1: Verwijzing naar commercieel afslankprogramma gedurende 52 weken.	Klinisch na 3, 12 en 24 maanden.	24 maanden

n, aantal; %V, procentueel aantal vrouwen; IG, interventiegroep; IG1, interventiegroep 1; IG2, interventiegroep 2; CG, controlegroep; SD, standaarddeviatie; IQR, interquartile range

Tabel 4. Details interventiestudies die besproken worden in de literatuurstudie: resultaten gewichtsbeheersing en verbetering in levensstijl

	Gewichtsbeheersing							
Studie	Gewichtsverlies (kg)				Deelnemers met gewichtsverlies ≥ 5% van oorspronkelijk gewicht			Verbetering in levensstijl
Aveyard *et al.* (2016)	3 maanden (zelfrapportage)	CG: 1.18 (SD 3.81) IG: 2.91 (SD 5.16) Adjusted mean difference: 1.76 (95% CI: 1.35-2.17)	p < 0.0001		12 maanden	CG: 14% IG: 25% Adjusted odds ratio 2.11 (95% CI: 1.67 - 2.68)	p < 0.0001	
	12 maanden	*CG: 1.04 (SD 6.49)* *IG: 2.43 (SD 5.50)* *Adjusted mean difference: 1.43* (95% CI: 0.89-1.97)	p < 0.0001					
Wadden *et al.* (2013) Vetter *et al.* (2013) Volger *et al.* (2.13)	6 maanden	CG: 2.0 (SD 0.5) IG1: 3.5 (SD 0.5) IG2: 5.7 (SD 0.6)	IG1 vs. CG: p < 0.05 IG2 vs. IG1: p < 0.05 IG2 vs. CG: p < 0.05		24 maanden	CG: 21.5% IG1: 26.0% IG2: 34.9%	IG2 vs. CG: P = 0.02	Op 24 maanden:
	12 maanden	CG: 2.3 (SD 0.6) IG1: 3.4 (SD 0.6) IG2: 6.1 (SD 0.8)	IG2 vs. IG1: p < 0.05 IG2 vs. CG: p < 0.05					Beheersing van dieetrestrictie (onderdeel van "Eating Inventory Scale") — CG: 2.8 (SD 0.5); IG1: 4.4 (SD 0.5); IG2: 4.8 (SD 0.5) — IG2 vs.IG1: niet significant; IG2 vs. CG: p <0.05; IG1 vs. CG: p <0.05
	24 maanden	CG: 1.7 (SD 0.7) IG1: 2.9 (SD 0.7) IG2: 4.6 (SD 0.7)	IG2 vs. CG: p < 0.05					Ontremd eetgedrag (onderdeel van "Eating Inventory Scale") — CG: -1.2 (SD 0.4); IG1: -2.0 (SD 0.4); IG2: -1.9 (SD 0.4) — Niet significant
								Honger (onderdeel van "Eating Inventory Scale") — CG: -1.2 (SD 0.4); IG1: -1.3 (SD 0.3); IG2: -1.1 (SD 0.3) — Niet significant
								Aantal stukken fruit en groenten per dag (National Cancer Institute (NCI) "Fruit/Vegetable Screener " — CG: -1.2 (SD 0.4); IG1: -0.6 (SD 0.5); IG2: -0.3 (SD 0.5) — Niet significant
								Percentage van calorie-inname afkomstig van vet (NCI "Percentage of Energy from Fat Screener" (PFat)) — CG -1.8 (SD 0.6); IG1: -1.5 (SD 0.6); IG2: -1.2 (SD 0.5) — Niet significant
								Energieverbruik kcal/week ("Paffenbarger Physical Activity Questionnaire") — CG: -70.4 (SD 186); IG1: 415.4 (SD 180); IG2: 5.93.4 (SD 176) — IG2 vs.IG1: niet significant; IG1 vs. CG: p = 0.004; IG2 vs. CG: p = 0.004
Beeken *et al.* (2017)	3 maanden	CG: O.84 (SD 2.83) IG: 1.68 (SD 3.21) Adjusted mean difference: 0.87 (95% CI: 1.47 tot 0.27)	P = 0.004		3 maanden	CG: 8% IG: 16% Adjusted odds ratio = 2.16 (95% CI: 1.14-4.12)	p < 0.001	
	Resultaten na 6, 12, 18 en 24 maanden zijn niet significant.				Resultaten na 6, 12, 18 en 24 maanden zijn niet significant.			

	Gewichtsbeheersing								
Studie	Gewichtsverlies (kg)			Gewichtsverlies ≥ 5% van oorspronkelijk gewicht			Verbetering in levensstijl		
De Vos *et al.* (2014)	6 maanden	CG: 0.3 (SD 0.3) IG: 0.9 (SD 0.3)	p < 0.001	6 maanden	CG 6.3% IG: 14.8%	p= 0.012	Na 6 maanden:		
	12 maanden	CG: 0.2(SD 0.4) IG: 0.6 (SD 0.4)	p = 0.014	12 maanden	CG: 11.0% IG: 19.7%	p = 0.027	SQUASH questionnaire	CG: -682.7 IG: + 117.3	p = 0.030
	Op 18, 24 en 30 maanden was er geen significant verschil tussen CG en IG.			Op 18, 24 en 30 maanden was er geen significant verschil tussen CG en IG. Het overkoepelend effect van de IG over de hele periode was niet significant verschillend van het effect van de CG (Adjusted odds ratio 1.12, 95% CI 0.70-1.80)			% deelnemers dat voldoet aan Nederlandse fysieke activiteitsrichtlijn	CG: 46.1% IG: 58.5%	p = 0.019
							Aantal wekelijkse consumptie van snacks	CG: 8.1 IG: 7.0	p = 0.034
							Geen significant verschil tussen CG en IG na 12 en 30 maanden.		
Ahern *et al.* (2014)	3 maanden	CG: 2.04 (SD 0.30) IG1: 4.84 (SD 0.21) IG2: 4. 62 (SD 0.18) Adjusted mean difference tussen IG2 en IG1: 2.22 (95% CI: 0.26 – 0.69) Adjusted mean difference tussen IG en CG: 2.67 (95% CI: 3.28 – 2.07)	p = 0.0371 p < 0.0001	12 maanden	CG: 25% (SD 2.97) IG1: 42% (SD 2.15) IG2: 57% (SD 2.16) Relatief risico tussen IG2 en IG1: 1.36 (95% CI: 1.14-1.62) Relatief risico tussen IG en CG: 2.01 (95% CI: 1.51-2.67)	p = 0.0005 p < 0.0001			
	12 maanden	CG: 3.26 (SD 0.68) IG1: 4.75 (SD 0.35) IG2: 6.76 (SD 0.42) Adjusted mean difference tussen IG2 en IG1: 2.14 (95% CI: 3.05 – 1.22) Adjusted mean difference tussen IG en CG: 2.71 (95% CI: 3.86–1.55)	p < 0.0001 p < 0.0001	24 maanden	CG: 22% (SD 2.87) IG1: 27% (SD (1.93) IG2: 39% (SD 2.12) Relatief risico tussen IG2 en IG1: 1.44 (95% CI: 1.16-1.78) Relatief risico tussen IG en CG: 1.47 (95% CI: 1.08-1.99)	p = 0.0009 p = 0.0131			
	24 maanden	CG: 2.30 (SD 0.73) IG1: 3.00 (SD 0.37) IG2: 4.29 (SD 0.44) Adjusted mean difference tussen IG2 en IG1: 1.32 (95% CI: 2.46 – 0.18) Adjusted mean difference tussen IG en CG: 1.44 (95% CI: 2.87–00.0)	p = 0.0231 p = 0.0247						

IG, interventiegroep; IG1, interventiegroep 1; IG2, interventiegroep 2; CG, controlegroep; SD, standaarddeviatie;

Studievorm en deelnemers

De besproken studies zijn allemaal open-label RCT's waarvan er drie zijn uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk, één in Nederland en één in de Verenigde Staten van Amerika. In al deze studies werden patiënten gerekruteerd in hun eigen huisartsenpraktijk. Opvallend is dat in al deze studies meer vrouwen deelnamen dan mannen. In de studie van De Vos *et al.* (2014) werden enkel vrouwen geïncludeerd, het mannelijk geslacht was een exclusiecriterium. Daarnaast valt op dat, ondanks bij de meeste studies de minimale leeftijdsgrens op achttien jaar ligt, de gemiddelde leeftijd in alle studies tussen 50 en 60 jaar ligt. De gemiddelde BMI ligt bij vier van de vijf studies tussen 30 en 35kg/$m^{2.}$ Enkel in de studie van Wadden *et al.* (2013), ligt deze hoger; nl. 38.5kg/m^2. In twee studies konden studiepatiënten deelnemen ondanks de eventuele aanwezigheid van co-morbiditeit. In de studie van Aveyard *et al.* (2016) werden enkel patiënten geïncludeerd met een overmaat aan visceraal vet. In de studie van Wadden *et al.* (2013) werden enkel patiënten geïncludeerd met minstens twee aanwezige criteria van het metabool syndroom. In de studie van De Vos *et al.* (2014) werden knieklachten als exclusiecriterium gehanteerd, daar deze studie een onderdeel is van de 'PROOF-studie': een RCT waarbij het preventief effect van gewichtsverlies of orale glucosamines op knieartrose bij vrouwen tussen 50 en 60 jaar met een BMI groter dan 27 kg/m2 wordt onderzocht.

Bespreking van de interventies

In de studie van Aveyard *et al.* (2016) en De Vos *et al.* (2014) krijgen patiënten in de controlegroep een korte interventie van 30 seconden, waarin wordt medegedeeld aan de patiënt, dat zijn of haar gezondheid baat zou hebben bij gewichtsverlies (24,25).

In de interventiegroep van Aveyard *et al.* (2016) kregen patiënten hetzelfde kort advies en een verwijzing naar een commercieel afslankprogramma zoals '*Weight Watchers', 'Slimming World'* en '*Rosemary Conley'.* Voor de eerste interventiegroep was dit een 12 weken durend programma en voor de tweede interventiegroep één gedurende 52 weken. De deelname aan deze afslankprogramma's werd volledig terugbetaald door de National Health Service (NHS). De korte interventie werd op volgende manier medegedeeld: *"Als je hier toch bent, wil ik even praten over uw gewicht. Wist je dat een goede manier om gewicht te verliezen, deelname is aan een afslankprogramma zoals 'Weight Watchers', 'Slimming World' of 'Rosemary Conley' en dat dat gratis door de NHS wordt voorzien? Ik kan u doorverwijzen als je dat een kans wilt geven?"* (24)

In de interventiegroep van De Vos *et al.* (2014) werden patiënten na het kort advies doorverwezen naar een diëtist voor een op maat gemaakt afslankplan. Tijdens de consultaties bij de diëtist werd de focus gelegd op het veranderen van obesogeen gedrag en minder op het behalen van gewichtsverlies. Er werd aandacht gegeven aan het stellen van realistische doelen. Het al dan niet behalen van deze doelen werd nauw opgevolgd en beloond. Ook werden patiënten aangemoedigd deel te nemen aan sportlessen die in groep werden aangeboden onder begeleiding van een beweegcoach (maximaal 20 uur per jaar) waarin vnl. sporten van lage intensiteit werden aangeboden (softbal, Nordic walking, salsa dans…). De bedoeling van deze lessen was om terug plezier te vinden in het bewegen. De klinische

opvolging door de diëtist gebeurde in de eerste maanden om de twee weken, nadien werd de frequentie afgesproken in overleg met de patiënt (25).

In de studie van Ahern *et al.* (2017) werden patiënten in de interventiegroep ook doorverwezen naar een gratis aangeboden commercieel afslankprogramma ('*Weight Watchers'*), maar werd in de controlegroep het kort advies begeleid door een folder van de British Hearth Foundation: "*So you want to lose weight… for good*" met daarin educatie rond de pathogenese van obesitas, zelfhulptechnieken om een positieve gedragsverandering m.b.t. obesogeen gedrag te bereiken en zelfhulptechnieken om realistische doelen te stellen (26).

In de studie van Beeken *et al. (*2017) werd een gelijkaardige folder, "*Ten Top Tips for a Healthy Weight*"" uitgedeeld; deze keer niet aan de controlegroep, maar wel aan de interventiegroep. In deze folder wordt er aandacht gegeven aan educatie rond de pathogenese van obesitas, zelf-monitoring door middel van weeg-, beweeg- en eetdagboeken, het opstellen van realistische doelen, zelfhulptechnieken om een positieve gedragsverandering m.b.t. obesogeen gedrag te bereiken en informatie over het interpreteren van voedingslabels. Patiënten in de controlegroep kregen de normale zorg (usual care) die de huisartsen eerder aan obese patiënten verleenden zoals: het geven van levensstijladvies, verwijzing naar een diëtist, verwijzing naar een fitnesscentrum, verwijzing naar een commercieel afslankprogramma (27)…

In de studie van Wadden *et al.* (2013) gaf de huisarts aan elke deelnemer hetzelfde dieet- en bewegingsadvies bij aanvang van de studie. Dit luidde een gebalanceerd dieet van 1200-1500 kcal per dag voor deelnemers zwaarder dan 113.4kg en 1500-1800kcal per dag voor patiënten lichter dan 113.3kg. Alle patiënten kregen de instructie om hun fysieke activiteit gradueel op te drijven naar 180 minuten per week. De controlegroep kreeg de folder "*Aim for a Healthy Weight*", uitgegeven door het National Institute of Health (NIH) met een inhoud gelijkaardig aan de bovenbeschreven folders. Deelnemers van de eerste interventiegroep werden doorverwezen naar een maandelijkse raadpleging met een levensstijlcoach (een getrainde praktijkverpleegkundige, huisarts of diëtist), waarbij door middel van motiverende gesprekstechnieken manieren werden aangeleerd om een positieve gedragsverandering m.b.t. gewichtsverlies te bekomen met o.a. zelf-monitoring door het invullen van voedings- en bewegingsdagboeken en het aanleren van het stellen van realistische doelen en de opvolging hiervan. Tevens werd een aandacht gegeven aan educatie over de pathogenese obesitas en het interpreteren van voedingslabels. Deelnemers van de tweede interventiegroep kregen dezelfde doorverwijzing en kregen aanvullend mogelijkheid om maaltijdvervangers of anti-obesitasmedicatie (Sibutramine of Orlistat) te gebruiken (28).

De opvolgingsfrequentie varieerde sterk binnen de studies. De totale studieduur varieerde van 12 tot 30 maanden.

Resultaten

Resultaten met betrekking tot gewichtsverlies

In de studie van Aveyard *et al.* (2016) is er een significant verschil op te merken in gewichtsverlies na drie en twaalf maanden tussen de controlegroep en de interventiegroep. Zo vielen deelnemers die werden doorverwezen naar een commercieel afslankprogramma na drie maanden gemiddeld 1.76 kg

(95% CI: 1.35-2.17) en na twaalf maanden 1.43 kg *(95% CI: 0.89-1.97)* meer af dan de patiënten die louter een kort advies kregen om af te vallen op medische gronde (p < 0.0001).
Deelnemers van de interventiegroep hadden significant meer kans om na 12 maanden meer dan 5% van hun oorspronkelijk lichaamsgewicht te verliezen. (Adjusted odds ratio 2.11, 95% CI 1.67-2.69), (p < 0.001) (29).

In de studie van Wadden *et al.* (2013) werd op alle meettijdstippen in de tweede interventiegroep significant meer gewichtsverlies gerapporteerd dan in de controlegroep (p < 0.05). Dit gold op 6 en 12 maanden ook voor deze tweede interventiegroep ten opzichte van de eerste interventiegroep (p < 0.05). Enkel op 6 maanden kon er significant gewichtsverlies gerapporteerd worden bij de eerste interventiegroep ten opzichte van de controlegroep (p < 0.05).
Na 24 maanden verloor 34.9% van de tweede interventiegroep meer dan 5% van hun oorspronkelijk lichaamsgewicht. Dit is significant meer dan de 21.5% van de controlegroep (p = 0.02) (28).

In de studie van Beeken *et al.* (2017) werd op drie maanden in de interventiegroep gemiddeld 0.87 kg (95% CI: 1.47 tot 0.27) meer gewichtsverlies gerapporteerd dan in de controlegroep (p = 0.004). Er kon na drie maanden echter geen significant verschil meer aangetoond worden tussen beide groepen.
Na drie maanden verloor 16% van de interventiegroep meer dan 5% van hun oorspronkelijk lichaamsgewicht. Dit is significant meer dan de 8% van de controlegroep (odds ratio: 2.16 (95% CI: 1.14-4.12), (p < 0.001) (27).

