Overgewicht en obesitas in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project

Lio Eggers, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Johan Vansintejan, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. Noémie De Rop, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2025

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

Context: De Wereldgezondheidsorganisatie beschouwt het toenemende gewicht van de bevolking als een epidemie. In 2022 heeft respectievelijk 43% en 16% van de volwassen bevolking wereldwijd overgewicht en obesitas. Ook in België neemt het gewicht van de bevolking toe. Volgens de Belgische Gezondheidsenquête (Sciensano, 2018) heeft 49,3% en 15,9% van de volwassen in België een Body Mass Index (BMI) van respectievelijk ≥ 25 en ≥ 30. De verwachting is dat deze percentages verder zullen toenemen. Obesitas gaat gepaard met complicaties, dewelke de mortaliteit en de kosten voor de maatschappij doen stijgen. Het belang van preventie en tijdige detectie wordt hiermee onderlijnd.

Onderzoeksvraag: In de praktijk waar dit kwaliteitsverbeterend project (KVP) werd opgestart, bleek dat er een onderdiagnose – en registratie was van overgewicht en obesitas, wat mogelijk leidde tot onvoldoende aanpak van het gewichtsprobleem. In dit KVP werd onderzocht of een evidence-based praktijkrichtlijn de registratie van gezondheidsparameters binnen de praktijk kan verhogen en of dit een verbetering kan geven van de diagnosestelling en -registratie van overgewicht en obesitas. Er werd nagegaan of we de patiënten met een nieuwe diagnose van overgewicht met een risicofactor of obesitas kunnen motiveren om op vervolgconsult te komen om hun gewicht verder te bespreken.

Methode: Gedurende een periode van vijf maanden werd gestreefd naar een systematische meting en registratie van het gewicht en de lengte, met bepaling van de BMI. Indien op basis van de BMI een diagnose van overgewicht of obesitas werd gesteld, werden de cardiovasculaire en andere risicofactoren van de patiënt bevraagd. Indien de patiënt voldeed aan de inclusiecriteria: BMI ≥ 30 OF BMI ≥ 25 met minstens 1 bijkomende risicofactor werd de patiënt geïncludeerd in het onderzoek. Deze patiënten werden uitgenodigd voor een vervolgconsult om het gewicht en de gezondheid verder te bespreken. Aan de hand van het studienummer werd bijgehouden welke patiënten op vervolgconsult kwamen.

Resultaten: Na het project hebben in totaal 525 volwassen patiënten (42,37%) een geregistreerde BMI. In vergelijking met 323 patiënten (26,07%) voor het KVP is dit een toename met 62,5%. Er is een gelijkaardige toename in geregistreerde gewichten. Het project leidde tot een stijging van het aantal geregistreerde diagnoses van overgewicht en obesitas, respectievelijk met 40 en 48 nieuwe diagnoses. Er werden 48 patiënten met een BMI ≥ 30 of met een BMI ≥ 25 met minstens 1 bijkomende risicofactor geïncludeerd in het onderzoek. 50% van de patiënten kwam op vervolgconsult voor een verdere bespreking van het gewicht.

Conclusie: Dit KVP zorgde voor een verhoging van de registraties van gezondheidsparameters binnen de praktijk. Daarnaast steeg het aantal geregistreerde diagnoses van overgewicht en obesitas waardoor de prevalentie voor deze aandoeningen in de patiëntenpopulatie dichter komt te liggen bij de prevalentie in de Belgische populatie. Door het stellen en mededelen van de diagnose kon de helft van de geïncludeerde patiënten gemotiveerd worden om op een vervolgconsultatie te komen om de diagnose verder te bespreken.

Dankwoord

Graag wil ik Cathy Ruche, mijn eerste praktijkopleider, van harte bedanken voor haar waardevolle bijdrage aan dit project. Vanaf het begin dacht ze mee na over het concept en de opzet van het onderzoek, en ook in de verdere uitwerking stond ze steeds klaar met input en ondersteuning. Daarnaast wil ik ook graag Prof. Johan Vansintejan en Noémi De Rop bedanken voor hun bijdrage aan het tot stand komen van deze masterproef.

Inhoudstafel

1. Inleiding 7

1.1. Situering en epidemiologische gegevens 7

1.2. De motivatie achter het kwaliteitsverbeterend project adhv het FOCUS-model 8

1.2.1. Find problem 9

1.2.2. Organise meeting 9

1.2.3. Clarify problem 9

1.2.4. Uncover problem 10

1.2.5. Select strategy 11

1.3. Doelstelling project 11

1.3.1. Concrete onderzoeksvragen 12

2. Oriënterend literatuuronderzoek 13

2.1. Methode 13

2.2. Resultaten literatuuronderzoek 14

2.2.1. Huidige aanbevelingen voor overgewicht en obesitas bij volwassenen in de eerste lijn 14

2.2.2. Drempels voor de aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen in de eerste lijn 17

3. Methodologie kwaliteitsverbeterend project 20

3.1. Plan 20

3.2. Do 22

3.3. Check 22

3.4. Act 23

4. Resultaten 24

4.1. Data van de deelnemers 24

4.2. Data verzameld uit het medisch computerprogramma 26

4.3. Vergelijking met de Belgische populatie 28
5. Discussie 29
5.1. Interpretatie van de resultaten 29
5.2. Evaluatie van het project 31
6. Besluit 33
Referenties 34
Bijlagen 36
Bijlage 1: Goedgekeurd protocol 36
Bijlage 2: Gunstig advies Ethische Commissie 40
Bijlage 3: Informatieformulier – Nederlandstalige versie 41
Bijlage 4: Toestemmingsformulier – Nederlandstalige versie 43
Bijlage 5: Edmonton Obesity Staging System (EOSS) 44
Bijlage 6: Checklist 'overgewicht met een risico' 45

1. Inleiding

1.1. Situering en epidemiologische gegevens

Wereldwijd neemt het voorkomen van overgewicht en obesitas toe. De aandoeningen worden gekarakteriseerd door een overmatige vetophoping. De diagnose van overgewicht en obesitas wordt gesteld met behulp van de Body Mass Index (BMI). De BMI van een individu wordt berekend door het gewicht in kilogram te delen door de lichaamslengte in meter in het kwadraat.

$$Body\ Mass\ Index = \frac{gewicht\ (kg)}{lengte\ (m)^2}$$

Bij volwassenen wordt een BMI tussen 18,5 en 24,9 gelijkgesteld aan een gezond gewicht. Overgewicht wordt gediagnosticeerd bij een BMI tussen 25 en 29,9. Vanaf een BMI hoger of gelijk aan 30 wordt de diagnose van obesitas gesteld. Bij kinderen worden andere afkapwaarden gebruikt. De BMI geeft een goede inschatting, maar zegt minder over de vetmassa. Daarom wordt aangeraden een extra lichaamsmeting te doen zoals het meten van de buikomtrek. Bij een buikomtrek tussen 80 en 88 cm voor vrouwen en tussen 94 en 102 cm voor mannen spreken we over een verhoogd gezondheidsrisico. Bij een buikomtrek vanaf 88 cm voor vrouwen en vanaf 102 cm voor mannen spreken we over een sterk verhoogd gezondheidsrisico (1).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) beschouwt het toenemende gewicht van de bevolking als een epidemie. In 2022 heeft respectievelijk 43% en 16% van de volwassen bevolking wereldwijd overgewicht en obesitas. Wanneer dit wordt uitgedrukt in absolute aantallen hebben 2,5 miljard volwassenen over heel de wereld een BMI van 25 of meer, waarvan 890 miljoen personen een BMI van minstens 30 hebben (2). Ook in België neemt het gewicht van de bevolking toe. Volgens de Belgische Gezondheidsenquête, georganiseerd door Sciensano en uitgevoerd in 2018, bedraagt de gemiddelde BMI van de volwassen bevolking 25,5. In de volwassenen Belgische bevolking heeft 49,3% een BMI van 25 of meer, 15,9% heeft een BMI van 30 of meer. In vergelijking met de eerste gezondheidsenquête in 1997 is de prevalentie van zowel overgewicht als obesitas in de volwassenpopulatie lineair en significant gestegen. De gemiddelde BMI steeg van 24,5 in 1997 naar 25,5 in 2018. De verwachting is dat deze stijging zich zal verderzetten (3, 4).