In de studie van De Vos *et al.* (2014) werd een significant verschil in gewichtsverlies opgemerkt tussen de interventie- en controlegroep op 6 maanden (p < 0.001) en 12 maanden (p = 0.014). Op de meetmomenten nadien werd geen significant verschil meer beschreven.
Op 6 en 12 maanden waren er significant meer deelnemers in de interventiegroep die meer dan 5% van hun oorspronkelijk lichaamsgewicht verloren hadden dan in de controlegroep. Het overkoepelend effect van de interventie zorgde over de hele studieperiode (30 maanden) niet voor een significante toename in deelnemers die meer dan 5% van hun oorspronkelijk lichaamsgewicht verloren (OR 1.12, 95% CI 0.70-1.80) (25).

Tenslotte, in de studie van Ahern *et al.* (2014) wordt op 3, 12 en 24 maanden een significant verschil in gewichtsverlies opgemerkt tussen enerzijds de twee interventiegroepen, en anderzijds de controlegroep. Op drie maanden is dit verschil gemiddeld 2.67 kg (95% CI: 3.28 – 2.07), (p < 0.0001). Op twaalf maanden is dit gemiddeld verschil 2.71 kg (95% CI: 3.86–1.55), (p < 0.0001) en op 24 maanden is dit gemiddeld verschil 1.44 kg (95% CI: 2.87–00.0), (p = 0.247).
Dit significant verschil werd op dezelfde tijdsstippen ook aangetoond tussen de eerste en tweede interventiegroep met een gemiddeld verschil van 2.22kg (95% CI: 0.26 – 0.69) op drie maanden (p = 0.0371), 2.14 kg ((95% CI: 3.05 – 1.22) op twaalf maanden (p < 0.0001) en 1.32 kg (95% CI: 2.46 – 0.18) na 24 maanden (p = 0.0247).
Op 12 en 24 maanden waren er significant meer deelnemers in de interventiegroepen die meer dan 5% van hun oorspronkelijk lichaamsgewicht verloren, dan in de controlegroep. Op 12 maanden bedroeg het relatief risico 2.01 (95% CI: 1.51-2.67), (p < 0.0001), op 24 maanden bedroeg dit 1.47 (95% CI: 1.08-1.99), (p = 0.0131). Dit verschil werd ook opgemerkt tussen de tweede en eerste interventiegroep met op 6 maanden een relatief risico van 1.36 ((95% CI: 1.14-1.62), (p = 0,0005) en op 12 maanden een relatief risico van 1.44 ((95% CI: 1.16-1.78), (p < 0.0001) (26).

Resultaten met betrekking tot een positieve gedragsverandering

In de studie van Wadden *et al.* (2013) wordt op 24 maanden in beide interventiegroepen een significant verschil aangetoond ten opzichte van de controlegroep op vlak van beheersing van de opgelegde dieetrestrictie, waarbij de interventiegroepen superieur scoorden op de "Eating Inventory Scale, met subschaal 'Restraint'", een gevalideerde en betrouwbare vragenlijst ($p < 0.05$).

Het percentage aan dagelijks gemiddeld ingenomen calorieën afkomstig van vet, samen met fruit- en groentenconsumptie verschilde niet significant tussen de drie groepen.

Het energieverbruik (kcal) per week was in beide interventiegroepen significant groter dan in de controlegroep na 24 maanden ($p = 0.004$). Dit werd aangegeven op de 'Paffenbarger Physical Activity Survey'. In deze vragenlijst werd patiënten gevraagd hun gemiddelde dagelijkse fysieke activiteiten te noteren van het laatste jaar, incl. het aantal stappen en trappen per dag, sport en recreationele activiteiten aan welke zij deelnamen op regelmatige basis. Deze vragenlijst heeft een excellente betrouwbaarheid en validiteit (28,30).

In de studie van De Vos *et al.* (2014) werd op zes maanden in de interventiegroep een significant meer toegenomen gemiddelde fysieke activiteit ten opzichte van baseline waargenomen, dan in de controlegroep; gemeten met de 'SQUASH Questionnaire' ($p = 0.030$).

Het percentage deelnemers dat op zes maanden voldeed aan de Dutch Physical Activity Guideline, was in de interventiegroep significant hoger dan in de controlegroep ($p = 0.019$).

Bij het onderzoeken van de dieetveranderingen, werd er op zes maanden enkel een significant verschil in aantal geconsumeerde snacks per week aangetoond tussen de interventie- en controlegroep. Deelnemers in de interventiegroep consumeerden gemiddeld 7.0 snacks per week, terwijl dit er gemiddeld 8.1 waren in de controlegroep ($p = 0.034$). Er werd geen significant verschil aangetoond op bovenstaande punten op 12 en 30 maanden (25).

Resultaten met betrekking tot ingaan op verwijzing

In de studie van Aveyard *et al.* (2016) gaf 77% van de interventiegroep aan open te staan voor een verwijzing naar *'Slimming World', 'Rosemary Conley'* of *'Weight Watchers'*, terwijl slechts 40% van deelnemers hier effectief op in ging (24).

In de studie van Ahern *et al. (*2017) gaf 88% van de eerste interventiegroep aan in te willen gaan op de verwijzing naar '*Weight Watchers'* gedurende 12 weken, 77% van de deelnemers ging hier effectief op in. Daarnaast gaf 92% van de tweede interventiegroep aan open te staan voor een verwijzing naar '*Weight Watchers'* gedurende 52 weken, 86% van de deelnemers ging hier effectief op in (26).

Een belangrijke kanttekening bij deze twee Britse studies is dat een verwijzing door de huisarts naar bovenstaande commerciële afslankprogramma's volledig werd terugbetaald door de National Health Service (NHS). Op deze manier werd er ingezet op een goede toegankelijkheid en laagdrempeligheid.

Tudor *et al.* (2016) onderzocht in een steekproef van 60 deelnemers of patiënten nog steeds zouden ingaan op een verwijzing naar een dergelijk commercieel afslankprogramma, als deze niet meer werd terugbetaald door de NHS. In deze studie kregen de deelnemers dezelfde interventie als die in de studie van Aveyard *et al.* (2016): een doorverwijzing naar *'Slimming World', Rosemary Conley' of 'Weight Watchers'* na het krijgen van een kort advies over het lichaamsgewicht. Na deze interventie gaf nu slechts 47% aan te willen ingaan op de verwijzing. Dit cijfer is significant lager dan de 77% in de studie van Aveyard *et al.* (2016). Slechts één deelnemer (2%), ging effectief op de verwijzing in. Ook dit cijfers is significant lager dan de 40% in de studie van Aveyard *et al.* (26,31).

In de studie van De Vos *et al.* (2014) gingen 198 van de 203 (93%) deelnemers van de interventiegroep in op de verwijzing naar een diëtist en de sportieve groepslessen. Ook hier werden de consultaties bij de diëtist en de sportlessen, in het kader van het onderzoek, gratis aangeboden. (25)

Conclusie resultaten

Uit dit literatuuronderzoek kan besloten worden dat bij obese volwassenen een doorverwijzing naar een commercieel afslankprogramma met wekelijkse opvolging zoals *"Weight Watchers", "Slimming World"* of "*Rosemary Conley*", met een programmaduur van minstens 3 maanden, voor een significant gewichtsverlies kan zorgen, zelfs na één of twee jaar. Een commercieel afslankprogramma van 52 weken is op dit vlak effectiever dan een dergelijk programma van 12 weken. Een commercieel afslankprogramma blijkt voor gewichtsverlies effectiever te zijn dan een kort advies, geleverd door de huisarts, met de boodschap dat de patiënt moet afslanken op medische gronde (24,32).

Wanneer de huisarts een obese volwassen patiënt doorverwijst naar een levensstijlcoach die patiënten maandelijks technieken aanleert om minder obesogeen gedrag te stellen, is een significant gewichtsverlies mogelijk tot na twee jaar. Daarbovenop toonde deze interventie, gecombineerd met aanvullende maaltijdvervangers of anti-obesitasmedicatie zoals Orlistat of Sibutramine, aan effectiever te zijn dan de verwijzing naar de levensstijlcoach alleen. Tenslotte kan een doorverwijzing naar een dergelijke levensstijlcoach effectief zijn in het beter navolgen van opgestelde dieetrestricties en het toenemen van energieverbruik (kcal per week) in de eerste twee jaar (28,30).

Een doorverwijzing naar een diëtist voor een op maat gemaakt afslankprogramma, gedragstherapie, het leren stellen van realistische doelen en een verwijzing naar sportieve groepslessen is op vlak van gewichtsverlies een effectieve interventie voor vrouwen met obesitas tussen 50 en 60 jaar in een periode van 12 maanden. Het kan in de eerste maanden voor een significante toename zorgen in fysieke activiteit en voor een significante daling van het aantal geconsumeerde ongezonde snacks per week (25).

Hoewel in drie verschillende studies een folder met zelfhulpmateriaal werd aangereikt aan deelnemers, werd er slechts in één studie onderzocht of dit op zichzelf een significant gewichtsverlies geeft ten opzichte van de 'usual care'. Hieruit bleek dat de folder '*Ten Top Tips for a Healthy Weight*' een effectieve interventie is die voor significant gewichtsverlies kan zorgen tijdens een korte termijn (drie maanden) (27).

In twee studies kregen deelnemers van de controlegroep een kort advies, geleverd door de huisarts. De studies onderzochten echter niet of dit advies (als interventie op zich) voor een statistisch significant gewichtsverlies zou zorgen ten opzichte van 'niets doen'. Veertien procent van de controlegroep had in de studie van Aveyard *et al.* (2016) na twaalf maanden meer dan vijf procent van zijn of haar oorspronkelijk gewicht verloren (24). In de studie van De Vos *et al. (*2014) was dit het geval bij elf procent van de controlegroep (25). Aangezien een gewichtsverlies van meer dan vijf procent gecorreleerd wordt aan verbetering van de metabole gezondheid (7,12), is te verwachten dat ook een kort advies dat geleverd wordt door de huisarts tot een gezondheidsvoordeel kan zorgen.

Binnen de interventiestudies heerst er een grote heterogeniteit in het al dan niet ingaan op een verwijzing. Een belangrijke kanttekening moet gemaakt worden dat deze cijfers altijd moeten geïnterpreteerd worden met de achterliggende kennis of deze diensten naar waar verwezen wordt, al dan niet betalend zijn aangezien dit voor een significant verschil in deelname aan deze diensten kan zorgen (31).

Het was opvallend dat er aan deze vijf studies vooral vrouwen deelnamen met een leeftijd tussen 50-60 jaar, terwijl het mannelijk geslacht in vier van de vijf studies geen exclusiecriterium was en de minimumleeftijd in alle studies een leeftijd van achttien jaar was.

5A-model voor obesitaszorg

Inleiding

In het kader van het praktijkverbeterend project had ik gehoopt om in het voorgaande literatuuronderzoek interventiestudies te vinden met duidelijk uitgeschreven protocollen over hoe de interventie door de huisarts communicatief gevoerd werd, uit welke stappen zo'n interventie werd opgebouwd, welke boodschappen er werden medegedeeld aan de deelnemers, hoe een opvolgraadpleging structureel werd opgebouwd… Slechts één interventiestudie beschreef kort hoe de huisarts een kort advies communicatief moest formuleren aan de patiënt (24). In geen enkele studie werd de interventiestructuur of inhoud van een volledige (opvolg)raadpleging uitgeschreven.
Dit verbaasde me, aangezien ik tijdens het voorbereidend literatuuronderzoek op verschillende belangrijke richtlijnen (o.a. DynaMed…) stootte die wél een duidelijk voorbeeld vooropstelden over hoe een raadpleging over obesitas zou moeten opgebouwd en gecommuniceerd worden. Zo stootte ik tijdens dit literatuuronderzoek het meest op richtlijnen die het 5A-model voor obesitaszorg promootten. Dit 5A-model is een adaptatie van het 5A-model dat oorspronkelijk bestond als korte en succesvolle interventie voor rookstopbegeleiding in de eerste lijn (33,34).

Het 5A-model voor obesitaszorg werd ontwikkeld door het "Canadian Obesity Network" en biedt een theorie-gebaseerde, evidence based, korte interventie om de uitvoering van obesitaszorg in de eerste lijn te faciliteren (35). Het model wordt ook aangeraden door het Amerikaanse "Center for Medicare and Medicaid Services" en "The United States Preventive Services Task Force" (36). Daarnaast wordt het ook aangeraden door "Public Health England" en wordt het tevens uitgebreid beschreven in een rapport van de "World Health Organisation" waarin wordt beschreven hoe obesitaszorg kan geïmplementeerd worden in de eerste lijn (23,37). Het helpt eerstelijnswerkers de conversatie over gewicht te initiëren en geeft handvaten om effectieve steun te bieden aan patiënten die begeleiding wensen in de behandeling van obesitas (23). Het is een gestructureerde interventie die motivationeel interviewen combineert met gedragsbegeleiding. Motivationeel interviewen is een techniek waarbij de arts een patiënt tot het ondernemen van actie probeert te motiveren, op een manier waarbij de patiënt altijd centraal staat (37). Dit centraal stellen van de patiënt wordt gecorreleerd met een grotere patiëntentevredenheid en betere gezondheidsuitkomsten (38). Motivationeel interviewen wordt gezien als een van de meest effectieve technieken om patiënten tot verandering te motiveren binnen de arts-patiënt interacties (37).

Het 5A-model voor obesitaszorg biedt een waar consultatiemodel aan waarin het huisartsen aanmoedigt volgende stappen opeenvolgend uit te voeren (39,40):

ASSESS	Bereken de BMI. Bevraag de motivatie en het zelfvertrouwen om gewicht te verliezen. Screen voor co-morbiditeit die geassocieerd is met obesitas.
ADVISE	Beschrijf de voordelen van gewichtsverlies. Suggereer strategieën om gewicht te verliezen met eet-, beweeg- en gedragsadviezen.
AGREE on goals	Help de patiënt om specifieke, meetbare, acceptabele, realistische en tijdsgebonden doelen te stellen. Kom realistische verwachtingen overeen om gevoelens van teleurstelling en falen te voorkomen.
ASSIST	Ondersteun de patiënt bij het identificeren van barrières om gewicht te verliezen. Ontwikkel samen met de patiënt een effectief plan tot gewichtsverlies. Wanneer dit nodig wordt geacht, overweeg de patiënt door te verwijzen naar een meer intensieve begeleiding, bv. door een diëtist of psycholoog.
ARRANGE follow up	Voorzie een regelmatige opvolging door de huisarts om de progressie op te volgen, doelen te herevalueren en barrières te bevragen om hier een oplossing voor te zoeken.

Sommige artikels voegen nog een zesde “A” toe aan de interventie, namelijk “ASK”. In deze stap vraagt de arts de patiënt toestemming om een gesprek te initiëren om gewicht. Deze stap wordt in het consultatie model als eerste stap geplaatst, voor de stap “ASSESS” (37).

In het model wordt voorgesteld om realistische doelen en verwachtingen overeen te komen met de patiënt. Uit literatuur blijkt dat wanneer het doel van een korte obesitasinterventie exclusief bestaat uit verliezen van een groot aantal kilo’s op een korte termijn, een dergelijke interventie bijna zeker zal falen. Een klein gewichtsverlies door kleine aanpassingen in de levensstijl kan echter al obesitas-gerelateerde risicofactoren voor chronische ziektes zoals diabetes en hypertensie reduceren (41). Het doel van een korte interventie bij obesitas dient dus niet gewichtsverlies, maar wel een duurzame levensstijlverandering te zijn (42).

Omdat de begeleiding van deze levensstijlveranderingen complex en intensief kan zijn, wordt aangeraden om een multidisciplinaire aanpak te voorzien (35). Eenvoudig advies krijgen door een huisarts, doet de pogingen tot gewichtsverlies toenemen; maar dit aantal pogingen verdubbelt echter als de huisarts een multidisciplinaire zorg voorstelt (23).

In een pilootstudie van het 5A-model voor obesitaszorg beschreven de obese volwassen deelnemers (n = 137) aan hun huisarts (n = 23) welk effect elke "A" op hun gewichtstraject had gehad. Elke stap werd geassocieerd met een hogere odds tot motivatie om gewicht te verliezen (OR = 1,31, 95% CI 1,11-1,55), een hogere odds tot intentie om gezonder te eten (OR = 1,23, 95% CI 1,06-1,44) en een hogere odds om frequenter fysieke activiteit in te bouwen in de levensstijl (OR 1.14, 95% CI 1.00-1.31) (36,43).