Een grootschalig onderzoek uitgevoerd in 195 landen toonde aan dat niet alleen de prevalentie van obesitas is toegenomen de laatste 30 jaren, maar ook dat er een toename is van gepaarde ziektelast

(5). Obesitas is namelijk geassocieerd met een groot aantal complicaties en comorbiditeiten. Een belangrijke complicatie is diabetes mellitus type 2 (DM2). Het risico op DM2 wordt met een factor drie tot tien verhoogd door de aanwezigheid van obesitas. Ook de leeftijd, de buikomtrek en de duur van de obesitas spelen een rol (6).

Voorbeelden van andere mogelijke complicaties zijn: (7-9)

- Cardiovasculaire aandoeningen zoals hypertensie, angina pectoris, coronaire aandoeningen, cerebrovasculaire accidenten, varices en veneuze trombo-embolieën
- Gastro-intestinale klachten en aandoeningen zoals pyrosis, galstenen, leversteatose en -cirrose, cholecystitis
- Jicht
- Artrose
- Deconditionering met lichamelijke klachten zoals dyspneu en zweten
- Slaapapneu
- Een verhoogd risico op een kanker zoals mammacarcinomen en colorectale carcinomen
- Mentale gevolgen: gevoel van afwijzing of uitsluiting met eenzaamheid als gevolg

De complicaties van obesitas doen de mortaliteit, het aantal ziekenhuisopnames en kosten van de gezondheidszorg stijgen. Zo sterven er jaarlijks 2,8 miljoen mensen aan de gevolgen van hun ongezonde gewicht, voornamelijk aan DM2 en hart- en vaatziekten (2). Er hangt ook een serieuze prijskaart aan voor de maatschappij. Onderzoekers van Universiteit Gent en Sciensano koppelden de gegevens van de Gezondheidsenquête aan ziekenfondsgegevens en gingen op deze manier na hoeveel de Belgische overheid spendeert aan de terugbetaling van ziektekosten en medicijnen. Ze berekenden deze kosten per gewichtscategorie. Op deze manier kwamen ze tot de bevinding dat er jaarlijks gemiddeld 3,3 miljard euro gespendeerd wordt aan de directe kosten ten gevolge van overgewicht en obesitas. Dit is ongeveer 13,5% van de jaarlijkse gezondheidszorgkosten (10).

1.2. De motivatie achter het kwaliteitsverbeterend project aan de hand van het FOCUS-model

Er werd gekozen om een kwaliteitsverbeterend project (KVP) op te starten aan de hand van het FOCUS-model. Dit model omvat een stappenplan om de huidige kwaliteit van zorg te evalueren en te verbeteren. FOCUS is een acroniem dat staat voor Find problem – Organise meeting – Clarify problem – Uncover problem – Select strategy.

1.2.1. Find problem

De voorgaande cijfers inzake de prevalentie en mortaliteit van deze aandoeningen alsook kosten voor de maatschappij wijzen nog maar eens op het belang van preventie en belang van de aanpak van overgewicht en obesitas in de eerste lijn.

In een huisartsenpraktijk te Sint-Pieters-Leeuw kregen we de indruk dat de diagnose van overgewicht en obesitas te weinig gesteld en geregistreerd wordt. Dit leidt er mogelijk toe dat de diagnose onvoldoende besproken wordt met de patiënt. We bedachten dat er vooruitgang mogelijk is in de aanpak van overgewicht en obesitas door het verbeteren van de diagnosestelling- en registratie en het mededelen van de diagnose aan de patiënten.

1.2.2. Organise meeting

Het probleem werd tijdens een wekelijks praktijkoverleg met de praktijkopleider besproken. Tijdens deze vergadering werd een probleemdefinitie besproken (Clarify problem). Aan de hand van een visgraatanalyse probeerden de aanwezigen de mogelijke oorzaken van het probleem te achterhalen (Uncover problem).

1.2.3. Clarify problem

Het probleem werd verder geëxploreerd met behulp van de statistiekmodule van het medisch computerprogramma gebruikt in de huisartsenpraktijk. Ongeveer een kwart van de actieve volwassen patiëntenpopulatie had een geregistreerde BMI (zie tabel 1). Bovendien bleek dat slechts 0,56% en 2,91% van de actieve volwassen patiëntenpopulatie in hun elektronisch medisch dossier (EMD) een geregistreerde diagnose van respectievelijk overgewicht (code T83) of obesitas (code T82) had. Deze prevalenties werden vergeleken met de eerder genoemde prevalenties, namelijk 49,3% en 15,9%, uit de laatste Gezondheidsenquête van Sciensano (3) waarbij een groot verschil werd vastgesteld.

Tabel 1. Registratie van parameters (gewicht, lengte, buikomtrek en BMI) en diagnoses overgewicht en obesitas voor het kwaliteitsverbeterend project

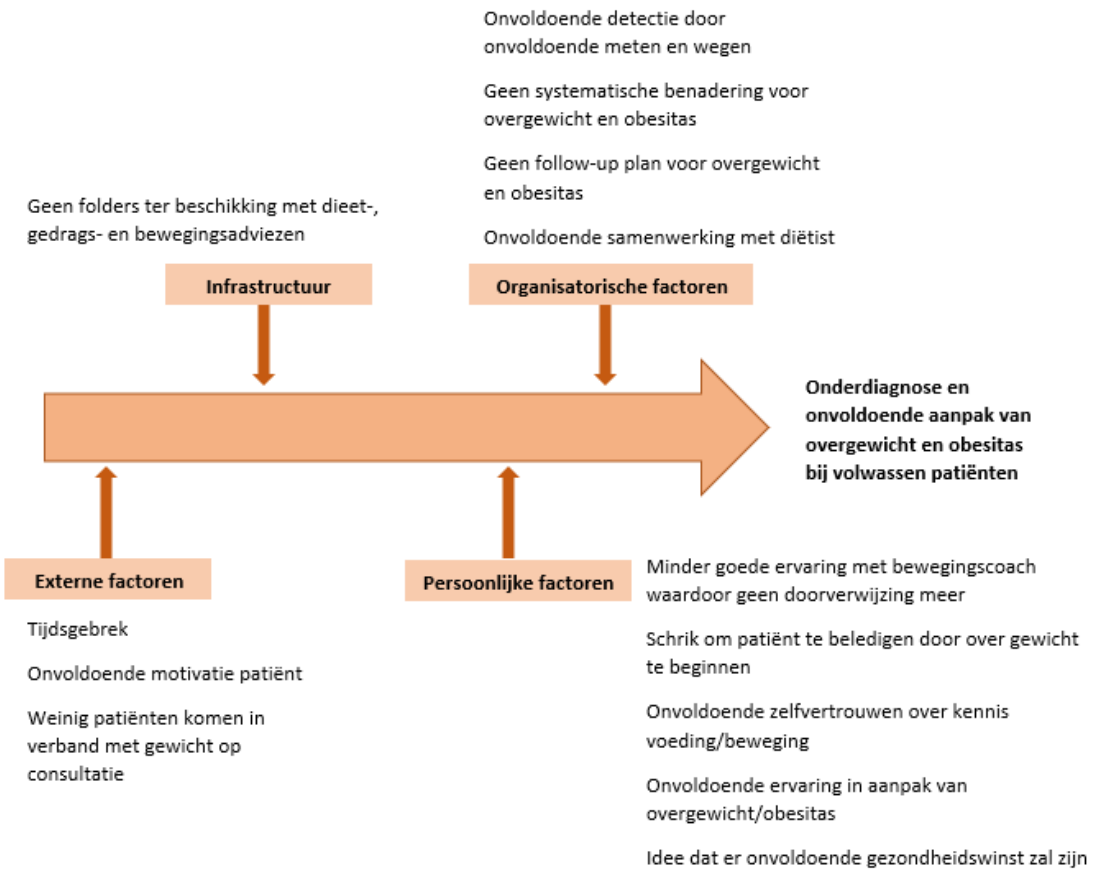
Registratie van parameter/diagnose	Aantal registraties bij actieve volwassen patiëntenpopulatie	% van actieve volwassen patiëntenpopulatie*
BMI**	323	26,07
Buikomtrek**	10	0,8
Overgewicht (code T83)	7	0,56
Obesitas (code T82)	36	2,91
Overgewicht en obesitas (code T82 en code T83)	43	3,47

* Actieve volwassen patiëntenpopulatie: 1239 patiënten.
** Er werd rekening gehouden met registraties van maximum 2 jaar oud om niet te baseren op verouderde data.

1.2.4. Uncover problem

Het huidige beleid binnen de praktijk rond de diagnose en aanpak van overgewicht en obesitas werd besproken. Er werd een visgraatdiagram opgesteld om de mogelijke oorzaken van het probleem in kaart te brengen. Daarna werd in de literatuur opgezocht wat de gekende drempels zijn om het gewicht te bespreken met de patiënt.

Aan de hand van het visgraatdiagram (figuur 1) werden de knelpunten van het probleem op verschillende vlakken in kaart gebracht. Op basis van de knelpunten werden actiepunten opgesteld (zie punt 3.1 Plan).



Figuur 1. Visgraatdiagram

1.2.5. Select strategy

In de laatste stap van het FOCUS-model werd de verbetering ingevoerd. Dit gebeurde aan de hand van de PDCA-cyclus. PDCA staat voor Plan – Do – Check – Act. Het is een kwaliteitscyclus ontwikkeld om verschillende malen opnieuw te doorlopen om stapsgewijs te groeien in kwaliteit.

1.3. Doelstelling project

In dit kwaliteitsverbeterend project werd onderzocht of een evidence-based praktijkrichtlijn de registratie van gezondheidsparameters binnen de praktijk kan verhogen en op deze manier een verbetering kan geven van de diagnosestelling en -registratie van overgewicht en obesitas. Er werd nagegaan of we de patiënten met een nieuwe diagnose van overgewicht met een risicofactor of obesitas kunnen motiveren om op vervolgconsult te komen om de diagnose te bespreken.

1.3.1. Concrete onderzoeksvragen

Kunnen we door het gebruik van een evidence-based praktijkrichtlijn voor overgewicht en obesitas de registratie van gezondheidsparameters binnen de praktijk verhogen?

Kunnen we door het stellen en meedelen van de diagnose van overgewicht met een risicofactor of obesitas de patiënt motiveren om op vervolgconsult te komen om het gewicht verder te bespreken?

2. Oriënterend literatuuronderzoek

Alvorens te starten met het kwaliteitsverbeterend project werd een literatuuronderzoek uitgevoerd om de actuele informatie over overgewicht en obesitas in de eerste lijn te verzamelen. Er werd opzoekingswerk verricht naar de huidige aanbevelingen voor de aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen in de eerste lijn en de mogelijke drempels hiervoor.

2.1. Methode

Voor deze literatuurstudie werd het watervalprincipe toegepast. Als eerste werd naar informatie gezocht in point-of-care of quaternaire bronnen. Er zijn enkele Nederlandstalige aanbevelingen omtrent het onderwerp beschikbaar, namelijk de richtlijn van Domus Medica "Aanbeveling Overgewicht en Obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk"(7) en de richtlijn van het Nederlandse Huisartsengenootschap "NHG-standaard Obesitas"(11). Deze richtlijnen dateren respectievelijk uit het jaar 2006 en 2010.[1] In 2013 verscheen het draaibroek voor huisartsen "Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassen" van Eetexpert (12). In 2022 publiceerde de 'Belgian Association for the Study of Obesity' (BASO) en Eetexpert vzw een geüpdatet stappenplan (13).

Op Cochrane werden geen relevante informatie gevonden over de aanpak van overgewicht en obesitas in de eerste lijn.

Bijkomend onderzoek naar tertiaire bronnen werd uitgevoerd via Pubmed aan de hand van volgende MeSH Terms: 'Overweight', 'Abdominal obesity', 'Central obesity', 'Primary care', 'Family physician' en 'Primary care physician'. Full tekst systematische reviews en meta-analyses werden geïncludeerd op basis van taal (Nederlands of Engels) en relevantie voor de huisartsgeneeskunde in België. Systematische reviews of meta-analyses langer dan tien jaar geleden gepubliceerd en over specifieke subpopulaties (bijvoorbeeld over kinderen of kankerpatiënten) werden geëxcludeerd. Ter aanvulling werden nog enkele relevante recente artikelen beschikbaar op Pubmed uitgekozen.

[1] In december 2024 verscheen een herziening van de richtlijn van Domus Medica. Deze bron werd niet gebruikt, aangezien de literatuurstudie en het project uitgevoerd werden voor de verschijning van de herziening.

2.2. Resultaten literatuuronderzoek

2.2.1. Huidige aanbevelingen voor overgewicht en obesitas bij volwassenen in de eerste lijn

Ten tijde van het literatuuronderzoek en het kwaliteitsverbeterend project zijn de meest recente Belgische richtlijnen het draaiboek voor huisartsen “Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassen” van Eetexpert vzw verschenen in 2013 (12) en het geüpdatete stappenplan gepubliceerd door BASO en Eetexpert vzw in 2022 (13). Het draaiboek beantwoordt een aantal klinische vragen. De relevante vragen voor dit kwaliteitsverbeterend project worden hieronder besproken.

Welke rol heeft de huisarts in het zorgtraject van patiënten met overgewicht/obesitas?

De huisarts speelt een centrale rol bij de detectie van overgewicht en obesitas door het lichaamsgewicht van patiënten op regelmatige basis te meten. De registratie van het gewicht en al dan niet van een diagnose van overgewicht of obesitas is essentieel om een goed overzicht in de loop van de tijd te verkrijgen. Bij een diagnose van overgewicht of obesitas is het aan de huisarts om een behandelplan op te stellen en een correcte screening en medische opvolging te voorzien. Het is hierbij van belang eetstoornissen bij patiënten met overgewicht of obesitas te herkennen, aangezien deze een andere aanpak en verwijzing vereisen.

Samenwerking met een diëtist of kinesitherapeut kan aangewezen zijn voor interventies op vlak van voeding en beweging. Een verwijzing naar een psycholoog kan in sommige gevallen nodig zijn. Bij dergelijke multidisciplinaire aanpak heeft de huisarts een coördinerende rol.

Bij wie screenen naar het gezondheidsrisico gerelateerd aan het gewicht?

Het is wenselijk het gezondheidsrisico gerelateerd aan het gewicht te bepalen in volgende situaties:

1. Wanneer patiënten op eigen initiatief op consultatie komen met een hulpvraag omtrent hun gewicht.
2. Wanneer patiënten op consultatie komen met risicofactoren of comorbiditeiten die gerelateerd kunnen zijn aan overgewicht of obesitas.
3. Wanneer patiënten op consultatie komen voor een preventief gezondheidsonderzoek.
4. Wanneer de huisarts tijdens een consultatie een aanleiding ziet om het gewicht te bespreken.