In een grotere studie boden huisartsen (n = 40) aan studiepatiënten (n = 461) gedurende drie maanden obesitasbegeleiding aan, aan de hand van het 5A-model. De stappen "ASSESS" en "ADVISE" werden gecorreleerd met een groter zelfvertrouwen in het verliezen van het gewenste gewicht. De stap "ASSESS" verhoogde als meeste de motivatie om gewicht te verliezen (36,44). "AGREE" en "ASSIST" zorgden voor een verbetering van het dieet (44). Enkel de "ARRANGE" stap zorgde voor een significant gewichtsverlies na drie maanden (36,44).

Uit de beschikbare literatuur blijkt dat de meerderheid van de patiënten een gesprek met hun huisarts over obesitas wil voeren. Deze patiënten appreciëren dat de huisarts de eerste stap initieert, namelijk die van "ASK". Patiënten geven aan dat zij de stappen "ASSIST" en "ARRANGE" het meest waardevol vonden in de begeleiding van obesitas door hun huisarts. Uit verschillende artikels blijkt echter dat huisartsen het vaak de stappen "ASSESS" en "ADVISE", en slechts zelden "AGREE", "ASSIST" of "ARRANGE" toepassen in hun consultatiemodel (45).

Bij nader onderzoek stootte ik slechts op één RCT die het 5A-model onderzocht. In deze Duitse studie van Welzel *et al.* (2021) werden huisartsen (*n = 50*) opgedeeld in een interventiegroep (*n = 25*) en een controlegroep (n = 25). Huisartsen uit de interventiegroep volgden een online E-learning over het gebruik van het 5A-model voor obesitaszorg. Huisartsen uit de controlegroep behandelden hun obese patiënten volgens de "usual care". In totaal werden 135 patiënten met een BMI > 30kg/m^2 met leeftijd van 18 tot 60 jaar geïncludeerd in de studie, waarvan 65 in de interventiegroep en 70 in de controlegroep. De gemiddelde leeftijd bedroeg 43.3 jaar (SD 10.7), het gemiddeld BMI bedroeg 39.0 (SD 6.0) en 62.2% van de deelnemers hadden het vrouwelijk geslacht.
Drieënzestig komma twee procent van de huisartsen (*n = 12*) was van mening dat de E-learning zorgverleners kan helpen een conversatie over gewicht te starten bij patiënten met obesitas. Zessentwintig komma drie procent van de huisartsen (*n = 5*) vond dit niet. Patiënten uit de interventiegroep toonden na zes maanden significant lagere scores op zelf-stigma. De bereidheid om het overgewicht aan te pakken door patiënten in de interventiegroep toonde echter lagere scores dan bij patiënten uit de controlegroep. Na twaalf maanden werd geen significante verschillen meer opgemerkt tussen de twee groepen op vlak van gewicht, levenskwaliteit en bereidheid om het overgewicht aan te pakken, zelf-stigma en depressie. De studie concludeerde dat louter een E-learning over het 5A-model niet volstond om op lange termijn de obesitaszorg te verbeteren in de eerste lijn (46).

Samenvattend kan er gesteld worden dat meerdere studies verklaren dat de 5A-aanpak voor obesitasbegeleiding een veelbelovend consultmodel is. Het kan zorgen voor een grotere motivatie tot gedragsverandering die kan leiden tot gewichtsverlies en een verlaagd zelf-stigma op korte termijn, net als dat dit kan zorgen tot een groter zelfvertrouwen in het succes dat de gedragsverandering effectief tot gewichtsverlies kan leiden (36,46). Patiënten vinden de stappen "ASK", "ASSIST" en

“ARRANGE” het meest waardevol, waarbij de stap “ARRANGE” bewees te zorgen voor een significant gewichtsverlies na drie maanden. Literatuur gelooft dat het 5A-model voor obesitaszorg een nuttig consultatiemodel is dat de nadruk legt op de vaardigheden die nodig zijn om kwalitatief goede, op gedrag gebaseerde obesitasbegeleiding (36). Slechts één studie concludeerde dat een interventie waarin louter een E-learning over het 5A-model werd geïncludeerd niet volstond om op lange termijn de obesitaszorg te verbeteren in de eerste lijn (46).

Wat is nog niet gekend over het 5A model?

Er bestaat momenteel geen literatuur over hoelang consultaties die het 5A model voor obesitas volgen, gemiddeld duren. Het is dus niet duidelijk of dat dergelijke consultaties kunnen afgehandeld worden in de periode die voor een normale routineconsultatie wordt voorzien. Het is ook niet gekend of patiënten deze consultaties als stigmatiserend ervaren. Daarnaast bestaat er onduidelijkheid over hoe zinvol patiënten en huisartsen deze consultaties vinden.

3. Veldonderzoek

Onderzoeksvraag van het veldonderzoek

"Hoe kunnen we de aanpak van obesitas bij onze patiënten in de huisartsenpraktijk verbeteren?"

Het veldonderzoek heeft volgende deelvragen:

- *"Waarom initiëren patiënten met obesitas zelden een gesprek met hun huisarts over de aanwezigheid van obesitas?"*
- *"Hoe reageren patiënten op de uitnodiging om rond hun levensstijl te werken?"*
- *"Hoeveel tijd neemt de korte obesitasinterventie gemiddeld in beslag?"*
- *"Ervaren patiënten de korte obesitasinterventie als stigmatiserend?*
- "*Hoe wordt de korte obesitasinterventie ontvangen bij artsen en patiënten?"*

Totstandkoming van het veldonderzoek

Stap 2: ORGANISE A MEETING

Op 11 februari 2022 vond een brainstormsessie plaats in de eerste stagepraktijk van de HAIO in aanwezigheid van volgende zorgverleners: praktijkopleider, HAIO, secretaresse en praktijkverpleegkundige. Op 10 maart 2022 vond een gelijkaardige brainstormsessie plaats in de tweede stagepraktijk van de HAIO met de aanwezigheid van volgende zorgverleners: praktijkopleider en HAIO.

Tijdens dit overleg werd nagedacht over welke barrières de huisartsen ervaren om aan obesitaszorg te doen. Dit alles wordt in detail beschreven onder de titel "*Understand proces: visgraatanalyse"* op pagina 26.

Samenvattend voelen de artsen van beide opleidingspraktijken zich niet bekwaam genoeg om patiënten aan te spreken op de aanwezigheid van obesitas. Ze zijn er zich enerzijds van bewust dat patiënten met obesitas zich vaak gestigmatiseerd voelen en hebben schrik dat patiënten zich geschoffeerd zullen voelen als de huisarts het onderwerp "obesitas" aankaart waardoor zo de arts-patiënten relatie in het gedrang zou kunnen komen. Anderzijds denken de artsen dat het opnemen van obesitaszorg veel tijd in beslag zal nemen; wat moeilijk is in een tijd waarin er een prangend huisartsentekort heerst en de agenda's steeds volgeboekt zijn.

De doelpopulatie en inclusiecriteria voor het veldonderzoek werden tevens tijdens deze vergaderingen vastgelegd. Deze worden beschreven onder "*Stap 5: START: PDCA-cyclus*" op pagina 28.

Stap 3: CLARIFY PROBLEM

Er werd besloten om voor het kwaliteitsverbeterend project vijf obesitasraadplegingen met de structuur van de 5A-model voor obesitaszorg te organiseren. In overleg met de praktijkopleiders werd beslist om het veldonderzoek enkel te laten plaatsvinden in de tweede opleidingspraktijk: *"Medisch Centrum Mens"* te Antwerpsesteenweg 289A, 2390 Westmalle. Dit is een eerstelijnspraktijk die bestaat uit een huisarts (praktijkopleider), een huisarts-in-opleiding, een onthaalmedewerkster, een podologe, een psychotherapeut, een kindercoach/gezinsondersteuner en een verpleegkundige die op dit moment de VIHP-opleiding volgt. Omwille van familiale omstandigheden gaf de praktijkopleider aan enkel tijd te hebben om patiënten te rekruteren waarna ze geen obesitasraadplegingen zou voorzitten.

Elke obesitasraadpleging zal getimed worden, zodat er nadien een duidelijk beeld kan gevormd worden over hoelang elke obesitasraadpleging gemiddeld duurt.

Eveneens zal er na een maand een evaluatiemoment gehouden worden waarin de haalbaarheid en arbeidsintensiviteit van de raadplegingen zullen worden geëvalueerd. Ook zal er geëvalueerd worden of de HAIO zich comfortabel voelt bij de vooropgestelde communicatieve aanpak die beschreven staat in het script. Daarnaast zal er in de transcripten van de obesitasraadplegingen worden nagekeken of patiënten nog steeds gemotiveerd zijn om hun levensstijl aan te passen. Indien nodig, kan de interventie dan bijgestuurd worden en een nieuw evaluatiemoment ingepland worden.

Bij de afloop van het project worden de patiënten gevraagd een vragenlijst in te vullen waarin wordt bevraagd of ze de obesitasraadplegingen een nuttige interventie vonden en of de huisartsenpraktijk deze raadplegingen zou moeten blijven aanbieden in haar dagelijkse praktijkvoering. Ook wordt bevraagd of patiënten het de taak vinden van de huisarts om dit soort raadplegingen aan te bieden en of patiënten dit soort raadplegingen ook zou bijwonen als deze voorgezeten zouden worden door een getrainde praktijkverpleegkundig. Daarnaast wordt bevraagd of deze raadplegingen als stigmatiserend werden ervaren, of de raadplegingen de patiënten hebben aangezet tot een gezondere levensstijl en of ze deze raadplegingen verder zouden bijwonen als deze als normale huisartsenconsultaties zouden worden getarifeerd. Als laatste wordt gevraagd hoe groot hun motivatie en zelfvertrouwen is om hun levensstijl te blijven aanpassen na het doorlopen van de vijf raadplegingen.

De HAIO kijkt nadien in de transcripten van de raadplegingen na hoe de motivatie en het zelfvertrouwen tot levensstijlverandering in de loop van de tijd zijn geëvalueerd. Aansluitend zal de HAIO nakijken of de patiënten na het afronden van het project effectief hun levensstijl aanpasten of gewicht verloren hebben. Successen zullen dan worden geïdentificeerd en er zal ook aandacht gegeven worden aan eventueel falende handelingen.

Na afloop van het project zal de HAIO reflecteren over hoe het project in het algemeen haar bevallen is: met welke stappen ze moeilijkheden ondervond, of ze voorstellen heeft om het script nog te verbeteren en ze een blijvende inspanning wilt leveren om deze interventie te blijven implementeren in de dagdagelijkse praktijkvoering.

Stap 4: UNDERSTAND PROGRES, visgraatanalyse

Barrières die de artsen van de eerste en tweede opleidingspraktijk ervaren om een gesprek over obesitas te starten

- Tijdens een preventieconsult wordt obesitas zelden aangehaald. Vaak hebben patiënten een cardiovasculaire of locomotorische co-morbiditeit die medicamenteus behandeld moet worden (bv. diabetes mellitus type 2, arteriële hypertensie…) waardoor hier meer tijd en aandacht in wordt gestoken.
- Stigma over obesitas: artsen durven patiënten hier niet op aan te spreken uit schrik dat die zich aangevallen zouden voelen.
- Artsen vullen gedachtegang van patiënt zelf in:
    - "Ze gaan dit niet willen."
    - "Ze hebben, gezien hun co-morbiditeit, al zo veel aan hun hoofd."
    - Er heerst de indruk dat weinig obese patiënten gemotiveerd zullen zijn om hun overgewicht aan te pakken, waardoor inspanningen van de praktijk rond obesitas als tijdverspilling kunnen gezien worden.
- Er is onvoldoende kennis over wat de taak van de huisarts is bij de multidisciplinaire begeleiding van een obesitas.
- Er heerst het vermoeden dat patiënten niet gemotiveerd zullen zijn om in te gaan op een verwijzing naar een diëtist, beweegcoach, kinesist of psycholoog omwille van de kostprijs die vaak beperkt wordt terugbetaald door de mutualiteit.

Barrières bij patiënten

Dit werd bevraagd voor aanvang van het veldonderzoek aan patiënten die langskwamen voor een aan obesitas-gerelateerde raadpleging of aan patiënten met een cardiovasculaire co-morbiditeit met een klinisch vermoeden van de aanwezigheid van obesitas met volgende vraag: "*In de huisartsenpraktijk beginnen weinig patiënten een gesprek met hun huisarts over overgewicht of obesitas. Waaraan denk je dat dat ligt?"*

- Sommige patiënten denken dat …
    - … een consult bij de huisarts enkel dient om acute zaken te bespreken.
    - … de huisarts weinig interesse heeft in de behandeling van obesitas en dus weinig moeite zal steken in dit onderwerp.
    - … de huisarts onmiddellijk de patiënt zal doorsturen naar een diëtist terwijl de patiënt dit niet wilt.
    - … de huisarts een streng en/of duur dieet zou voorstellen.
    - … de huisarts onmiddellijk bariatrische chirurgie zou aanraden.
    - … naar een diëtist gaan een logischere keuze is om over deze problematiek te spreken.
- Sommige patiënten hadden slechte ervaringen met huisartsen die stigmatiserend taalgebruik hanteerden en hadden schrik dat het opbrengen van dit onderwerp ervoor zou kunnen zorgen dat de arts-patiënt relatie zou beschadigd geraken.
- Een patiënte ziet haar overgewicht als een zwakte en wilt niet zwak overkomen bij haar huisarts.
- Een patiënte was beschaamd om dit probleem aan te kaarten bij haar mannelijke huisarts.

Factoren gebonden aan het elektronisch patiëntendossier die ervoor kunnen zorgen dat obesitaszorg op dit moment suboptimaal wordt verleend in de huisartsenpraktijk

- Wanneer een gewicht en lengte worden ingegeven in het elektronisch patiëntendossier en de BMI blijkt boven 30 kg/m^2 te zijn, hebben de artsen niet altijd de gewoonte om de ICPC-2 code P82 “adipositas”” bij actieve zorgelementen te zetten. Op deze manier staat dit voor de volgende consultaties niet in het zicht en wordt er vermoedelijk minder aandacht aan gegeven.

Uit kwalitatief onderzoek dat uitgevoerd werd bij 28 obese volwassen, blijkt dat patiënten met obesitas het de verantwoordelijkheid vinden van de huisartsen om de conversatie over gewicht te initiëren op een niet-veroordelende en respectvolle manier. Deze patiënten wensten begeleid te worden op een holistische manier met inachtneming van de volledige gezondheid en het welzijn van de patiënt. Bij sommige patiënten werd eerder nooit een gesprek over gewicht geïnitieerd door hun huisarts. Patiënten zonder co-morbiditeit gaven aan dat ook zij een gesprek met hun huisarts over gewicht nuttig zouden vinden als preventieve maatregel voor cardiovasculaire co-morbiditeit (47).

Het wordt echter niet aangeraden om bij elke patiënt met een klinisch vermoeden van obesitas onmiddellijk een gesprek over obesitas te starten. Zo toonde Sagi-Dain et al. (2021) aan dat patiënten dit vooral appreciëren als de huisarts initieel de toestemming vroeg om een gesprek over obesitas te starten (48).

Na het maken van deze probleemanalyse werden, na inachtneming van bovenstaande literatuurresultaten, er een aantal **prioriteiten** gesteld waaraan er tijdens het veldonderzoek aandacht zal worden besteed, in volgorde van belang:

- Aan patiënten met een klinisch vermoeden van obesitas, of aan patiënten met cardiovasculaire co-morbiditeit de vraag stellen of de patiënten willen gewogen worden en een gesprek willen voeren over hun gewicht.
- Meer tijd vrijmaken om obesitas te kunnen begeleiden.
- Een script maken van een korte interventie waarbij artsen patiënten met obesitas kunnen benaderen en begeleiden.
- Nadenken over hoe we als artsen deze patiënten kunnen motiveren tot het in handen nemen van hun overgewicht en hoe we als artsen deze patiënten het beste kunnen opvolgen.

Stap 5: START: PDCA-cyclus

Er werd beslist om het 5A-model voor obesitaszorg, beschreven in het literatuuronderzoek, voor het veldonderzoek te implementeren in de opleidingspraktijk van de HAIO. Het doel van deze interventie zal zijn om na te gaan of deze korte interventie de aanpak van obesitas in de huisartsenpraktijk kan verbeteren. Daarnaast zal er aandacht gegeven worden aan de subvragen die hierboven werden opgelijst.

Dit kwaliteitsverbeterend project verschilt van al bestaande studies, aangezien in dit project ook aandacht wordt gegeven aan de tijd die de arts spendeert in het uitvoeren van het 5A-model. Er wordt ook zowel aan arts als aan patiënt bevraagd hoe zij deze consultaties hebben ervaren. Daarnaast wordt er in deze masterproef minder aandacht gegeven aan gewichtsverlies als doel, maar eerder aan een duurzame levensstijlverbetering.