Wat moet bevraagd worden in de anamnese? Welke klinische parameters dienen bepaald te worden?

Tijdens de anamnese en het klinisch onderzoek wordt aangeraden het medische risico te bepalen, de familiale en persoonlijke voorgeschiedenis alsook het gewichtsverloop in kaart te brengen, mogelijke oorzaken van het gewichtsprobleem na te gaan, eetstoornissen op te sporen en een inschatting te maken van de impact die het gewichtsprobleem op de levenskwaliteit heeft.

Hoe bepalen we het medisch risico?

1. De BMI berekenen aan de hand van lichaamsgewicht en lengte. De BMI van een individu wordt berekend door het gewicht in kilogram te delen door de lichaamslengte in meter in het kwadraat. Overgewicht wordt vastgesteld bij een BMI tussen 25 en 29,9. Vanaf een BMI hoger of gelijk aan 30 wordt de diagnose van obesitas gesteld. Obesitas wordt verder nog in verschillende klassen opgedeeld. Zo spreken we van obesitas klasse 1 bij een BMI tussen 30 en 34,9; obesitas klasse 2 bij een BMI tussen 35 en 39,9 en obesitas klasse 3 bij een BMI hoger of gelijk aan 40.
2. De buikomtrek meten. Opstapeling van abdominaal vet (appelvorm) geeft een groter risico op het ontstaan van DM2 en cardiovasculaire aandoeningen dan vetafzetting ter hoogte van de heupen (peervorm). Bij een buikomtrek tussen 80 en 88 cm voor vrouwen en tussen 94 en 102 cm voor mannen spreken we over een verhoogd gezondheidsrisico. Bij een buikomtrek vanaf 88 cm voor vrouwen en vanaf 102 cm voor mannen spreken we over een sterk verhoogd gezondheidsrisico.
3. Het cardiovasculair risico bepalen op basis van de leeftijd, de bloeddruk, de rookstatus, al dan niet hebben van DM2, een voorgeschiedenis van cardiovasculaire aandoeningen en het voorkomen van vroegtijdig ischemisch lijden bij eerstegraads verwanten (jonger dan 55 jaar bij mannen, jonger dan 65 jaar bij vrouwen).
4. Een nuchtere glycemie bepalen om na te gaan of er sprake is van DM2 of een gestoorde glucosetolerantie.
5. De cholesterolwaarden en triglyceriden bepalen bij obesitas of cardiovasculair risico.
6. De aanwezigheid van aan het gewicht gerelateerde comorbiditeiten nagaan.

Welke andere disciplines kunnen betrokken worden bij de oppuntstelling van het gewichtsprobleem?

Voor de oppuntstelling van het gewichtsprobleem kan de hulp ingeschakeld worden van andere disciplines zoals een diëtist of een psycholoog. Ze kunnen een bijkomende anamnese doen op basis

van hun eigen expertise om een volledig beeld te krijgen van de patiënt. Er zijn ter ondersteuning van elke discipline draaiboeken ontwikkeld door Eetexpert vzw. Een kinesitherapeut kan ook een belangrijke rol opnemen bij het in kaart brengen van de ernst van het probleem indien er gewrichtsklachten, functionaliteitsverlies, incontinentie of dyspneu aanwezig is. De huisarts behoudt zijn coördinerende rol, waarbij de informatie verworven door paramedici naar de huisarts gecommuniceerd wordt.

Hoe gebeurt de inschatting van de ernst van het gewichtsprobleem? Hoe wordt een behandelplan opgesteld?

De inschatting van de ernst bij overgewicht of obesitas gebeurt niet alleen op basis van het medisch risico (zie eerder), maar ook op basis van het gezondheidsrisico. Het gezondheidsrisico houdt rekening met de medische risicofactoren, lichamelijke symptomen, psychologische symptomen, de impact op het welzijn en de functionele beperkingen. Dit gebeurt aan de hand van de Edmonton Obesity Staging System (EOSS) zie bijlage 5 (14). Dit stadiëringsysteem kan ook gebruikt worden bij overgewicht. Het EOSS stadium bepaalt de intensiteit en multidisciplinariteit van het behandelplan. Natuurlijk dienen ook de motivatie, mogelijkheden en voorkeur van de patiënt meegenomen te worden bij de beslissing. Er wordt in samenspraak met de patiënt een realistisch doel opgesteld.

Behandelplan op basis van EOSS stadium:

1. EOSS 0: gewichtstoename voorkomen door algemeen levensstijladvies.
2. EOSS 1: intensieve levensstijlinterventie door verwijzing naar andere eerstelijnszorgverleners (diëtist, kinesitherapeut, psycholoog).
3. EOSS 2/3: gespecialiseerde ambulante zorg voor multidisciplinaire intensieve levensstijlinterventies met verwijzing naar specialist, met eventuele farmacologische ondersteuning en bespreken van mogelijkheid bariatrische heelkunde.
4. EOSS 3/4 : gespecialiseerde obesitaskliniek voor multidisciplinaire intensieve levensstijlinterventies, met eventuele farmacologische ondersteuning en/of bariatrische heelkunde.

Rol van de huisarts bij EOSS 0-1: fysieke opvolging, geven van algemeen levensstijladvies, indien nodig verwijzen naar andere eerstelijnszorgverleners. Rol van de huisarts bij EOSS 2-4: fysieke opvolging, dossiercoördinatie en verwijzing naar gespecialiseerde zorg.

2.2.2. Drempels voor de aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen in de eerste lijn

Een systematische review van verschillende Britse eerstelijnsstudies stelt dat 58-79% van de patiënten een BMI in hun dossier hebben staan die ten laatste vijf jaar voordien werd geregistreerd. Een BMI registratie van 12 maanden of jonger werd gezien bij 28-46% van de mannen en 37-52% van de vrouwen. Doordat niet alle patiënten een recente geregistreerde BMI-waarde hebben, is er een onderrapportage van de diagnose obesitas, veronderstelt men in deze review. De prevalentie van obesitas uit de medische dossiers bleek slechts 9,5%. Dit verschilde met de prevalentie uit de Britse nationale gezondheidsenquête, uitgevoerd in 2014, waarbij 24% van de mannen en 27% van de vrouwen obees bleek te zijn (15). Enkele andere retrospectieve onderzoeken uitgevoerd in de Verenigde Staten melden ook een onderrapportage van obesitas in de elektronische medische dossiers (EMD). In één van de onderzoeken werden 3868 patiënten geïncludeerd waarvan 2003 (52%) voldeed aan de criteria voor obesitas. Slechts 112 patiënten (5.6%) hadden de diagnose obesitas in hun probleemlijst staan (16, 17).

De diagnosestelling alsook de registratie van de diagnose van overgewicht of obesitas in het elektronisch medisch dossier is belangrijk, aangezien het de eerste stap is richting het bespreken van de aandoeningen en de aanpak ervan. Onderzoek suggereert dat obese patiënten met een registratie van obesitas in de probleemlijst in het EMD meer waarschijnlijk een behandelingsplan en ondersteuning krijgen voor de obesitas door hun huisarts (18). Ondanks dat obesitas een toenemend probleem in onze samenleving is, dat gepaard gaat met belangrijke morbiditeit en mortaliteit, blijft er een probleem bestaan van onvoldoende diagnosestelling en rapportage. Dit kan verklaard worden doordat er verschillende drempels ervaren worden door artsen om het gewichtsprobleem van patiënten te bespreken.

In de literatuur worden verschillende barrières benoemd die het starten van een gesprek over het gewicht door de huisarts in de weg staan. De voornaamste barrières zijn tijdsgebrek, weinig zelfvertrouwen door een gevoel van kennisgebrek, bezorgdheid voor negatieve gevolgen en negatieve ideeën over het resultaat (19-23).

Tijdsgebrek

Het gebrek aan tijd die huisartsen ondervinden, wordt gezien als belemmering om een gevoelig topic zoals het gewicht aan te snijden. Een consultatie wordt als te kort ervaren om een probleem zoals obesitas te bespreken, vooral wanneer een patiënt zich presenteert met een klacht niet gerelateerd

aan het gewichtsprobleem. Dit kan leiden tot frustraties bij de artsen (19). Een recent onderzoek bij Nederlandse huisartsen stelt dat tijdsgebrek vooral als barrière wordt ondervonden bij meer onervaren artsen, wanneer artsen de patiënt niet kennen of wanneer ze als vervangarts werken (20). De overtuigingen dat obesitas een complexe aandoening is waarbij meerdere persoonlijke en maatschappelijke factoren aan de basis liggen en dat de behandeling door middel van gedragsveranderingen een langdurige opvolging vereist, zorgen er voor artsen zich niet bekwaam voelen om het gewichtsprobleem binnen de tijdslimiet van hun consultaties te bespreken (22). Overigens wordt in de literatuur opgemerkt dat bij een gesprek over gezondheidsbevordering eerder voorrang wordt gegeven aan een topic zoals rookstop boven gewichtsverlies (21, 23).

Weinig zelfvertrouwen door een gevoel van kennisgebrek

In de literatuur wordt beschreven dat huisartsen zich onzeker te voelen over hun kennis van dieetadviezen en huidige richtlijnen over overgewicht en obesitas en over hun kennis van verwijsmogelijkheden (20, 21). Huisartsen vinden dat er geen duidelijke gestandaardiseerde aanpak of richtlijn aanwezig is om gewichtsproblemen te bespreken en aan te pakken. Ze voelen zich hiervoor aangewezen op verschillende bronnen, wat het moeilijker maakt om een plan of beleid op te stellen (23).

Bezorgdheid over negatieve gevolgen

Artsen ervaren de woordkeuze om het gewichtsprobleem te benoemen als drempel. Ze vinden het moeilijk om de woorden ‘overgewicht’ of ‘obesitas’ in de mond te nemen en bijgevolg de diagnose te vermelden. Artsen rapporteren dat ze andere woorden proberen te gebruiken om de term ‘obesitas’ te vermijden omwille van de negatieve ondertoon (22). Ze vermijden soms zelfs het starten van een gesprek over het gewichtsprobleem uit schrik voor een negatieve reactie die de arts-patiëntrelatie kan schaden. Patiënten zouden zich namelijk beoordeeld of gekwetst kunnen voelen en dit zou spanning kunnen veroorzaken tussen de arts en de patiënt (20, 21). Een goede arts-patiëntrelatie vergemakkelijk daarentegen wel het aankaarten van het onderwerp. Een correcte verstandhouding, zorgcontinuïteit en kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt maken een doeltreffende samenwerking mogelijk (19). Dit is essentieel aangezien de aanpak van overgewicht en obesitas een langdurig opvolging vereist. Systematische reviews waarin de recentste richtlijnen werden geïncludeerd, raden een opvolging van zes à twaalf maanden aan voor levensstijlinterventies voor gewichtsverlies in de eerstelijnszorg. Dergelijke opvolging zou uit minstens twaalf contacten moeten bestaan in een periode van zes à twaalf maanden om te leiden tot effectief gewichtsverlies. Deze contacten bevatten zowel consultaties in de praktijk als telefonische raadplegingen (24, 25).

Negatieve ideeën over het resultaat

Een andere barrière is dat artsen eerder pessimistisch zijn over het al dan niet succes hebben van interventies voor gewichtsverlies in de eerstelijnszorg. Door eerdere ervaringen met tegenvallende resultaten zijn huisartsen niet overtuigd van de impact van aanbevelingen omtrent gewichtsverlies of een verwijzing naar een diëtist. Ze geven aan dat ze niet steeds de aanbevelingen waar ze weinig vertrouwen in hebben te volgen uit vrees dat dit hun geloofwaardigheid bij de patiënt zou ondermijnen. Daarnaast draagt het gebrek aan motivatie bij patiënten bij aan deze negatieve ideeën. Hierdoor is er weinig vertrouwen in het vermogen van patiënten om levensstijlaanpassingen door te voeren en te behouden (19, 22). Huisartsen merken dat de kennis en de motivatie van patiënten een sleutelrol spelen om positieve levensstijlveranderingen door te voeren en gewichtsverlies te bekomen. Met andere woorden kan motiverende gespreksvoering en correcte opvoeding van de patiënten een cruciale rol spelen (21).

Een recente meta-analyse van meerdere gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep toont aan dat gedragsinterventies om gewicht te verliezen in de eerste lijn resulteren in effectieve gewichtsreductie en reductie van abdominale omtrek. Huisartsen zouden dus minder pessimistisch mogen zijn over de mogelijke resultaten (24).

Bovengenoemde barrières kunnen er toe leiden dat artsen weinig gemotiveerd zijn om patiënten aan te spreken over hun gewicht. Het identificeren van deze drempels is belangrijk aangezien op deze manier ook aangetoond wordt waar ruimte is voor verbetering.

3. Methodologie kwaliteitsverbeterend project

Het project wordt opgezet aan de hand van de PDCA-cyclus en gaat door in een huisartsenpraktijk te Sint-Pieters-Leeuw van november 2023 tot en met maart 2024. Het wordt uitgevoerd door één vaste huisarts en één huisarts in opleiding. De doelpopulatie zijn patiënten met een globaal medisch dossier (GMD) vanaf 18 jaar waarbij we de diagnose stellen van overgewicht met een risicofactor of obesitas. Patiënten jonger dan 18 jaar worden niet geïncludeerd. Voor de aanvang van het project werd het goedgekeurd door de Ethische Commissie van het UZ Brussel.

3.1. Plan

De knelpunten uit het visgraatdiagram worden gekoppeld aan actiepunten die omgezet worden in praktische taken.

Tabel 2. Knelpunten en actiepunten

Knelpunt	**Actiepunt**	**Taak**
Infrastructuur		
Geen folders ter beschikking met adviezen	Nood aan Nederlandstalige en Franstalige folders of documenten met duidelijke evidence-based adviezen voor de patiënten	Er wordt gezocht naar evidence-based adviezen voor patiënten. De documenten worden door de artsen goedgekeurd en nadien toegevoegd in de gezamenlijke online opslagruimte. De documenten zijn beschikbaar in het Frans en in het Nederlands.
Organisatorische factoren		
Onvoldoende diagnose door onvoldoende meten en wegen	Nood aan het systematisch meten en wegen van patiënten	Er wordt een taak toegevoegd in elk patiëntendossier via de takenmodule van het medische computerprogramma.

Geen systematische benadering en follow-up plan voor patiënten met overgewicht of obesitas	Nood aan een richtlijn voor benadering en follow-up van overgewicht en obesitas	De flowchart voor huisartsen van Eetexpert vzw wordt geraadpleegd.
Onvoldoende samenwerking met diëtisten	Verbeteren van verwijzing naar diëtisten.	Er wordt een lijst met contactgegevens van diëtisten in de nabije omgeving opgemaakt. Patiënten zullen zo gewenst doorverwezen worden naar een diëtist van de lijst.
Persoonlijke factoren		
Onvoldoende zelfvertrouwen over kennis voeding en beweging	Nood aan bijscholing	Er worden e-learnings van het Vlaams Instituut Gezond Leven over de voedingsdriehoek en bewegingsdriehoek gevolgd om de kennis bij te schaven
Onvoldoende ervaring in de aanpak van overgewicht en obesitas	Nood aan bijscholing	Het draaiboek voor aanpak van overgewicht en obesitas door de huisarts wordt doorgenomen.
Minder goede ervaring met bewegingscoach, waardoor geen doorverwijzing meer	Zelf bewegingsadviezen meegeven of doorverwijzing naar andere paramedici	Er wordt besloten om patiënten die meer wensen te bewegen adviezen van de bewegingsdriehoek mee te geven en zo gewenst door te verwijzen naar een kinesist.
Idee dat er onvoldoende gezondheidswinst zal zijn	Nood aan opzoeking van informatie in de literatuur	Informatie uit de literatuur toont dat het bespreken van het gewicht, adviezen geven en motiverende gespreksvoering een gezondheidswinst kan hebben. Dit motiveert de artsen om er mee aan de slag te gaan.