Er werd beslist om volgende **selectiecriteria** toe te passen in de studiepopulatie:
Inclusie:

- Patiënten in de leeftijdscategorie 18-65 jaar
- Patiënten met een BMI 30-39.9 kg/m^2
- Patiënten met een globaal medisch dossier in de huisartsenpraktijk waarin de studie zal worden uitgevoerd
- Patiënten waarbij een vlot gesprek in het Nederlands mogelijk is
- Patiënten die aanwezig zijn tijdens een routineconsultatie, waarin er nog minstens een minuut extra tijd over is om de studie toe te lichten.

Exclusie

- Patiënten die tijdens de routineraadpleging ernstig ziek zijn
- Zwangere patiënten
- Patiënten met een psychiatrische stoornis
- Patiënten die een eetstoornis hebben/hadden
- Wilsonbekwame patiënten
- Patiënten met een verstandelijke handicap

Drop-out

- Patiënten die, op eender welk moment van het proces, wensen te stoppen met hun deelname aan het onderzoek worden geëxcludeerd uit het onderzoek. De al verzamelde patiëntgebonden gegevens worden niet verwerkt in de studie als zij dit wensen.

Aantal deelnemers

- Er wordt gepoogd twaalf à vijftien proefpersonen te includeren.

Bij de start van de rekrutering bleek na een query-onderzoek in het elektronisch patiëntendossier dat 84 patiënten in aanmerking kwamen om deel te nemen aan de studie.

Plan:

Script

De HAIO maakt een script voor een raadpleging die zich toespitst op de behandeling van obesitas: een obesitasraadpleging die opgesteld is volgens het '5A-model van obesitaszorg'. Omdat dit model een kapstok biedt voor een gestructureerde interventie, maar verder weinig inhoudelijke en concrete adviezen voorlegt, wordt voor de concrete invulling hiervan verder gezocht in de literatuur. Deze concrete adviezen zoals eet-, beweeg- en gedragsadviezen en educatieboodschappen over obesitas worden neergeschreven in **bijlage 2** en **bijlage 3**, samen met hun bronvermelding. Het script is te vinden in **bijlage 1**.
De HAIO zorgt ervoor al deze bijlages op het bureaublad van haar praktijkcomputer staan en dat dit ten alle tijden beschikbaar is tijdens de raadpleging.

Op 27/02/2023 verleende het Ethisch Comité UZA/UAntwerpen de goedkeuring voor dit project.

Rekrutering

Vervolgens zetten beide artsen van de opleidingspraktijk (HAIO en praktijkopleider) zich in voor de rekrutering van patiënten voor deze studie. Dit gebeurt op volgende manier:
In de periode mei – augustus 2023 wordt vrijblijvend aan consulterende patiënten met gekende cardiovasculaire co-morbiditeit en/of een klinisch vermoeden van obesitas op het einde van een routineconsult gevraagd of de arts de patiënt mag wegen en meten en een gesprek over gewicht mag beginnen.
Bij de start van de rekrutering waren slechts 88 patiënten ingeschreven in de praktijk met de ICPC-2 code P82 ("adipositas") beschreven in de actieve zorgelementen. Er werd bewust gekozen om deze patiënten niet actief aan te schrijven en hen uit te nodigen voor het kwaliteitsverbeterend project, omdat onder andere uit het artikel van Torti *et al.* (2017) blijkt dat patiënten het belangrijk vinden dat artsen een gesprek over gewicht initiëren op een respectvolle, niet stigmatiserende en niet veroordelende manier (47). Aangezien de HAIO pas in april 2023 startte in de opleidingspraktijk waar het veldonderzoek doorgaat, leek het beter om patiënten persoonlijk aan te spreken tijdens een routineconsultatie in plaats van hen per brief uit te nodigen. Tijdens een echte consultatie lijkt het de HAIO namelijk gemakkelijker om een vertrouwensband te kunnen scheppen en met lichaamstaal en taalgebruik duidelijk te maken dat deze interventie niet stigmatiserend is bedoeld.
Lengte en gewicht worden gemeten met apparatuur dat zich in het dokterskabinet bevindt. Het lichaamsgewicht wordt gemeten met schoenen en kleren aan, de jas wordt uitgedaan. In datzelfde consult wordt de BMI berekend.
Als een BMI tussen 30-39.9 kg/m^2 wordt vastgesteld, wordt aan de patiënten uitgelegd dat deze BMI te hoog is. Daarnaast wordt uitgelegd dat de huisarts de geschikte persoon is om patiënten hierin te begeleiden, als dit gewenst is. Er wordt vervolgens gevraagd of de patiënt zou willen deelnemen aan deze studie, waarin de patiënt vijfmaal per zes weken, gedurende zes maanden, gratis een obesitasraadpleging kan bijwonen. Nadien wordt uitgelegd hoe deze raadplegingen er uit zouden zien. Er wordt expliciet toegelicht dat een deelname op elk moment kan worden stopgezet, omdat een deelname van de patiënt volledig vrijwillig dient te zijn.

- *"Er worden in de toekomst hier in de praktijk vijf gratis raadplegingen aangeboden in het kader van een masterproef waarin er wordt onderzocht hoe we de zorg voor patiënten met een te*

hoog BMI kunnen verbeteren in de huisartsenpraktijk. In deze raadplegingen zal er geluisterd worden naar jouw persoonlijk verhaal en, als je dit wenst, kan er een op maat gemaakt plan gemaakt worden om je te helpen naar een gezondere levensstijl, indien uit jouw verhaal blijkt dat de jouwe nog kan verbeteren."

Als de patiënt akkoord gaat met zijn/haar deelname aan het onderzoek, zal de arts het informed consentformulier (ICF) overhandigen. In dit ICF wordt duidelijkheid gegeven over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's en nadelen verbonden aan de deelname; de mogelijk externe financiering van het onderzoek, de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens. Dit ICF wordt samen met de patiënt overlopen. Deze kan dit ICF, na eigen toestemming, ondertekenen. Als de patiënt nog twijfelt, wordt het ICF meegegeven naar huis. De patiënt wordt dan verzocht dit ICF binnen twee weken terug in een gesloten enveloppe in de brievenbus te steken, geadresseerd aan de HAIO. Als de patiënt dit niet doet, wordt deze na twee weken telefonisch gecontacteerd door de HAIO met de vraag of deze nog wil deelnemen. Indien de patiënt alsnog wil deelnemen wordt hij verzocht het ICF ingevuld terug te brengen naar de huisartsenpraktijk. Op dat moment kan de onthaalmedewerkster de patiënt een afspraak geven voor de eerste obesitasraadpleging.

De HAIO heeft de verantwoordelijkheid om in het oog te houden dat er voldoende patiënten ingaan op de uitnodiging om deel te nemen aan de obesitasraadplegingen. Er wordt gepoogd minstens 12 patiënten te includeren in het project.

Inhoud van de obesitasraadplegingen: (zie ook: bijlage 1*)*

Tijdens de **eerste obesitasraadpleging** vindt een uitgebreide anamnese plaats zodat de HAIO een idee kan krijgen over het persoonlijk verhaal over het overgewicht van de patiënt. In deze anamnese wordt aandacht gegeven aan de ICE van de patiënt, het cardiovasculair risicoprofiel, eerdere ervaringen met pogingen tot gewichtsverlies, barrières om een nieuwe poging te ondernemen om gewicht te verliezen, obesogene factoren, psychologische neveneffecten van obesitas en de motivatie en zelfvertrouwen om gewicht te verliezen. Voor het cardiovasculair risicoprofiel wordt, indien beschikbaar, o.a. gekeken naar oude bloedresultaten. Als er geen oude bloedresultaten bekend zijn, wordt geen nieuwe bloedafname verricht. *(ASSESS)*.

Vervolgens wordt voorlichting gegeven over obesitas als chronische aandoening en worden een aantal adviezen tot levensstijlinterventies voorgesteld, allen gebaseerd op evidence based literatuur *(ADVISE).*

Nadien wordt gevraagd of de patiënt geïnteresseerd is om enkele van deze interventies te implementeren in zijn eigen levensstijl. Er wordt getracht deze interventies zo concreet mogelijk te maken door de patiënt deze als SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden) te laten formuleren *(ASSIST).*

Er wordt aandacht besteed aan welke doelen de patiënt hiermee graag zou verwezenlijken. Doelen worden door de HAIO bijgeschaafd, indien deze doelen niet realistisch zouden blijken. Er wordt aandacht gegeven aan de te voorspellen barrières die de patiënt zou kunnen ervaren om de levensstijlverandering te kunnen uitvoeren en er wordt samen gekeken naar hoe deze barrières kunnen omzeild worden *(AGREE).*

Als laatste wordt er aandacht gegeven aan mogelijk facilatoren: zoals het inschakelen van een diëtist, bewegen-op-verwijzing-coach, kinesist of psycholoog. Indien gewenst, verwijst de HAIO de patiënt door via een verwijsbrief waarin biometrie, relevante voorgeschiedenis, geformuleerde doelen en

vraagstelling worden genoteerd. Nadien wordt een nieuwe obesitasraadpleging bij de HAIO ingepland na zes weken *(ARRANGE).*

Tijdens de **tweede, derde, vierde en vijfde obesitasraadpleging** worden voortgang en eventuele barrières bij het implementeren van de nieuwe levensstijlinterventies bevraagd. Met motiverende gesprekstechnieken ondersteunt en motiveert de HAIO de patiënt. Indien nodig, wordt de patiënt doorverwezen naar diëtist, bewegen-op-verwijzing-coach, kinesist of psycholoog.

In de **vijfde raadpleging** wordt de patiënt terug gewogen en krijgt de patiënt na afloop een papieren vragenlijst mee: "*Vragenlijst na afloop patiëntenonderzoek*", die hij/zij verzocht wordt in te vullen in de wachtzaal na de consultatie, en die nadien onmiddellijk achter te laten op het secretariaat. Deze vragenlijst is terug te vinden in **bijlage 5**. In deze vragenlijst wordt bevraagd of ze de obesitasraadplegingen een nuttige interventie vonden en of de huisartsenpraktijk deze raadplegingen zou moeten blijven aanbieden in haar dagelijkse praktijkvoering. Ook wordt bevraagd of patiënten het de taak vinden van de huisarts om dit soort raadplegingen aan te bieden en of patiënten dit soort raadplegingen ook zou bijwonen als deze voorgezeten zouden worden door een getrainde praktijkverpleegkundig. Daarnaast wordt bevraagd of deze raadplegingen als stigmatiserend werden ervaren, of de raadplegingen de patiënten hebben aangezet tot een gezondere levensstijl en of ze deze raadplegingen verder zouden bijwonen als deze als normale huisartsenconsultaties zouden worden getarifeerd. Als laatste wordt gevraagd hoe groot hun motivatie en zelfvertrouwen is om hun levensstijl te blijven aanpassen na het doorlopen van de vijf raadplegingen.

Praktische zaken m.b.t. de organisatie van deze obesitasraadplegingen:

- Tijdens alle contactmomenten wordt aandacht gegeven aan een niet-stigmatiserende (non)-verbale houding met extra aandacht voor het vermijden van *'weight bias'* door de arts. *Weight bias* wordt gedefinieerd als het hebben van negatieve houdingen, overtuigingen, assumpties en oordelen over individuen die overgewicht hebben of obees zijn (49).
- De duur van elke obesitasraadpleging wordt bijgehouden door voor de start van de raadpleging een timer te starten en deze na afloop van de raadpleging te stoppen.
- De obesitasraadplegingen worden idealiter gestart juni 2023 en worden ten laatste afgerond in februari 2024.

DO

Rekrutering

In juni 2023 startte de rekrutering van patiënten voor deze studie. De artsen probeerden er een gewoonte van te maken om patiënten die langskwamen voor een jaarlijks nazicht telkens op de weegschaal te zetten, net zoals mensen met diabetes mellitus type I en II, hypercholesterolemie of arteriële hypertensie. De HAIO pleegde een overleg bij de praktijkdiëtiste over wat haar visie was over hoe frequent patiënten best gewogen worden in de huisartsenpraktijk. Zij raadde aan om, zoals eerder ook vermeld in de literatuur, eerst toestemming te vragen om te praten over gewicht. Nadien stelde ze voor om de patiënt te vragen wanneer die zich het laatst had gewogen om nadien de vraag te kunnen stellen of de patiënt geïnteresseerd is om op dat moment in de praktijk zich nogmaals te wegen. Omdat de nadruk in de laatste jaren geshift is van gewichtsverlies naar een gezonde en duurzame levensstijlverandering, raadde ze aan om mensen met diabetes mellitus of andere cardiovasculaire co-morbiditeit slechts eenmaal per jaar op de weegschaal te zetten, tenzij ze er zelf achter zouden vragen. Zo zou dit kunnen gekaderd worden in een jaarlijks nazicht, en wordt het risico kleiner dat een patiënt niet meer naar de praktijk zou durven komen als deze niet graag telkens over zijn gewicht zou willen praten.

Onder het mom van een jaarlijks nazicht en het vervolledigen van het dossier lukte het de artsen vlot om verschillende patiënten op de weegschaal te zetten en nadien een kort gesprek te hebben over het nadelig effect van overgewicht of obesitas. Onmiddellijk ervaarden ze grote verschillen in reactie van patiënten. Enerzijds stonden verschillende patiënten open voor een weegmoment, anderzijds waren er ook verschillend mensen die zich redelijk defensief opstelden. De HAIO merkte op dat de defensieve patiënten vooral de patiënten waren met arteriële hypertensie of hypercholesterolemie die door hun medicatie deze aandoeningen mooi konden controleren en dus verder weinig last ondervonden van deze co-morbiditeit. De meeste geïncludeerde patiënten werden opgepikt door hen na het weegmoment de vraag te stellen hoe ze zich voelden bij dit gewicht. Indien ze ontevreden waren, en ze verder voldeden aan de inclusiecriteria, gaven de artsen hen meer informatie over een eventuele deelname aan de studie. Op deze manier werden tussen juni 2023 en september 2023 tien patiënten gevonden die wilden deelnemen aan de studie. Een overzicht van kenmerken van deze geïncludeerde patiënten wordt beschreven in **tabel 5**.

Tabel 5: Algemene kenmerken van de geïncludeerde patiënten (n=10)

Vrouwen Mannen	n = 8 n = 2
Gemiddelde leeftijd (jaar)	44.5 (20 – 65)
Gemiddelde BMI (kg/m^2)	35.1 (30.2 – 38.4)
Co-morbiditeit - Hypercholesterolemie - Diabetes mellitus type 2 - Arteriële hypertensie - Slaapapneu - Invaliderende gewichtsklachten OL - Frequent sombere gevoelens - Frequent angstige gevoelens - Laag zelfbeeld	 n = 6 n = 2 n = 5 n = 3 n = 4 n = 4 n = 1 n = 8 (waarvan 7 vrouwen en 1 man)

n, aantal; OL, onderste ledematen; BMI, body mass index

Eerste obesitasraadpleging

In juni 2023 werden de eerst drie patiënten geïncludeerd in de studie. De allereerste raadpleging vond plaats op 21 juni 2023. Tijdens deze eerste raadplegingen werd het script van **bijlage 1, versie 1** volledig gevolgd. Op deze manier werden alle stappen van het 5A-model (*Assess, Advice, Assist, Agree* en *Arrange*) doorlopen. Om de continuïteit van zorg te garanderen werd op het einde van de eerste raadpleging onmiddellijk een opvolgraadpleging ingepland na zes weken. De gemiddelde duur van deze eerste obesitasraadpleging bedroeg 43 minuten.