3.2. Do

Wanneer volwassen patiënten op consultatie komen, verschijnt volgende vermelding in de takenlijst: 'meten gewicht/lengte/buikomtrek'. Bijgevolg worden het gewicht en de lichaamslengte bepaald. Indien er reeds een lengte gekend is in het dossier bij een patiënt waarvan verwacht wordt dat deze niet gegroeid of gekrompen is, wordt de lengte niet meer nagemeten. De BMI wordt berekend aan de hand van de lichaamslengte en het gewicht. Indien op basis van de BMI een diagnose overgewicht of obesitas wordt gesteld, wordt de buikomtrek gemeten. Daarna worden met behulp van de checklist 'overgewicht met een risico' (bijlage 6) de cardiovasculaire en andere risicofactoren bij de patiënt nagekeken en bevraagd. Indien de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria: BMI ≥ 30 OF BMI ≥ 25 met minstens 1 bijkomende risicofactor wordt de patiënt geïncludeerd in het onderzoek. Patiënten jonger dan 18 jaar, zwangere patiënten en ernstig zieke patiënten bijvoorbeeld kankerpatiënten werden geëxcludeerd. Na inclusie wordt de patiënt geïnformeerd over het onderzoek en wordt het informatie- en toestemmingsformulier overlopen (bijlage 3 en 4). Bij het ondertekenen van dit formulier wordt een studienummer genoteerd op het informatie- en toestemmingsformulier en op de checklist 'overgewicht met een risico'. De naam met studienummer wordt bijgehouden in een document op een met wachtwoord beveiligde SharePoint van de VUB. Na inclusie nodigen we de patiënten uit voor een vervolgconsult om het gewicht en de gezondheid te bespreken. Aan de hand van het studienummer wordt bijgehouden welke patiënten op vervolgconsult komen. Het verdere beleid gebeurt via de flowchart 'Behandeling obesitas' (13). Op basis van de oorzaak van het overgewicht met een risicofactor of obesitas, de ernstinschatting en de motivatie van de patiënt, wordt de meest gepaste zorg en opvolging voorgesteld. De exacte aanpak bij de geïncludeerde patiënten valt buiten de scope van dit project.

3.3. Check

Na de eerste drie maanden werd tijdens een overlegmoment de vooruitgang van het project besproken. Door de drukke wintermaanden met veel consultaties voor infectieziekten bleek er niet altijd tijd geweest te zijn om patiënten te includeren in het onderzoek. We merkten op dat we wel bij veel patiënten het gewicht en de lengte gemeten en geregistreerd hadden, maar dat het vanwege tijdsgebrek niet makkelijk was om in hetzelfde consult een uitleg te geven over de diagnose van overgewicht met een risicofactor of obesitas en meer informatie te geven over het project en het informatie- en toestemmingsformulier. Bij sommigen werd de diagnose wel al besproken en werd de patiënt uitgenodigd op vervolggesprek om aan het begin van dit gesprek het informatie- en

toestemmingsformulier uit te leggen en te laten ondertekenen. Bij andere patiënten werd de diagnose nog niet besproken. Er kwamen nog enkele andere voorbeelden naar boven waarbij de patiënt met overgewicht met risicofactor of overgewicht niet geïncludeerd werd. Bijvoorbeeld wanneer de arts vond dat het gewichtsprobleem momenteel geen prioriteit had zoals bij een acute ernstige aandoeningen of mentale moeilijkheden, wanneer de patiënt al opgevolgd werd voor het gewichtsprobleem bij een specialist of diëtist of wanneer de patiënt weigerde.

Tijdens deze vergadering werden ook gegevens uitgewisseld van diëtisten die waren aanbevolen door enkele patiënten.

3.4. Act

Er werden in de check-fase enkele verbeterpunten genoteerd. Er werd afgesproken om de laatste drie maanden van het project meer aandacht te besteden aan de inclusie van patiënten. Bij een aantal patiënten werd ondertussen wel een BMI van minstens 25 geregistreerd zonder dat de checklist 'overgewicht met een risicofactor' werd overlopen. Bij deze patiënten werd een taak met vermelding van het overlopen van de checklist en al dan niet inclusie in het project toegevoegd in hun dossier. Daarnaast werd ook voorgesteld om de uitleg en het ondertekenen van het informatie- en toestemmingformulier bij tijdsgebrek te verplaatsen naar het vervolgconsult.

4. Resultaten

4.1. Data van de deelnemers

Er werden 48 patiënten met een BMI ≥ 30 of met een BMI ≥ 25 met minstens 1 bijkomende risicofactor geïncludeerd in het onderzoek. De groep bestaat uit 27 mannen en 21 vrouwen, respectievelijk 56,2% en 43,8% zoals weergeven in tabel 3. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 55,85 jaar (standaarddeviatie = 14,71). De gemiddelde BMI van de participanten bedraagt 31,42 kg/m^2 (minimum = 26,21; maximum = 44,25; standaarddeviatie = 4,08). De gemiddelde buikomtrek bedraagt 106,4 cm (minimum = 84; maximum = 154; standaarddeviatie 11,56).

Tabel 3. Frequentietabel: karakteristieken van de deelnemers

Karakteristiek		**N (N totaal = 48)**	**%**
Geslacht	Man	27	56,2
	Vrouw	21	43,8

In tabel 4 wordt de informatie die verzameld werd met de checklist 'overgewicht met een risico' weergeven. Er zijn 47 deelnemers (97,9%) met een buikomtrek met een verhoogd gezondheidsrisico, waarvan 41 deelnemers een buikomtrek met een sterk verhoogd gezondheidsrisico hebben. Meer dan de helft (58,3%) van de geïncludeerde patiënten heeft arteriële hypertensie. Bijna 20% heeft een hart- en vaatziekte doorgemaakt. Slechts 1 deelnemer (2,1%) heeft een gediagnosticeerd obstructief slaapapneusyndroom. Het merendeel van de deelnemers (85,3%) beweegt te weinig in vergelijking met de richtlijn van de WGO, dit wil zeggen minder dan 150 minuten per week aan matige intensiteit fysieke activiteit of minder dan 75 minuten per week aan hoog intensief fysieke activiteit. Eén derde (33,3%) van de geïncludeerde patiënten heeft een familielid met obesitas en bijna 40% heeft een familielid met diabetes mellitus.

Alle geïncludeerde patiënten werden uitgenodigd voor een vervolggesprek om het gewicht, de gezondheid en eventuele verdere diagnostiek te bespreken. 24 van de 48 deelnemers, met andere woorden 50%, kwam op vervolgconsultatie binnen het tijdsbestek van het project.