Check:

Een maand na de start van de obesitasraadplegingen hield de HAIO een kleine audit omdat ze niet tevreden was met de manier waarop de eerste raadplegingen waren verlopen. Er vielen haar drie dingen op tijdens het uitvoeren van deze raadplegingen:

- Als alle stappen van het 5A-model moeten doorlopen worden, zoals vooropgesteld in het script, is het onmogelijk om de consultatie kort te houden. De bedoeling is dat deze raadpleging kan geïntegreerd worden in de dagdagelijkse huisartsenpraktijk en dat dit veldonderzoek de implementatie van een korte interventie onderzoekt. De gemiddelde duur van de eerste drie raadplegingen bedroeg 43 minuten. De arbeidsintensiviteit van deze eerste obesitasraadpleging was op dat moment dus te groot. Wetende dat het druk infectieseizoen er nog zat aan te komen, voelde de HAIO de noodzaak om het script van de eerste raadpleging te herschrijven tot een consultatie die qua duur toch kan geïntegreerd worden in de dagdagelijkse praktijk.
- Het voelde niet natuurlijk om alle stappen van het 5A-model bij elke patiënt te moeten overlopen. Zo waren twee van de patiënten ooit al bij een diëtist geweest, en wisten zij al veel over de nadelen van obees te zijn. De educatie hieromtrent uit stap *"Advice"* leek bij hen overbodig en voelde aan als tijdsverspilling. Het viel ook op dat het script er van uit gaat dat alle deelnemende patiënten onmiddellijk gemotiveerd zouden zijn om actie te ondernemen en hun levensstijl te veranderen. Zo worden er in *"Advice"* onmiddellijk verschillende voorstellen gedaan tot levensstijlinterventie, terwijl het bij sommige patiënten in de eerste stap "Assess" duidelijk werd dat zij hier nog niet voor gemotiveerd waren. Het script was dus niet aangepast op mensen die niet onmiddellijk klaar waren om hun levensstijl aan te passen.
- Na het afronden van de eerste raadpleging had de HAIO de indruk dat ze bij alle patiënten toch en zaadje had gepland om na te denken over hun levensstijl of om effectief al actie te ondernemen. Volgens het script zou ze hen voor een tweede raadpleging pas na zes weken terugzien. Dit voorstellen voelde onmiddellijk erg onnatuurlijk. Patiënten waren net gemotiveerd om met sommige adviezen aan de slag te gaan of om hun ambivalentie rond levensstijl te investigeren, en dan voelde een pauze van zes weken om dit verder te exploreren veel te lang. Patiënten gaven dit ook onmiddellijk aan.

Act:

Na het doorlopen van deze 'check-fase' voelde de HAIO de noodzaak om het script van de eerste obesitasraadpleging aan te passen. De gemiddelde duur van de raadplegingen moest korter en het script moest aangepast worden aan mensen die niet onmiddellijk klaar waren om hun levensstijl aan te passen. Als laatste moest de opvolgfrequentie omhoog. Het script moest de mogelijkheid bieden om **interventies op maat** aan te bieden. Het eerste script legde voornamelijk de focus op verschillende

interventies voor te stellen, waaruit de patiënt zelf kon kiezen met welke hij aan de slag kon gaan. Dit hield echter geen rekening met zijn/haar risicoprofiel, motivatie, wensen en verwachtingen.

De aanpassingen in het script waren de volgende:

- In de "*Advice*" stap wordt in het nieuwe script teruggekoppeld naar het risicoprofiel dat in de eerste stap "*Assess*" wordt blootgelegd. In het eerste script kwam dit niet aan bod, waardoor het voor de patiënt soms niet altijd duidelijk was welke invloed obesitas had op diens gezondheid. Daarnaast wordt er eerst afgetast of de patiënt extra informatie wenst over het ontstaan en de mogelijke gevolgen van obesitas, aangezien hij/zij vaak al voorkennis heeft. In het nieuwe script wordt tijdens de "*Advice*" stap nog geen aanbevelingen gedaan tot levensstijlverandering, omdat dit beter past na het in kaart brengen van het motivatiestadium.
- In de "*Assist*" stap wordt meer de nadruk gelegd op motivationele gesprekvoering om enerzijds motivatie te creëren om de levensstijl te veranderen en anderzijds het motivatiestadium in kaart te brengen. Dit wordt gedaan aan de hand van de motivatiestadia, voorgesteld volgens Prochanska en DiClemente (7).
- De grootste aanpassing van het script ligt hem in het feit dat de voorgestelde interventie wordt aangepast aan het motivatiestadium, eerder dan dat de patiënt de keuze krijgt uit een hele resem voorbeelden van levensstijlverandering die mogelijks niet aangepast zijn aan zijn motivatiestadium. De aanbevelingen tot interventie bij elk motivatiestadium werd gevonden in de richtlijn "Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk" van Domus Medica en de richtlijn "Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Draaiboek voor huisartsen" van EetExpert (7,42).
- De opvolgafspraken worden vanaf nu om de vier weken ingeboekt in plaats van om de zes weken.

Het aangepast script wordt in **bijlage 1** beschreven onder **'versie 2'**

Er werd dus besloten om het script van de eerste raadpleging aan te passen om zo een meer persoonlijke aanpak te kunnen aanbieden en de duur van de raadplegingen te kunnen beperken. Om deze reden werd de *Plan-Do-Check-Act cirkel van kwaliteitsverbetering* nogmaals doorlopen.

Plan

In de periode juli 2023 tot en met september 2023 zullen nog minstens zeven nieuwe patiënten gezocht worden om deel te nemen aan de studie. Het nieuwe script van de eerste raadpleging zal getest worden en na een maand een nieuwe evaluatie krijgen. Het script van de vier vervolgraadplegingen blijft hetzelfde.

Voorbereiding op de obesitasraadplegingen:

Als voorbereiding op het begeleiden van mensen met obesitas leest de HAIO nog praktische informatie over motiverende gesprekstechnieken. De belangrijkste principes hierover worden hieronder opgelijst (42):

- Autonomie
    - Reflectief luisteren en empathisch reageren
    - De patiënt laten kiezen uit verschillende behandelopties

    - Duidelijk maken aan de patiënt dat hijzelf beslist wat hij met gegeven informatie doet.
- Competentie
    - Realistische, uitdagende doelen stellen met concrete werkpunten
    - Tips geven om op moeilijke momenten te kunnen anticiperen.
    - Vertrouwen en geloof hebben in de patiënt (aanmoedigen)
- Verbondenheid
    - Respectvolle houding en betrokkenheid
    - Betrek de omgeving van de patiënt (42)
    -

Do

Rekrutering

In de periode juli 2023 tot en met september 2023 werden nog zeven extra patiënten geïncludeerd, wat het totaal aantal deelnemende patiënten op tien brengt. De laatste raadpleging vond plaats op 29 februari 2024. De relevante kenmerken van alle geïncludeerde patiënten worden opgelijst in **tabel 5.**

Script

Het aangepaste script (zie **bijlage 1, versie 2**) voor de eerste raadpleging werd vanaf juli 2023 geïncludeerd. Dit werd geëvalueerd na een maand en bleek een grote verbetering te zijn waarna het niet verder meer werd aangepast en het voor alle zeven nieuw geïncludeerde patiënten werd gebruikt. Het script voor de vervolgafspraken diende nooit aangepast te worden. Alle patiënten werden vanaf juli 2023 om de vier weken opgevolgd.

Beschrijving van de adviezen die tijdens de raadplegingen werden gegeven

Met patiënten die zich in de beslissingsfase bevonden, werd samen nagedacht over welke doelen deze wilden behalen en werd ingezet op een concreet plan hiervoor op te stellen met een realistisch doel. De nadruk in deze fase werd gelegd op het aanmoedigen van het behalen hiervan en het benadrukken van (kleine) successen.
De adviezen die werden verleend aan de patiënten die zich in de actiefase bevonden, worden in **tabel 6** schematisch weergegeven.

Tabel 6: adviezen die werden gegeven aan patiënten die zich in de actiefase bevonden:

	Algemene adviezen over gedrag/ voeding/ beweging, cfr. **bijlage 3**	Afbouw van obesogene medicatie	Verwijzing naar diëtist	Verwijzing naar beweging-op-verwijzings-coach	Verwijzing naar psycholoog	Terugval-preventie tijdens de feestdagen
Patiënt 1	X			X	X	
Patiënt 2	X					
Patiënt 3	X	X	X			
Patiënt 4	X			X		
Patiënt 5	X		X			X
Patiënt 6	X		X			X
Patiënt 7	X				X	X
Patiënt 8	X		X	X		X
Patiënt 9	X					X
Patiënt 10	X		X			X

Resultaten veldonderzoek

In **tabel 7** wordt de evolutie van het BMI, gewicht, motivatie om levensstijl te veranderen, vertrouwen om levensstijl succesvol te veranderen en het motivatiestadium per patiënt weergegeven bij aanvang van het veldonderzoek en na afloop ervan.

Tabel 7: BMI, gewicht, motivatie om levensstijl te veranderen, vertrouwen om levensstijl succesvol te veranderen en motivatiestadium van Prochanska en Diclemente per patiënt bij aanvang en na afloop van het veldonderzoek:

	BMI (kg/m^2)		Gewicht (kg)		Motivatie om levensstijl te veranderen (VAS schaal /10)		Vertrouwen om levensstijl succesvol te veranderen (VAS schaal op 10)		Motivatiestadium van Prochanska en Diclemente	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Patiënt 1	37.4	35.4	103.2	97.5	7	8	3	6	Beslissingsfase	Actiefase
Patiënt 2	36.2	35.8	108.2	107.1	9	9	4	5	Actiefase	Beslissingsfase
Patiënt 3	35,3	34.2	96.0	93.0	8	9	7	8	Actiefase	Actiefase
Patiënt 4	38.3	35.8	132.2	123.8	10	10	7	9	Actiefase	Actiefase
Patiënt 5	33.3	31.8	102.0	97.4	8	8	5	8	Actiefase	Actiefase
Patiënt 6	30.5	28.9	82.0	77.8	7	7	8	9	Actiefase	Actiefase
Patiënt 7	30.2	28.1	73.1	70.1	10	10	7	7	Actiefase	Actiefase
Patiënt 8	33.8	31.9	93.1	87.0	7	8	6	8	Actiefase	Actiefase
Patiënt 9	37.6	35.8	130.0	123.8	8	9	7	9	Actiefase	Actiefase
Patiënt 10	38.4	36.9	121	115.6	8	8	3	6	Beslissingsfase	Actiefase

Pre, waarde gemeten bij aanvang van het veldonderzoek; Post, waarde gemeten na afloop van het veldonderzoek; VAS, visueel analoge schaal

Het motivatiestadium werd door de HAIO bij aanvang van het veldonderzoek en na afloop ervan voor elke geïncludeerde patiënt ingeschat. Het motivatiestadium van de twee patiënten die bij aanvang aangaven in de 'beslissingsfase' te zitten, veranderde naar dat van de 'actiefase' na afloop van de vijf raadplegingen. Zeven patiënten die oorspronkelijk aangaven al in de 'actiefase' te zitten, gaven na afloop opnieuw aan in diezelfde fase te zitten. Slecht één patiënte die oorspronkelijk zich in da actiefase bevond, gaf aan zich na afloop eerder in de 'beslissingsfase' te bevinden.

Hoewel dat tijdens dit veldonderzoek de focus niet op gewichtsverlies, maar wel op levensstijlverbetering lag, werd het duidelijk dat elke patiënt na het afronden van de vijf obesitasraadplegingen toch was afgevallen. Het gemiddelde BMI zakte van 35.1 kg/m^2 (30.2 - 38.4) naar 33.5 kg/m^2 (28.1 - 36.9). Er was een gemiddeld gewichtsverlies van 4.8 kg (0.4 – 8.4).

Duur van de obesitasraadplegingen

De gemiddelde duur van de obesitasraadplegingen wordt hieronder weergegeven in minuten:

- Eerste raadpleging:
  - 43 (41-51) wanneer de eerste versie van het script werd gevolgd
  - 19 (16-26) wanneer de tweede versie van het script werd gevolgd
- Tweede raadpleging: 18 (14-24)
- Derde raadpleging: 16 (13-20)
- Vierde raadpleging: 14 (9-20)
- Vijfde raadpleging: 12 (8-17)

Check

Evaluatie door de geïncludeerde patiënten

Na de vijfde obesitasraadpleging werden de patiënten gevraagd een evaluerende vragenlijst in te vullen in de wachtzaal. De resultaten worden hieronder weergegeven.

Uit de vragenlijst blijkt dat negen van de tien patiënten van mening is dat huisartsen gelijkaardige raadplegingen zouden moeten aanbieden tijdens hun dagelijkse praktijkvoering (en dus niet enkel in studieverband).

- Ja (9)
    - *"Ik denk dat hier nog te weinig aandacht aan besteed wordt. Het mag zeker iets zijn dat opgestart mag worden."*
      Patiënt 5
- Nee (1)
    - *"Een echte specifieke raadpleging acht ik niet nodig maar wel bespreekbaar maken wanneer patiënt op raadpleging komt en zo doorverwijzen."*
      Patiënt 2

Acht patiënten vinden dat deze raadplegingen ook zouden kunnen aangeboden worden door andere zorgverleners zoals een diëtist, kinesist of apotheker. Twee patiënten vonden dit louter de taak van de huisarts.

- Taak van de huisarts (2)
    - *"Van dokters wordt dit sneller aanvaard dan bv. van diëtisten of apothekers (de commerciële zijde hiervan)"*
      Patiënt 8
- Ook taak van andere zorgverleners (8)
    - *"Ik denk dat er wel meerdere mensen dit kunnen aanbieden, maar dat de stap om naar de huisarts te gaan kleiner is.*
      Patiënt 5
    - *"Ik denk dat een huisarts enkel dient ingeschakeld te worden wanneer er medische problemen zijn. Zij zijn reeds overbevraagd en met een heel aantal tekorten. Wel een goede doorverwijzing en een opvolging op de achtergrond is raadzaam in mijn ogen. Uiteindelijk zijn er vele therapeuten (diëtisten, personal coach…) waar je terecht kan en die hier speciaal kunnen worden ingezet. Ook een doorverwijzing naar obesitaskliniek kan door huisarts geadviseerd worden."*
      Patiënt 6

Acht patiënten zouden deze raadpleging ook bijwonen als deze zou worden uitgevoerd door een getrainde praktijkverpleegkundige.

- Ja (8)
- Nee (2)

Geen enkele patiënt gaf aan dat die de raadplegingen als stigmatiserend had ervaren.

- Ja (0)
- Nee (10)
    - *"Neen omdat ik me er zeer goed van bewust ben dat erover praten al een eerste stap is"*
      Patiënt 5

Alle patiënten geven aan dat de raadplegingen hen hebben aangezet om en gezondere levensstijl aan te gaan.

- Ja (10)
    - *"De raadplegingen zijn motiverend. Je bent meer bewust bezig met voeding, gezondere levensstijl, tips."*
      Patiënt 3
    - *"Vooral het bewust omgaan met voeding op een 'niet strenge of dwingende manier', andere manieren van eten ook aangebracht: zoals structuur en tempo"*
      Patiënt 5
    - *"Ik ben door doktersbezoek uiteindelijk op consultatie geweest bij de diëtiste, waardoor er veranderingen zijn in het eetpatroon."*
      Patiënt 7
    - *"Ben er me weer even van bewust geworden om eraan te gaan werken. Ik ben begonnen met 1x per week zwemmen in de week."*
      Patiënt 10
- Nee (0)

Negen patiënten zouden de raadplegingen willen blijven volgen na afloop van het project, ondanks deze dan wel als een reguliere huisartsenconsulatie zouden worden getarifeerd.

- Ja (9)
    - *"Een keer per maand voor opvolging en mental coaching"*
      Patiënt 4
    - *"Als deze worden terugbetaald als een normaal doktersbezoek"*
      Patiënt 5
- Nee (1)
    - *Niet omdat ik hiervoor moet betalen, maar eerder uit mijn visie dat een huisarts hier niet voor dient en dat er wel andere zorgverleners zijn waar je hiervoor terecht kan"*
      Patiënt 6

Er werd bij aanvang en na afloop van het veldonderzoek getoetst naar de motivatie en vertrouwen om een levensstijlverandering goed te kunnen starten en uitvoeren:

- Op de vraag: *"Hoe gemotiveerd bent u om uw levensstijl te veranderen? Geef punten op tien."* werden beperkte verschillen opgemerkt tussen de cijfers bij aanvang van het veldonderzoek en na afloop ervan. Zes patiënten gaven hetzelfde cijfer aan (gemiddeld 8.7/10). Vier patiënten scoorden na afloop van het onderzoek hun cijfer hoger (gemiddeld 7.5/10 naar gemiddeld 8.5/10).
- Op de vraag: "*Hoeveel vertrouwen heb je dat het je zal lukken om je levensstijl aan te passen? Geef punten op tien*." Werden grotere verschillen opgemerkt tussen de cijfers bij aanvang van het veldonderzoek en na afloop ervan. Zo scoorden er wel negen patiënten hun cijfer na afloop van het veldonderzoek hoger (gemiddeld 5.8/10 naar gemiddeld 7.6/10). Slecht één patiënt behield hetzelfde cijfer (7/10).

Over het algemeen kan hier samengevat worden dat het 90% van de geïncludeerde patiënten het een goed idee vindt dat huisartsen dit soort raadplegingen zouden aanbieden in hun dagdagelijks praktijkvoering. Echter geeft een 80% aan dat ze deze raadplegingen ook zouden willen volgen als deze worden aangeboden door een diëtist, kinesist, apotheker of getrainde praktijkverpleegkundige. Geen enkel van de geïncludeerde patiënten ervaarden de raadplegingen als stigmatiserend en allen gaven zij aan dat zij na het doorlopen van de vijf raadplegingen hun levensstijl hadden verbeterd. Negentig procent van de patiënten gaven aan de raadpleging bij de huisarts te willen blijven volgen, ondanks deze nu niet meer gratis zouden worden aangeboden.

Het is opvallend dat het zelfvertrouwen van de geïncludeerde patiënten om de levensstijl te kunnen veranderen bij aanvang van het project aanmerkelijk lager lag dan de motivatie om deze levensstijlverandering te starten. Uit de cijfers die werden gescoord na afloop van het veldonderzoek lijkt het erop dat het veldonderzoek bij deze geïncludeerde patiënten de meest positieve invloed had op dit zelfvertrouwen om de levensstijl te kunnen veranderen. Uiteraard kan hier geen causaal verband aangetoond worden, aangezien de steekproef zeer klein is en statistiek hierop onmogelijk kan worden toegepast…

Evaluatie door de HAIO

Na het afronden van het veldonderzoek reflecteerde de HAIO ook over het kwaliteitsverbeterend project.

"In het algemeen in het kwaliteitsverbeterend project me goed bevallen.
Het heeft er onder andere voor gezorgd dat ik er meer een gewoonte van heb gemaakt om in het elektronisch patiëntendossier na te kijken wanneer het laatste gewicht werd ingegeven. Als dit langer dan een jaar geleden is, en de patiënt komt niet voor een acuut probleem, vraag ik hen vaker of zij het goed vinden om op dat moment op de weegschaal te gaan staan en dat ik dit zou noteren in het dossier. Ik heb hier zelden negatieve reacties op gekregen. Wat me vooral uit deze meetmomenten is bijgebleven, is het feit dat je vaak toch 'visueel' een andere inschatting van iemands BMI maakt dan dat het uiteindelijk effectief het geval is.
Vaak beginnen patiënten, na dit weegmoment, zelf een gesprek over hun gewicht wat voor mij de drempel ook lager maakte om hen te vragen om in te stappen in dit praktijkverbeterend project. Het lukte dan ook vrij vlot om twaalf patiënten te includeren in deze masterproef. Ik vermoed echter dat er nog veel meer patiënten geïnteresseerd zouden geweest zijn om ook hieraan deel te nemen. Het was vanaf de eerste obesitasraadpleging duidelijk dat deze raadplegingen veel tijd in beslag zouden nemen. Ik hield me daarom toch aan deze tien patiënten, aangezien ik in het begin niet goed kon inschatten hoelang elke consultatie zou duren en het veldonderzoek ook tijdens het drukke infectieseizoen ging plaatsvinden.

Al na drie eerste obesitasraadplegingen voelde ik de nood om het script aan te passen. Zo lukte het me niet om de duur van deze eerste raadplegingen voldoende kort te houden. Het werd me dan ook snel duidelijk dat deze eerste versie van het script heel arbeidsintensief was. Ook werd het me duidelijk dat niet iedereen nood had om alle stappen van het 5A-model voor obesitaszorg volledig te doorlopen en vond ik de opvolgperiode van zes weken te lang. Er werd in het eerste script ook weinig rekening gehouden met het motivatiestadium van de patiënt.
Uiteindelijk bleek de eerste raadpleging die de tweede versie van het script volgde gemiddeld nog 19 minuten te duren. Er kan dan de vraag gesteld worden of het 5A-model voor obesitaszorg wel een echte korte interventie aanbiedt; of eerder een consultatiemodel voor een langere interventie. Echter werd dit 5A-model in de literatuur toch verschillende keren een "minimal intervention" genoemd (35,50). Ik vermoed dat de rationale hierachter is dat de arts, na het afnemen van de anamnese, gemakkelijk een kort advies kan formuleren en hij/zij de voortgang hiervan tijdens een volgend consult gemakkelijk kort zou kunnen bevragen. Mijn opvolgconsulten duurden telkens wat langer. De reden daarvan was dat ik iedere keer op zoek ging naar nieuwe ingangspoorten om nieuwe adviezen te geven. Patiënten kwamen ook speciaal voor dit onderwerp naar de praktijk en gaven aan telkens

nieuwe adviezen te willen ontvangen. Als de opvolgconsultaties louter zouden bestaan uit het evalueren van de voortgang van het eerder gegeven advies; zou deze consultatie gemakkelijk ingekort kunnen worden. Aangezien ik de patiënten zelf nog niet goed kende (omdat ik nog maar een paar maanden in de praktijk werkte) nam de anamnese vaak veel tijd in beslag en ik vermoed dat deze anamnese dan ook korter zou zijn, als geroutineerde huisartsen deze raadpleging zouden uitvoeren bij patiënten die ze al enige tijd kennen.
In de tweede versie van het script werden sommige delen van het 5A-model (bv. de psycho-educatie over obesitas) als optioneel beschouwd, werd er meer aandacht gegeven aan motivationele gesprekstechnieken en werd er meer rekening gehouden met het motivatiestadium van de patiënt. In de eerste versie van het script leek het of ik bij iedereen dezelfde (lange) raadpleging voorzat. Bij de raadplegingen die de tweede versie van het script volgden, was het gemakkelijker om een meer persoonlijke aanpak te hanteren en om individueel te kunnen kijken waar welke patiënt baat bij zou hebben. Deze aanpak lag me beter dan de eerste.
Om een persoonlijke aanpak te kunnen garanderen in het verder verloop van het veldonderzoek was een grondige anamnese noodzakelijk. De anamnese die werd voorgesteld in het script vond ik hiervoor heel geschikt. Er werd onder andere gevraagd naar eerdere pogingen om gewicht te verliezen en hoe hen dit was bevallen. Er werd gevraagd naar wat er hen toen hielp om het vol te houden en wat er uiteindelijk ook voor hand gezorgd dat ze er mee waren gestopt. Deze kennis zorgde ervoor dat ik kon anticiperen op mogelijke valkuilen die ze bij nieuwe adviezen zouden kunnen tegenkomen. Hiernaar werd dan ook teruggekoppeld op het moment dat nieuwe adviezen werden voorgesteld. Uit deze anamnese was het ook al snel af te leiden in welk motivatiestadium de patiënt zich bevond.

De meeste patiënten bevonden zich vanaf het begin al in de actiefase en waren dus klaar om nieuwe acties te ondernemen om hun levensstijl te verbeteren. In de eerste raadplegingen gaf ik iedereen enkele algemene adviezen die in **bijlage 3** werden voorgesteld. Ik probeerde om adviezen te geven die pasten bij hun persoonlijk verhaal en wensen. Sommige patiënt gaven de wens aan om snel gewicht te willen verliezen en vroegen om een GLP-1 analoog, zoals Ozempic®, voor te schrijven. Geen enkele patiënt kwam hier echter in aanmerking voor, volgens de huidige terugbetalingscriteria van het RIZIV. Er werd dan ook ingezet op educatie rond deze medicatie, namelijk: dat het effect van korte duur is en dat er een jojo-effect kan volgen bij het stoppen van deze medicatie als deze niet werd begeleid door een duurzame levensstijlverbetering.
Een duurzame levensstijlverbetering implementeren in de dagelijkse routine vergt soms een aanpassing in de algemene dag planning. Veel patiënten waren het niet gewoon om te ontbijten en aten ’s middags extreem grote porties omwille van de honger. Voor niet iedereen was het evident om drie hoofdmaaltijden per dag in te plannen. Soms werden de consultaties dan louter gebruikt om de dag planning te overlopen en te zoeken naar oplossingen om deze drie hoofdmaaltijden dan toch maar te kunnen plannen.
Het viel me vooral op dat patiënten veel vragen hadden over voeding en de verwachting hadden dat ik hierover evenveel wist als een diëtist. Veel patiënten waren gemotiveerd om een diëtist te betalen, waardoor dit kennishiaat snel werd opgelost; maar sommigen zagen dit financieel toch niet zitten. Ik focuste bij hen vooral op de aanbevelingen rond voeding en gedrag die in **bijlage 3** beschreven staan. Toch had ik de indruk dat patiënten hadden gehoopt om nog meer specifieke informatie te krijgen over voeding en eetschema’s. Het klopt dat de algemene adviezen die aan huisartsen worden aangeboden in de richtlijnen heel erg op de vlakte blijven en dat er in richtlijnen ook telkens naar diëtisten worden verwezen voor de specifieke invulling hiervan. Het Belgisch zorgsysteem is in praktijken die per

prestatie werken hieraan niet aangepast. Het zorgde ervoor dat ik soms de nood voelde om meer diëtiek-specialistisch advies te willen geven, terwijl ik ergens ook wel besefte dat dit eerder de taak was van de diëtist, dan dat van de huisarts.
Tijdens het doorlopen van deze consultaties had ik het gevoel om me vooral als coach te moeten opstellen: om patiënten continu te moeten motiveren en op valkuilen te anticiperen. Echter heb ik me vaak de vraag gesteld, of dat het echt nodig was dat de huisarts deze taak op zich neemt. Uiteindelijk bleken bijna alle patiënten vooral vragen te hebben rond voeding. Aan de hand van de richtlijnen die huisartsen ter beschikking krijgen, kunnen zij vragen hierover vaak niet beantwoorden.
Ik vond het gemakkelijker om adviezen te geven over beweging, aangezien de adviezen voor huisartsen hierover toch concreter zijn dan de adviezen rond voeding. Patiënten met locomotorische klachten of met de vraag naar frequente coaching stuurde ik door naar een bewegings-op-verwijzingscoach die voor veel patiënten wel betaalbaar is. Dit verliep echter niet zo goed, aangezien ik merkte dat de lokale bewegings-op-verwijzingscoach na een intakesessie de patiënten vooral liet instappen in haar eigen privé-fitnesscentrum dat dan niet meer onder de terugbetaling van “beweging op verwijzing” viel. Dit zorgde er ook voor dat ik geen patiënten meer naar haar doorstuurde. Dit werd ook gemeld in de eerstelijnszone. Al bij al had ik het gevoel dat patiënten met algemeen beweegadvies toch aan de slag konden. Velen zeiden me na afloop van het project dat ze het apprecieerden dat ik naar aangepast beweegadvies zocht, eerder dan iedereen gewoon te laten ‘start-to-runnen’.

In de opvolgingsraadplegingen werd voornamelijk naar de voortgang van de voorgestelde adviezen gevraagd en de mogelijke valkuilen. Ik kreeg er vaak de indruk dat patiënten tijdens deze opvolgraadplegingen meer vraag hadden naar psycho-educatie rond obesitas, dan dat ze deze hadden tijdens de eerste raadpleging. Hierop werd regelmatig teruggekoppeld zodat patiënten hun eigen proces ook beter konden begrijpen.
Elke keer opnieuw probeer ik kleine, weinig ingrijpende en korte adviezen te geven.
Tijdens deze raadplegingen had ik vooral het gevoel dat de patiënten een coach nodig hadden die de patiënten continu bleef aanmoedigen en motiveren. Dit was namelijk nodig omdat patiënten vaak toch nog de focus legden op effectief gewichtsverlies, en dat dit niet altijd even snel kwam. Ik voelde daarom ook de nood om de opvolgconsultaties elke vier weken te doen in plaats van elke zes weken.
Al bij al vond ik de raadplegingen best arbeidsintensief, omdat patiënten de verwachting had dat je hen elke keer nieuwe adviezen kon geven. Ook duurden de sessies gemiddeld vaak nog langer dan een kwartier. Bij patiënten die ook werden opgevolgd bij een diëtist heb ik me vaak de vraag gesteld of patiënten het echt nog wel nodig hadden om ook door de huisarts frequent opgevolgd te worden; zeker als deze op zo’n momenten eerder een coachende functie aanneemt, dan een medisch noodzakelijke functie.

Desondanks vind ik dat dit veldonderzoek een nuttige interventie is geweest. Het heeft ervoor gezorgd dat ik gemakkelijker een gesprek start over gewicht en hier ook minder schroom over voel. Het heeft er ook voor gezorgd dat er meer mensen werden gemeten en gewogen en dat dit ook meer werd gerapporteerd in het elektronisch patiëntendossier. Aan het begin van de rekrutering in juni 2023 waren er slechts bij 672 GMD-patiënten gewichten genoteerd. Op het einde van de studieperiode (februari 2024) waren er dat ondertussen 904. Ook werden mensen met obesitas beter gecodeerd in het elektronisch patiëntendossier: zo hadden er in juni 2023 maar 88 patiënten de code P82 “adipositas” in hun actieve zorgelementenlijst staan, terwijl dit er in februari 2024 157 waren.

Het was ook fijn na afloop van het veldonderzoek te zien dat iedereen aangaf zijn levensstijl te hebben verbeterd en dat iedereen ook gewicht had verloren. Als kanttekening moet er vermeld worden dat er een heel gemotiveerde patiëntenpopulatie deelnam aan de studie, wat uiteraard een heel ander beeld kan geven dan wanneer er in deze studie enkel patiënten zouden deelgenomen hebben die zich in de (voor-)beschouwende motivatie hadden bevonden. Aangezien patiënten zich bij rekrutering moesten engageren voor minstens vijf raadplegingen, vermoed ik dat er daarom meer gemotiveerde patiënten enthousiast waren voor deel te nemen aan de studie. Ik vermoed dat korte interventies echter ook op zijn plaats zijn bij (nog) niet gemotiveerde patiënten. Deze interventies kunnen dan bijvoorbeeld erg kort gehouden worden en aangereikt worden tijdens een jaarlijks weeg- en meetmoment. Deze interventie zou dan bv. een korte interventie kunnen zijn zoals die van de studie van Aveyard *et al*. (2016) (24).

Ik voelde dat patiënten vaak, ondanks zij zich bijna allemaal in de actiefase bevonden, toch nood hadden aan een frequente opvolging om de motivatie hoog te houden. Ik stel me dan ook de vraag naar de haalbaarheid om dit als huisarts in de toekomst zo frequent te blijven doen. Een dergelijke opvolgfrequentie is zeer arbeidsintensief.
Ik stel me daarnaast de vraag of dat deze inspanning van vijf maanden ook op lange termijn invloed gaat hebben. Zouden patiënten zonder opvolging niet snel terug in oude gewoontes vervallen? Eigenlijk zouden alle patiënten een jaar na afloop van het veldonderzoek opnieuw moeten gecontacteerd worden om te kijken hoeveel adviezen ze na een jaar nog steeds volgen om iets te kunnen zeggen over de lange termijnresultaten en of dat deze grote inspanning door de huisarts in se wel een duurzaam effect heeft gehad. Het effect moet namelijk wel in die mate groot zijn, om de moeite te zijn om er als huisarts kostbare tijd in te steken. Zo vond ik het persoonlijk lastig om dit soort consultaties te doen tijdens het drukke infectieseizoen, zeker omdat de consultaties de neiging hadden om lang te duren.

Tijdens de studieraadplegingen moesten deelnemende patiënten niet betalen. Dit moest wel bij bv. de diëtist. Dit zorgde ervoor dat ik sommige patiënten niet doorstuurde naar paramedici omdat ik hen de kost daarvoor wou besparen. Ik vermoed dan ook dat dit soort projecten beter geschikt is om te implementeren in praktijken met een forfaitair betalingssysteem, omdat ik vermoed dat hier veel meer patiënten mee kunnen bereikt worden dan in een praktijk die per prestatie tarifeert.

De invulling van deze raadplegingen hangen sterk af van de achtergrondkennis en motivatie van de huisarts. Ik heb me dan ook de vraag gesteld of deze raadplegingen per se door een huisarts zouden moeten uitgevoerd worden. Uiteindelijk komen er in de raadplegingen zeer weinig “medische” adviezen naar voor en is er vooral nood aan een coachende functie. Patiënten gaven dit ook aan in de vragenlijst, dat zij deze raadplegingen ook zouden volgen als deze werden uitgevoerd door een paramedicus zoals een getrainde praktijkverpleegkundige.”

Act

Na afloop van de veldstudie werd er dan ook opnieuw vergaderd met de HAIO, de praktijkopleider en de praktijkverpleegkundige om te kijken hoe dit project eventueel verder kon gezet worden in de praktijk, ook als ik als HAIO de praktijk binnenkort zou verlaten. De praktijkopleider gaf gaan geen tijd

te hebben om zelf deze raadplegingen verder te zetten. Aangezien dat het bleek uit de vragenlijsten dat patiënten er wel voor openstonden om deze sessies te volgen als deze werden voorgezeten door de praktijkverpleegkundige, werd hierover verder gebrainstormd.