Tabel 4. Frequentietabel: risicofactoren overgewicht en obesitas bij deelnemers

Risicofactoren	**N (N totaal = 48)**	**%**
Buikomtrek verhoogd risico (≥ 94 cm M, ≥80 cm V)	47	97,9
Buikomtrek sterk verhoogd risico (≥102 cm M, ≥88 cm V	41	85,4
Hypertensie of gebruik van antihypertensiva	28	58,3
Doorgemaakte hart- en vaatziekten	9	18,8
Diabetes mellitus	3	6,3
Voorgeschiedenis van hyperglycemie	2	4,2
Obstructief slaapapneusyndroom	1	2,1
Artrose	7	14,6
Familiale voorgeschiedenis van premature hart- en vaatziekten	11	22,9
Familiale voorgeschiedenis van diabetes mellitus	19	39,6
Familiale voorgeschiedenis van obesitas	16	33,3
Roken	4	8,3
Te weinig fysieke activiteit	41	85,4
Verstoord welbevinden	6	12,5

4.2. Data verzameld uit het medisch computerprogramma

Zoals te zien in tabel 5 wordt een stijging vastgesteld in geregistreerde parameters na het KVP. Na het project hebben in totaal 525 volwassen patiënten (42,37%) een geregistreerde BMI. In vergelijking met 323 patiënten (26,07%) voor het KVP is dit een toename met 62,5%. Er is een gelijkaardige toename in geregistreerde gewichten. Er zijn 56 extra registraties van buikomtrekmetingen. In totaal zijn er 66 patiënten (5,33%) met een geregistreerde buikomtrek na het project.

Tabel 5. Frequentietabel geregistreerde parameters voor en na het KVP. Totaal aantal patiënten = 1239.

Registratie van onderstaande gezondheidsparameters	**Voor KVP**		**Na KVP**	
	N	**%**	**N**	**%**
BMI	323	26,07	525	42,37
Lengte	476	38,42	621	50,12
Gewicht	350	28,02	551	44,47
Buikomtrek	10	0,81	66	5,33

Er wordt een stijging waargenomen in het aantal registraties van de diagnoses overgewicht en obesitas en het aantal patiënten die volgens hun BMI vallen onder de diagnose overgewicht en obesitas (tabel 6 en 7). Zo hebben respectievelijk 40 en 48 extra patiënten een geregistreerde diagnose van overgewicht of obesitas gekregen tijdens het project. Alle patiënten met een nieuwe registratie van een BMI ≥ 30 kregen een registratie van de diagnose obesitas. 40 van de 57 patiënten met een nieuwe registratie van een BMI ≥ 25 kreeg een registratie van de diagnose overgewicht.

Na het project hebben 84 patiënten een registratie van obesitas in de probleemlijst in het EMD. Volgens de geregistreerde BMI ≥ 30 zouden 154 patiënten effectief obesitas hebben. Dit wil zeggen dat iets meer dan de helft van de patiënten (54,54%) met obesitas een geregistreerde diagnose obesitas heeft. In totaal hebben 131 patiënten een geregistreerde diagnose van overgewicht of

obesitas in het EMD. Volgens de geregistreerde BMI ≥ 25 zouden 322 patiënten overgewicht of obesitas hebben. Dat wil zeggen dat 40,68% van deze patiënten een registratie van de diagnoses heeft gekregen.

Tabel 6. Frequentietabel geregistreerde diagnoses voor en na het KVP. Totaal aantal patiënten = 1239.

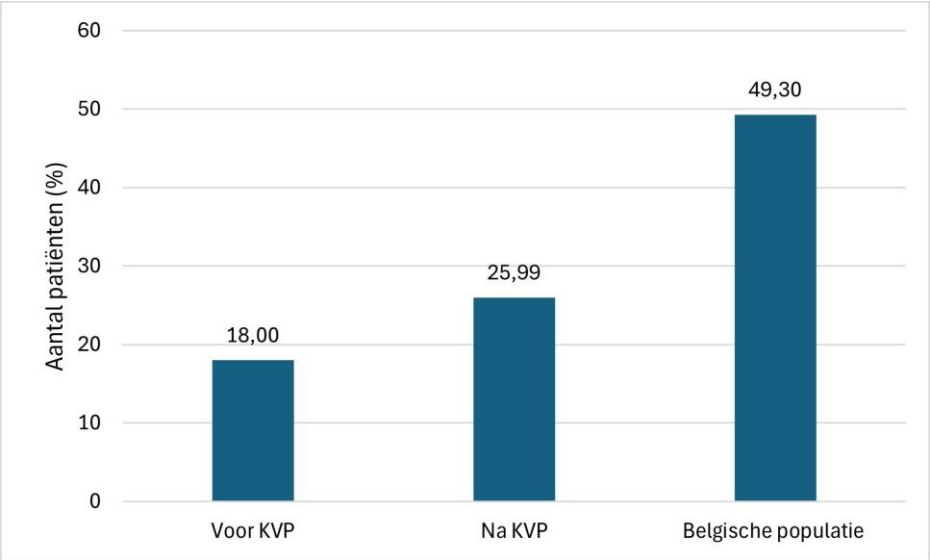
Registratie van diagnose	Voor KVP		Na KVP	
	N	%	N	%
Overgewicht (T83)	7	0,56	47	3,79
Obesitas (T82)	36	2,91	84	6,78
Overgewicht en obesitas (T83 en T82)	43	4,47	131	10,57

Tabel 7. Frequentietabel geregistreerde BMI ≥ 25 en ≥ 30 voor en na het KVP. Totaal aantal patiënten = 1239.

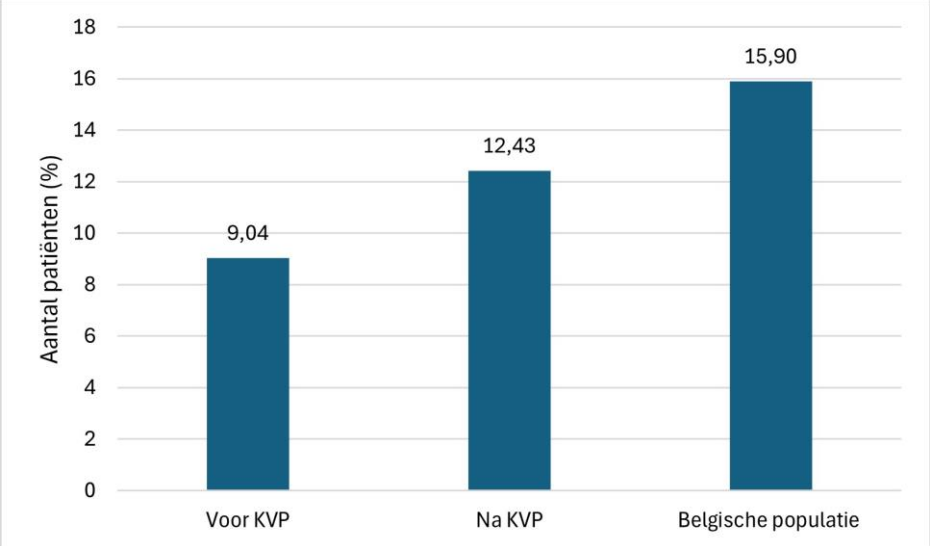
Geregistreerde BMI vanaf onderstaande waarde	Voor KVP		Na KVP	
	N	%	N	%
BMI ≥ 25	223 (waarvan 112 BMI ≥ 30)	18,00	322 (waarvan 154 BMI ≥ 30)	25,99
BMI ≥ 30	112	9,04	154	12,43

4.3. Vergelijking met de Belgische populatie

De prevalentie van overgewicht en obesitas in de praktijk werd vergeleken met de prevalentie in de Belgische populatie volgens de Gezondheidsenquête uitgevoerd door Sciensano in 2018 (3). Dit wordt weergeven in figuren 3 en 4. Overgewicht komt volgens de BMI van de patiënten voor bij 25,99% van de patiëntenpopulatie vergelijking met 49,30% in de Belgische populatie. Obesitas komt volgens de BMI bij 12,43% van de patiënten voor in vergelijking met 15,90% in Belgische populatie.