De praktijkverpleegkundige volgt op het moment van deze vergadering de opleiding tot VIHP. Ze is op dit moment zelf nog maar zes maanden aan het werk in de praktijk. De praktijkopleider gaf aan dat ze liever wou dat de praktijkverpleegkundige in de eerstvolgende maanden zich eerst focuste op interventies die een grotere patiëntenpopulatie bereiken, zoals door het uitwerken van protocollaire zorg (opvolging van patiënten met diabetes mellitus type 2 en het uitwerken van een preventieconsult). De praktijkverpleegkundige gaf echter aan heel geïnteresseerd te zijn in het onderwerp, waardoor werd overeengekomen dat de HAIO voorlopig de gesprekken nog zou verderzetten, maar dat de praktijkverpleegkundige regelmatig komt meevolgen om al een idee te krijgen over wat ze in de toekomst zelf kon doen. De praktijkverpleegkundige gaf aan dit nog verder te willen uitwerken en dit eventueel mee te willen verwerken in het protocol van de preventieraadpleging.
Over het algemeen werd afgesproken dat iedereen zijn best ging doen om in het dossier telkens na te kijken of er een recent gewicht in het dossier was geschreven (max. één jaar oud) en dit eventueel aan te vullen met een nieuwe meting. De praktijkverpleegkundige zou hier extra aandacht aan geven bij het nemen van een jaarlijkse bloedafname en dit zou ook één keer per jaar geïncludeerd worden in het protocol voor de opvolging van diabetes mellitus type 2, chronische nierinsufficiëntie en het preventieconsult.
De patiënten met vragen over gewicht zouden in de eerste maanden nog naar de HAIO doorverwezen worden, maar dit zou tegen de zomerperiode verplaatst worden naar de praktijkverpleegkundige die ondertussen al wat consultaties mee zou gevolgd hebben met de HAIO en ondertussen de tijd zou gekregen hebben om zich in te lezen in de materie. De praktijkverpleegkundige zou dat jaar in de opleiding tot VIHP ook nog opleiding krijgen in motiverende gesprekstechnieken.
Om meer continuïteit tussen alle zorgverleners te voorzien, zouden de afgesproken doelen en voorgestelde adviezen na een obesitasraadpleging in een aparte notitie getypt worden in het elektronisch patiëntendossier, zodat iedere zorgverlener met toegang tot het dossier tijdens een routineconsultatie hier telkens naar zou kunnen terugkoppelen en de voortgang kunnen bevragen.

In de zomer zouden de zorgverleners opnieuw samenkomen om de voortgang van deze raadplegingen te evalueren, eventuele pijnpunten bloot te leggen en concrete oplossingen hiervoor te zoeken.

4. Besluit

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat een korte interventie over obesitaszorg dat geleverd wordt door de huisarts voor een gezondheidsvoordeel kan zorgen. Het 5A-model voor obesitaszorg dat ontwikkeld werd door “Canadian Obesity Network” biedt hiervoor een veelbelovend consultmodel. Dit model werd geïmplementeerd in het veldonderzoek waarin patiënten gedurende vijf consultaties gepersonaliseerd advies kregen op vlak van voeding, beweging en gedrag. Deelnemende patiënten werden doorverwezen naar paramedici als zij dat wensten.

Deze consultaties werden door patiënten zeer goed ontvangen en alle patiënten gaven na afloop van het veldonderzoek aan hun levensstijl verbeterd te hebben; ook hadden ze allemaal gewicht verloren. Geen enkele patiënt gaf aan de consultaties als stigmatiserend ervaren te hebben. Het merendeel van de patiënten wou deze consultaties blijven verderzetten, ook als deze zouden aangeboden worden door een paramedicus, zoals een praktijkverpleegkundige.

Het veldonderzoek zorgde voor de HAIO dat zij na afloop van het onderzoek vlotter gesprekken over gewicht initieerde en hierover ook minder schroom ervaarde. Ook werden er sinds de start van het veldonderzoek door alle zorgverleners meer gewichten genoteerd in het elektronisch patiëntendossier en werden er meer mensen onder de categorie “obesitas” gecategoriseerd in de actieve zorgelementenlijst.

Omdat er in het veldonderzoek vooral werd ingezet op motivationele gesprekstechnieken, had de HAIO de indruk vooral een coachende rol te moeten opnemen en werd besloten dat dergelijke raadplegingen niet per se door een arts zouden moeten aangeboden worden. Verder bleken de raadplegingen gemiddeld langer te duren dan werd voorzien voor een routineconsultatie waardoor deze raadplegingen die het 5A-model voor obesitaszorg volgden als zeer arbeidsintensief werden aanschouwd. Aangezien het grote enthousiasme van de patiënten en de mooie resultaten werd dan ook in een afsluitend overleg besloten om dit project in de praktijk verder te laten zetten door de nieuwe VIHP die in de komende maanden de tijd zal krijgen om zich in te lezen in de behandeling van obesitas en motivationele gesprekstechnieken. Op deze manier hopen we ons steentje bij te dragen om een betere zorg te creëren voor de patiënten en de praktijk.

5. Bijlagen

Bijlage 1: Script

Scrips obesitasraadpleging 1: overzicht van versie 1 en versie 2

<table>
<tr><td>Assess</td><td colspan="2">Doe een anamnese
• Geslacht en leeftijd (gekend in dossier)
• Co-morbiditeit (kan ook al in dossier staan)
  ○ Diabetes mellitus type I of II, hypercholesterolemie, arteriële hypertensie, slaapapneu, pijnlijke gewrichten in de onderste ledematen, angst, sombere gevoelens, laag zelfbeeld, fertiliteitsproblemen.
• Deed je ooit eerdere pogingen tot gewichtsverlies?
  ○ Doe je hier nog iets van? Wat liep er toen goed? Wat heeft ervoor gezorgd dat je ermee bent gestopt? Op welke barrières bots je om opnieuw te starten?
• Wat is volgens jou de oorzaak van je overgewicht?
  ○ Grote eetporties, jojo-effect door veel diëten, snoepen, niet ontbijten, ik voel geen verzadiging, weinig beweging, familiale aanleg, medicatie, gestopt met roken, menopauze, alcohol, andere?
• Kan je kort iets vertellen over je beweegpatroon?
• Kan je kort toelichten wat je op een dag meestal eet?</td></tr>
<tr><td>Advise</td><td>Versie 1
• Geef educatie over obesitas: geef voorlichting over het ontstaan en de risico’s van obesitas en de voordelen van gewichtsverlies (zie bijlage 2).
• Leg uit wat de richtlijnen aanraden in verband met een gezond gewichtsverlies (zie bijlage 3).</td><td>Versie 2
• Geef gepersonaliseerde feedback op het risicoprofiel: koppel terug naar het BMI en de co-morbiditeit.
• Bevraag of patiënt openstaat om informatie te krijgen over het ontstaan en de risico’s van obesitas en de voordelen van gewichtsverlies. Geef dan educatie (zie bijlage 2).</td></tr>
<tr><td>Agree</td><td colspan="2">• Leg uit dat obesitas een chronische ziekte is die een levenslange inspanning vraagt. Benadruk het belang van duurzame, kleine veranderingen in levensstijl. Geef ook aan dat jij het als arts belangrijk vindt om je te focussen op veranderingen in levensstijl, eerder dan op gewichtsverlies, aangezien er bij een veranderde levensstijl vaak ook al metabole voordelen en gezondheidswinst worden gezien (42). Leg uit dat een gewichtsafname van 5-10% op 6 maanden bij de meeste mensen haalbaar is (51).
• Besef dat elke succes er voor iedere patiënt er anders uit kan zien. Bevraag dan ook welke verwachtingen de patiënt heeft op vlak van gewichtsverlies en draai bij, indien onrealistisch. Laat de patiënt dit, zo mogelijk, formuleren via de SMART-manier (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdsgebonden) (51).</td></tr>
<tr><td></td><td>Versie 1
Bevraag of de patiënt geïnteresseerd is om bepaalde aanbevelingen die in bijlage 3 werden besproken, zelf toe te passen.
- Laat de patiënt er een aantal concrete dingen uitkiezen.</td><td>Versie 2
Breng de motivatie in kaart en stimuleer om de eigen verantwoordelijkheid op te nemen in eigen traject (principes van motivationele gespreksvoering) (42)
- Hoe bezorgd bent u over de besproken resultaten/uw eigen gezondheid?
- Hoe belangrijk vindt u het om een gezond gewicht te hebben? Waarom vindt u dit belangrijk?</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td></td><td>- Hoe gemotiveerd bent u om uw levensstijl te veranderen? (…/10). Waarom vindt u dat belangrijk?
- Als u uw huidige levensstijl zou willen veranderen, wat is er dan nodig om dit te doen slagen? Wat moet er veranderen om deze slaagkans te verhogen? Zou u dat lukken denkt u? (…/10)
Deel de patiënt in volgens de motivatiestadia van Prochanska en Diclemente en geef advies en aanbevelingen uit bijlage 3 die passen bij dit motivatiestadium (zie bijlage 4) (7).</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Assist</td><td>

Bevraag wat de patiënt nodig heeft om deze aanbevelingen succesvol te kunnen uitvoeren (facilatoren). Zou hij graag hulp willen van een diëtist, beweegcoach, kinesist, psycholoog? Leg uit dat er een grotere kans is op gewichtsverlies, als men meerdere hulpverleners inschakelt (51).
Koppel terug naar (mogelijke) barrières om deze aanbevelingen succesvol te kunnen uitvoeren, via de ADAPT-aanpak (40)

Attitude: normaliseer dat een aanpassing in levensstijl lastig en moeilijk kan en zal zijn.
Define problem: wat zal jouw grootste struikelbok zijn om te slagen in je doelen?
Alternative solution: wat kan je doen om deze struikelblok te omzeilen of te voorkomen?
Predict consequences: Als je deze alternatieve oplossing toepast, wat voor gevolg zal dit dan hebben?
Try new solution: concretiseer de alternatieve oplossing en vraag een exact startmoment.

Betrek omgeving, partner en gezin om het vangnet te vergroten (42).

</td></tr>
<tr><td>Arrange</td><td>

Voorzie, indien nodig en gewenst, een verwijzing naar een diëtist, beweegcoach, kinesist of psycholoog (42):

Patiënt reageert positief over verwijzing: concretiseer, suggereer zelf ook opvolging te voorzien om hulp en motivatie te bieden in hun levensstijlverandering.
Patiënt reageert positief over gesprek, maar negatief over verwijzing: accepteer, suggereer zelf opvolging na 6 weken te voorzien om hulp en motivatie te bieden in hun levensstijlverandering en geef aan dat de patiënt altijd een doorverwijzing mag vragen aan u.
Negatief over gesprek: accepteer en laat de deur open voor een volgend gesprek wanneer de patiënt ervoor open zou staan. Vraag het mandaat om er de volgende keer nog eens achter te mogen vragen.

Beschrijf altijd in EPD hoe patiënt reageerde en wat er is afgesproken

<table>
<tr><td>Versie 1</td><td>Versie 2</td></tr>
<tr><td>Voorzie follow-up door de huisarts na zes weken.</td><td>Voorzie follow-up door de huisarts na vier weken</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Script obesitasraadpleging 2 - 4

- Bevraag de voortgang. Hoe gaat de poging om je levensstijl te veranderen?
- Geef feedback over de ondernomen acties
- Bevraag facilatoren. Wat zou je kunnen helpen of ondersteunen om je doel te kunnen bereiken?
- Schakel terug naar de oorspronkelijke doelen.
- Bevraag barrières en gebruik de ADAPT aanpak om oplossingen te zoeken.
- Maakt nieuwe afspraak binnen vier weken.

Script obesitasraadpleging 5

- Bevraag de voortgang. Hoe gaat de poging om je levensstijl te veranderen?
- Weeg de patiënt

- Geef feedback over de ondernomen acties
- Koppel terug naar de oorspronkelijke doelen.
- Vraag om na de raadpleging de papieren vragenlijst *"Vragenlijst na afloop patiëntenonderzoek"* uit **bijlage 5** onmiddellijk in de wachtzaal in te vullen en achter te laten aan het secretariaat.

Bijlage 2: Psycho-educatie

Hoe ontstaat obesitas?

- Obesitas ontstaat door een verstoorde energiebalans (7).

Risico's van de huidige gewichtsstatus

- Obesitas geeft gemiddeld zes jaar verlies van levensverwachting en obesitas vanaf jonge leeftijd zal de levensverwachting gemiddeld nog meer verkorten (50).
- Het risico op diabetes en hart- en vaatziekten is verhoogd, net al het risico op galstenen, verschillende vormen van kanker en vele andere aandoeningen (50).
- Daarbij geraken vrouwen met obesitas minder gemakkelijk zwanger, en verloopt de zwangerschap bij vrouwen met obesitas vaker gecompliceerd (50).

Voordelen van gewichtsverlies:

- Als men slechts 5-10% van zijn oorspronkelijk lichaamsgewicht verliest, heeft men 50% minder kans op diabetes mellitus type 2, zal er een bloeddrukdaling zijn en is er ook duidelijk minder vet te zien in het bloed, wat de kans op een hartinfarct of herseninfarct weer aanzienlijk vermindert. Zelfs al lukt het niet om effectief gewicht te verliezen, maar is men meer fysiek actief, zal het risico hierop ook al verminderen (36,39,40,44,50).

Bijlage 3: Aanbevelingen voor een gezonde levensstijl

Gezonde levensstijl:

Leg uit dat er meestal levensstijlveranderingen nodig zijn op drie vlakken om succesvol gewicht te verliezen: op het vlak van voeding, beweging en gedrag (42). CAVE: let op je taal en maak geen assumpties dat de patiënt geen enkel van deze interventies momenteel nog niet doet. Dit doet patiënten gestigmatiseerd voelen (37,44,52). Hieronder worden enkele aanbevelingen gedaan voor een gezondere levensstijl op het vlak van voeding, beweging en gedrag.

Voeding

- Reduceer dagelijkse intake met 600 kcal, hierdoor gewichtsverlies van 1-2 kg per maand (52). Ontmoedig een grotere reductie, omdat streng diëten meer kans geeft tot de ontwikkeling van eetstoornissen en minder duurzaam is met een grotere kans op jojo-effect (42).
- Eet meer groenten, fruit, vezels, volle granen en drink meer water. Vermijd suiker, vet, rood en bewerkt vlees (39,40). Betrek de voedingsdriehoek (Vlaams Instituut Gezond Leven) (7,42).
- Leg uit dat alle diëten met calorierestrictie uiteindelijk tot gewichtsafname moeten leiden en dat de compositie van macronutriënten hierbij geen rol speelt (39,41,50).
- Geef informatie over portiegroottes: verdeel bij de warme maaltijd het bord in 4; vul de ½ met groenten, ¼ met zetmeelproducten en ¼ vlees, vis of vleesvervanger (40).

Beweging

- Veel obese patiënten hebben een lage tolerantie voor oefeningen en zouden moeten beginnen met korte stukjes van laag-intensieve aerobe activiteit met een graduele trage toename in tijd en intensiteit. Start low, go slow. Elke extra fysieke activiteit is er een gewonnen (40).
- Uiteindelijk opbouwen naar
    - 5 dagen per week: 1 uur matig intensief bewegen per dag (ademhaling is versneld, praten is mogelijk. bv. stevig wandelen, tuinieren, fietsen…)
    - 2 dagen per week spierversterkende oefeningen (37).
- Benadruk dat zweten en een versnelde hartslag een normaal fenomeen is bij matig intensieve activiteit (50).
- Probeer meer beweging in te bouwen in dagelijkse levensstijl: actief transport, trap nemen, sportieve hobby… (7).
- Raadt sedentair gedrag af en raadt aan zittijden te verkorten door regelmatig recht te staan, minder TV te kijken… (7)

Gedrag

- Zelfmonitoring: raadt aan een voedingsdagboek of stappenteller bij te houden (40).
- Stimuluscontrole: raadt een vaste eetstructuur aan (3 hoofdmaaltijden met 2-3 tussendoortjes), raadt aan met boodschappenlijstje te gaan winkelen met volle maag, raad aan meer groenten en fruit als snacks in huis te halen… (7).
- Raadt aan trager te eten, bv. door na elke hap bestek neer te leggen. Leg uit dat verzadigingsgevoel pas optreedt na +/- 20 minuten. (7).
- Raad aan om op een vaste plaats te eten, zonder afleiding (zonder GSM, TV…) (7).
- Raad aan om bord vol te scheppen aan het aanrecht en geen potten op tafel te zetten (7).
- Raad aan omgeving van je doelen op de hoogte te stellen om sociale steun te verzekeren (36,37,40,41,50).

Bijlage 4: Motivatiestadia van Prochanska en Diclemente (7)

Fase	Kenmerk	Actiebereidheid	Mogelijke interventie
Voorbeschouwende fase	Een persoon in dit stadium overweegt helemaal geen verandering en ziet zijn gedrag niet als een probleem (hij is te weinig geïnformeerd over de gevolgen of uitgeblust door de vele pogingen?)	De patiënt is niet van plan om actie te ondernemen in de nabije toekomst (zes maanden)	Verhoog het inzicht via gepersonaliseerde informatie
Beschouwende fase	De persoon erkent het probleem, maar staat nog erg ambivalent tegenover verandering. Hij is zich wel meer bewust van de voordelen van verandering, maar ziet ook veel nadelen	De patiënt denkt wel aan veranderen, maar dan in de nabije toekomst (zes weken)	Bespreek voor- en nadelen van verandering en verhoog het zelfvertrouwen van de patiënt om de nodige gedragsverandering te kunnen realiseren
Beslissingsfase	De patiënt maakt een plan op. Het is mogelijk dat hij al wat aan het experimenteren is met kleine veranderingen. Er bestaat nog steeds een zekere mate van ambivalentie	De patiënt maakt zich klaar voor verandering, meestal binnen de maand	Stel een concreet plan op met een realistisch doel en ondersteun kleine veranderingen bij de patiënt
Actiefase	De persoon in dit stadium verandert specifiek en openlijk zijn leefstijl. Dit gedrag is duidelijk observeerbaar	De patiënt is geëngageerd in een actieplan	Verwijs door voor voedingsadvies en gedragsverandering en bied zelfhulpmateriaal, medicatie en dergelijke aan
Onderhoudsfase	Het nieuwe gedrag krijgt een plaats in het leven van de persoon. Verandering van eetgedrag en gewichtsdaling zijn ontstaan. Het gewichtsbehoud wordt een nieuw doel	De patiënt is geëngageerd in een actieplan	Leer de patiënt probleemoplossend gedrag aan, zodat hij leert anticiperen op moeilijkheden
Hervalfase	Herval is altijd mogelijk en is eerder de regel dan de uitzondering	De patiënt gaat gemiddeld zes keer door de fasen van verandering, vooraleer een stabiele verandering tot stand is gekomen	Ondersteun het zelfvertrouwen van de patiënt en geef inzicht in de aanleidingen tot herval

Bijlage 5: Vragenlijst na afloop patiëntenonderzoek

Beste patiënt

U nam deel aan een interventionele studie waarin wordt onderzocht hoe de zorg voor patiënten met een body-mass-index *(BMI)* tussen 30.0 en 39.9 kg/m² in de huisartsenpraktijk kan verbeterend worden. Tijdens deze studie woonde u vijf raadplegingen bij.
Gelieve ter afronding van dit onderzoek onderstaande vragen te beantwoorden. Licht deze antwoorden, zo mogelijk, toe op de horizontale lijnen.

1. **Uit verschillende studies blijkt dat huisartsen over het algemeen te weinig aandacht besteden aan de zorg voor patiënten met obesitas. In deze studie wordt onderzocht of de zorg voor patiënten met obesitas kan verbeterd worden door specifieke raadplegingen (met de focus op obesitas) aan te bieden. Bent u van mening dat huisartsen ook dit soort raadplegingen zouden moeten aanbieden tijdens hun dagelijkse praktijkvoering (dus niet in studieverband)?**

- Ja
- Neen

_____
_____
_____
_____
_____

2. **Bent u van mening dat andere zorgverleners (diëtisten, kinesisten, apothekers…) dit soort consultaties ook zouden mogen/moeten aanbieden in plaats van een huisarts?**

- Ja
- Neen

_____
_____
_____
_____
_____

3. **Zou u deze raadplegingen bijwonen moesten deze uitgevoerd worden door een getrainde praktijkverpleegkundige?**

- Ja
- Neen

_____
_____
_____
_____
_____

4. **Praten over overgewicht en obesitas is vaak een gevoelige kwestie voor de patiënt. Werden deze studieraadplegingen voor u als stigmatiserend (veroordelend) ervaren?**

- Ja
- Neen

_____
_____
_____
_____
_____

5. **Hebben deze raadplegingen u aangezet om een gezondere levensstijl aan te gaan, bv. op vlak van beweging/bewust omgaan met voeding/zelfzorg…? Licht alstublieft toe**

- Ja
- Neen

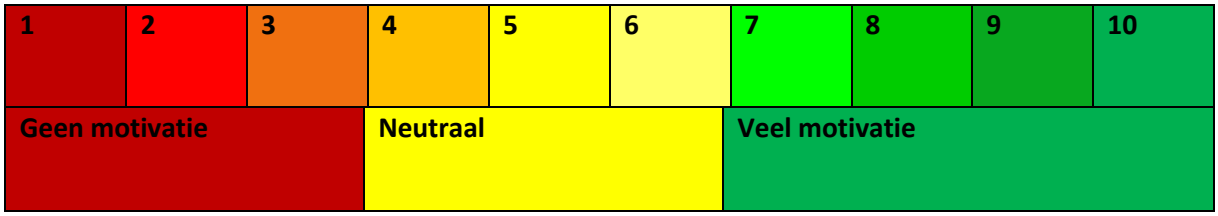
_____
_____
_____
_____
_____

6. **Dit onderzoek loopt nu af. Omdat deze raadplegingen in studieverband georganiseerd waren, werden deze niet aangerekend. Zou u een nieuwe afspraak maken voor een gelijkaardige raadpleging als deze getarifeerd zouden worden als een reguliere huisartsenconsultatie?**

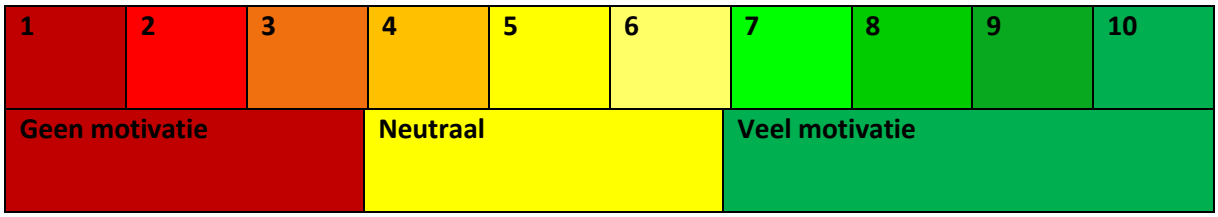
- Ja
- Neen

_____
_____
_____
_____
_____

7. **Hoe groot is uw motivatie om uw levensstijl aan te passen na het doorlopen van deze vijf raadplegingen? Gelieve dit aan te duiden op een schaal van 1 tot 10.**



8. **Hoe groot is uw vertrouwen dat u uw levensstijl effectief zal blijven kunnen aanpassen na het doorlopen van deze vijf raadplegingen? Gelieve dit aan te duiden op een schaal van 1 tot 10.**



Oprechte dank voor uw deelname aan deze studie.

6. Referentielijst

1. Tucker S, Bramante C, Conroy M, Fitch A, Gilden A, Wittleder S, et al. The Most Undertreated Chronic Disease: Addressing Obesity in Primary Care Settings. 2021.

2. Nouwen L. Aanpak van obesitas bij volwassenen in de eerste lijn: implementatieonderzoek van een stappenplan. [Masterproef, KU Leuven]. ICHO databank. 2011.

3. Slenders M. Aanloop naar een zorgtraject overgewicht en obesitas evaluatie van een intakeformulier. [Masterproef, KU Leuven]. ICHO databank . 2015.

4. Malterud K, Ulriksen K. Obesity in general practice: A focus group study on patient experiences. Scand J Prim Health Care. 2010 Dec 1;28(4):205–10.

5. State of Health in the EU: België. Gezondheid, België Landenprofiel. European Observatory on Health Systems and Policies [Internet]. 2017; Available from: http://dx.doi.org/10.1787/888933623704

6. Sigrid J. Invloed van een minimale interventie op de motivatie tot levensstijlveranderingen bij volwassen patiënten met obesitas [Internet]. KU Leuven ; Available from: www.tcpdf.org

7. Van Royen P, Bastiaens H, D'Hondt A, Provoost C, Van Der Borcht W. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu . 2006;

8. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ, et al. Screening and Interventions for Obesity in Adults: Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Background: Obesity poses a considerable and growing health [Internet]. 2003. Available from: www.annals.org

9. Holmes J. Tackling obesity: the role of the NHS in a whole-system approach. 2021.

10. Gunther S, Guo F, Sinfield P, Rogers S, Baker R. Barriers and enablers to managing obesity in general practice: a practical approach for use in implementation activities. Qual Prim Care. 2012;20(2):93–103.

11. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Mamun A Al, Bonneux L. Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis. Ann Intern Med. 2003 Jan 7;138(1):24.

12. Gray L, Stubbe M, MacDonald L, Tester R, Hilder J, Dowell AC. A taboo topic? How general practitioners talk about overweight and obesity in New Zealand. J Prim Health Care. 2018;10(2):150–8.

13. de Lannoy L, Cowan T, Fernandez A, Ross R. Physical activity, diet, and weight loss in patients recruited from primary care settings: An update on obesity management interventions. Vol. 7, Obesity Science and Practice. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 619–28.

14. Blackburn M, Stathi A, Keogh E, Eccleston C. Raising the topic of weight in general practice: Perspectives of GPS and primary care nurses. BMJ Open. 2015;5(8).

15. Robert F. Kushner. Tackling Obesity: Is Primary Care Up to the Challenge? [Internet]. 2010. Available from: https://jamanetwork.com/

16. Galuska DA, Will JC, Serdula MK, Ford ES. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? JAMA. 1999 Oct 27;282(16):1576–8.

17. Jackson SE, Wardle J, Johnson F, Finer N, Beeken RJ. The impact of a health professional recommendation on weight loss attempts in overweight and obese British adults: A Cross-sectional analysis. BMJ Open. 2013;3(11).

18. Noordman J, Verhaak P, Van Dulmen S. Discussing patient's lifestyle choices in the consulting room: Analysis of GP-patient consultations between 1975 and 2008. BMC Fam Pract. 2010;11.

19. Petrin C, Kahan S, Turner M, Gallagher C, Dietz WH. Current attitudes and practices of obesity counselling by health care providers. Obes Res Clin Pract. 2017 May;11(3):352–9.

20. Blackburn M, Stathi A. Moral discourse in general practitioners' accounts of obesity communication. Soc Sci Med. 2019 Jun 1;230:166–73.

21. Mauro M, Taylor V, Wharton S, Sharma AM. Barriers to obesity treatment. Vol. 19, European Journal of Internal Medicine. 2008. p. 173–80.

22. Schwenke M, Luppa M, Pabst A, Welzel FD, Löbner M, Luck-Sikorski C, et al. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. BMC Fam Pract. 2020 Dec 17;21(1):169.

23. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Summerbell CD. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in children and adults with overweight or obesity. Vol. 2017, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2017.

24. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. The Lancet. 2016 Nov 19;388(10059):2492–500.

25. De Vos BC, Runhaar J, Bierma-Zeinstra SMA. Effectiveness of a tailor-made weight loss intervention in primary care. Eur J Nutr. 2014 Feb;53(1):95–104.

26. Ahern AL, Wheeler GM, Aveyard P, Boyland EJ, Halford JCG, Mander AP, et al. Extended and standard duration weight-loss programme referrals for adults in primary care (WRAP): a randomised controlled trial. The Lancet. 2017 Jun 3;389(10085):2214–25.

27. Beeken RJ, Leurent B, Vickerstaff V, Wilson R, Croker H, Morris S, et al. A brief intervention for weight control based on habit-formation theory delivered through primary care: Results from a randomised controlled trial. Int J Obes. 2017 Feb 1;41(2):246–54.

28. Wadden TA, Volger S, Tsai AG, Sarwer DB, Berkowitz RI, Diewald LK, et al. Managing obesity in primary care practice: An overview with perspective from the POWER-UP study. Int J Obes. 2013 Aug 1;37:S3–11.

29. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. The Lancet. 2016 Nov 19;388(10059):2492–500.

30. Volger S, Wadden TA, Sarwer DB, Moore RH, Chittams J, Diewald LK, et al. Changes in eating, physical activity and related behaviors in a primary care-based weight loss intervention. Int J Obes. 2013 Aug;37(SUPPL.1).

31. Tudor K, Jebb SA, Manoharan I, Aveyard P. Brief interventions for obesity when patients are asked to pay for weight-loss treatment: an observational study with an embedded randomised trial.

32. Holzapfel C, Cresswell L, Ahern AL, Fuller NR, Eberhard M, Stoll J, et al. The challenge of a 2-year follow-up after intervention for weight loss in primary care. Int J Obes. 2014;38(6):806–11.

33. Welzel FD, Stein J, Pabst A, Luppa M, Kersting A, Blüher M, et al. Five A's counseling in weight management of obese patients in primary care: A cluster-randomized controlled trial (INTERACT). BMC Fam Pract. 2018 Jun 23;19(1).

34. Schlair S, Jay M. How to deliver high quality obesity counseling using the 5As framework [Internet]. Article in Journal of clinical outcomes management. JCOM ·; 2012. Available from: https://www.researchgate.net/publication/233844370

35. Rueda-Clausen CF, Benterud E, Bond T, Olszowka R, Vallis MT, Sharma AM. Effect of implementing the 5As of Obesity Management framework on provider-patient interactions in primary care. Clin Obes. 2014 Feb;4(1):39–44.

36. Jay M, Gillespie C, Schlair S, Sherman S, Kalet A. Physicians' use of the 5As in counseling obese patients: Is the quality of counseling associated with patients' motivation and intention to lose weight? BMC Health Serv Res. 2010;10.

37. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care. 2017.

38. Favaloro Bsn K, Davis W, Laura A, Dnp T. An Evaluation of the 5 A's Model Used in Behavioral Counseling of Obese Patients in a Primary. 2017.

39. Brief Interventions and Motivational Interviewing Brief Interventions and Motivational Interviewing for Overweight and Obesity Recommendations and Overview [Internet]. Available from: https://www-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/evaluation/brief-interventions-and-motivational-interviewing#GUID-A5547C89-386C-4D4B-A1A8-50…1/8

40. Obesity in Adults [Internet]. [Geraadpleegd op 24/03/2022]. Available from: https://www-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/condition/obesity-in-adults#COUNSELING.

41. Serdula MK, Khan LK, Dietz WH. Weight Loss Counseling Revisited [Internet]. Available from: https://jamanetwork.com/

42. Eetexpert (2013). Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Draaiboek voor huisartsen. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via vzw Eetexpert.be).

43. Steptoe A, Rink E, Kerry S. Psychosocial predictors of changes in physical activity in overweight sedentary adults following counseling in primary care. Prev Med (Baltim). 2000;31(2 I):183–94.

44. De Vos BC, Runhaar J, Van Middelkoop M, Krul M, Bierma-Zeinstra SMA. Long-term effects of a randomized, controlled, tailor-made weight-loss intervention in primary care on the health and lifestyle of overweight and obese women. American Journal of Clinical Nutrition. 2016 Jul 1;104(1):33–40.

45. Baer J. Scholar Commons Scholar Commons Arrange framework and Motivational Interviewing (MI) for health Arrange framework and Motivational Interviewing (MI) for health behavior change counseling behavior change counseling [Internet]. Available from: https://scholarcommons.sc.edu/etd

46. Welzel FD, Bär J, Stein J, Löbner M, Pabst A, Luppa M, et al. Using a brief web-based 5A intervention to improve weight management in primary care: results of a cluster-randomized controlled trial. BMC Fam Pract. 2021 Dec 1;22(1).

47. Torti J, Luig T, Borowitz M, Johnson JA, Sharma AM, Campbell-Scherer DL. The 5As team patient study: patient perspectives on the role of primary care in obesity management. BMC Fam Pract. 2017 Feb 8;18(1):1–10.

48. Sagi-Dain L, Echar M, Paska-Davis N. How to talk with patients about weight? Viewpoints of 1697 individuals with overweight and obesity. Patient Educ Couns. 2022 Mar 1;105(3):497–501.

49. Alberga AS, Russell-Mayhew S, von Ranson KM, McLaren L. Weight bias: A call to action. Vol. 4, Journal of Eating Disorders. BioMed Central Ltd.; 2016.

50. Vallis M, Rpsych P, Piccinini-Vallis H, Ccfp M, Sharma AM, Freedhoff Y, et al. Modified 5 As Minimal intervention for obesity counseling in primary care Clinical Review [Internet]. Vol. 59, Canadian Family Physician • Can Fam Physician. 2013. Available from: www.cfp.ca

51. Let's Talk About Weight: A step-by-step guide to brief interventions with adults for health and care professionals [Internet]. 2017. Available from: www.facebook.com/PublicHealthEngland

52. Tronieri JS, Wadden TA, Chao AM, Tsai AG. Primary Care Interventions for Obesity: Review of the Evidence. Vol. 8, Current Obesity Reports. Current Medicine Group LLC 1; 2019. p. 128–36.