Figuur 2. Percentage van patiënten met BMI ≥ 25 in het EMD voor en na het KVP in vergelijking met het voorkomen van een BMI ≥ 25 in de Belgische populatie



Figuur 3. Percentage van patiënten met BMI ≥ 30 in het EMD voor en na het KVP in vergelijking met het voorkomen van een BMI ≥ 30 in de Belgische populatie

5. Discussie

5.1. Interpretatie van de resultaten

Wanneer de cijfers van geregistreerde gezondheidsparameters voor en na het project vergeleken worden, wordt een duidelijke stijging vastgesteld in registraties van het gewicht en de BMI. Na het project hebben 525 (43,37%) patiënten een BMI in het EMD in vergelijking met 323 patiënten (26,07%) voor het project. Er is een gelijkaardige toename in geregistreerde gewichten. Echter wordt opgemerkt dat er slechts 56 extra buikomtrekmetingen geregistreerd werden. Na het project hebben 66 patiënten ofwel 5,33% een buikomtrek in het EMD. Er kan dus besloten worden dat door het uitvoeren van het kwaliteitsverbeterend project de registratie van de gezondheidsparameters toegenomen is. Echter ligt de toename in geregistreerde buikomtrekmetingen relatief iets lager. Na het afronden van het project werd onder de betrokken artsen besproken hoe dit komt. Er werd toch nog een bepaalde schroom opgemerkt om de buikomtrek te meten, alsook neemt het meer tijd in beslag dan gewoon op de weegschaal gaan staan. Hierdoor werd het meten van de buikomtrek dus al eens niet uitgevoerd. In een recente publicatie in 'The Lancet' riepen experten bijgestaan door 76 gezondheidsorganisaties op om het gebruik van de BMI te herbekijken (1). De BMI wordt te vaak als enige parameter gebruikt voor het vaststellen van overgewicht of obesitas. Er wordt gepleit om naast de BMI nog minstens 1 andere lichaamsmeting uit te voeren bijvoorbeeld de buikomtrek. Deze extra meting is van belang om mensen met een normale BMI die toch een overmatige abdominale vetopstapeling hebben op te sporen omdat zij ook een verhoogd gezondheidsrisico hebben.

Het project leidde tot een stijging van het aantal geregistreerde diagnoses van overgewicht en obesitas, respectievelijk met 40 en 48 nieuwe diagnoses. Bij alle patiënten met een nieuw geregistreerde BMI ≥ 30 werd de diagnose obesitas geregistreerd. Niet bij iedereen die volgens hun BMI overgewicht heeft, werd een nieuwe diagnose overgewicht geregistreerd. Dit gebeurde bij 40 van de 57 patiënten. Een mogelijke reden hiervoor zou kunnen zijn dat de arts het gewicht niet als een gezondheidsprobleem zag en het daardoor niet belangrijk vond om het in het EMD te registreren, vermoedelijk voornamelijk bij patiënten met een BMI rond 25 à 26. Bij patiënten die schommelen rond de afkapwaarde voor overgewicht is het meten van de buikomtrek nog belangrijker om het gezondheidsrisico in te schatten. Een aanbeveling zou zijn om na het project een inhaalbeweging te doen om net bij deze patiënten deze lichaamsmeting uit te voeren.

Voor het implementeren van het project werd een groot verschil opgemerkt in de prevalentie van overgewicht en obesitas bij volwassen patiënten in de huisartsenpraktijk in vergelijking met de prevalentie in de Belgische volwassen populatie op basis van geregistreerde diagnoses in het EMD. Dergelijke onderrapportage ligt in lijn met wat er in de literatuur te vinden is (15-17). De onderrapportage verbeterde door het project, maar blijft aanwezig. Na het project heeft 10,57% van de volwassen patiëntenpopulatie een geregistreerde diagnose van overgewicht of obesitas. Dit blijft in groot contrast staan met de prevalentie van BMI ≥ 25 in de Belgische populatie, namelijk 49,30%. Als men enkel kijkt naar BMI, en niet naar geregistreerde diagnose, heeft 25,99% van de volwassen patiënten een BMI ≥ 25. Dit ligt al dichter bij de prevalentie van 49,30% in België, maar er is nog steeds een groot verschil. Wanneer men uitsluitend naar de cijfers voor obesitas kijkt, heeft 6,78% van de volwassen patiënten een geregistreerde diagnose. In de Belgische populatie heeft 15,90% een BMI ≥ 30. Als men enkel kijkt naar BMI, en niet naar geregistreerde diagnose, dan heeft 12,43% van de volwassen patiënten een BMI ≥ 30. Dit ligt dicht bij de prevalentie van 15,90% in de Belgische populatie. Op basis van deze gegevens kunnen we concluderen dat er met dit kwaliteitsverbeterend project een mooie vooruitgang gemaakt werd, maar dat er ruimte is voor nog meer verbetering.

Er werden 48 deelnemers geïncludeerd in het onderzoek om na te gaan of we door het stellen en meedelen van de diagnose van overgewicht met een risicofactor of obesitas de patiënt kunnen motiveren om op vervolgconsult te komen om de diagnose en de gezondheid verder te bespreken. 24 van de 48 deelnemers kwamen op een vervolgconsultatie. Dit wil zeggen dat de helft van de participanten gemotiveerd kon worden om op vervolggesprek te komen.

Er waren 48 geïncludeerde patiënten. Dit is minder dan de 88 patiënten met een nieuwe diagnose van overgewicht of obesitas. Tijdens de check-fase van de PDCA-cyclus en na het project werden mogelijke redenen voor het niet includeren van patiënten besproken. Eén van de exclusiecriteria was overgewicht zonder risicofactor (zie checklist in bijlage 6). Dit betrof 1 patiënt. De hoofdreden was tijdsdruk. De artsen ondervonden dat er voldoende tijd was om de patiënten te wegen, maar dat er nadien niet steeds voldoende tijd was om de patiënt uitleg te geven over de diagnose en/of te includeren in het onderzoek inclusief uitleg over informatie- en toestemmingsformulier. Literatuur toont aan dat tijdsgebrek vaak als drempel voor gewichtsbespreking ervaren wordt door huisartsen (19). Daarnaast merkten de artsen op dat er een drempel was om patiënten te includeren die reeds bezig waren met gewichtsverlies en al gewicht waren verloren, maar nog steeds binnen de inclusiecriteria vielen. Dit werd vooral als barrière ondervonden omdat ze de patiënten niet wilden demotiveren en spanning in de arts-patiëntrelatie wilden vermijden. Bezorgdheid over de negatieve

gevolgen is een drempel die eerder in de literatuur beschreven wordt (20, 21). Een andere reden voor het niet includeren was gebrek aan motivatie bij de patiënt of negatieve ideeën van de arts over de resultaten, barrières die in eerdere publicaties ook reeds aan bod komen (19, 22). Sommige patiënten weigerden bij het voorstel tot deelname aan het project. Bij andere patiënten speelde het idee van de arts over de motivatie van de betreffende patiënt ook een rol. Ten gevolge van de indruk van motivatiegebrek bij deze patiënten, hebben artsen weinig vertrouwen in het vermogen van patiënten om levensstijlaanpassingen door te voeren en te behouden en hierdoor wordt er minder prioriteit gegeven aan het gesprek over het gewichtsprobleem.

5.2. Evaluatie van het project

Na het uitvoeren van het KVP werd gereflecteerd over het verloop ervan en werden een aantal zwaktes geformuleerd. Het KVP ging door in de eerste praktijk waar huisarts in opleiding Lio Eggers stage liep van oktober 2022 tot en met maart 2024. Het project werd volledig goedgekeurd door de Ethische Commissie in oktober 2023, waardoor er een nog vijf maanden overbleven voor het uitvoeren van het KVP en de inclusie van patiënten. Na de stage werd er nog zes maanden bijgehouden of geïncludeerde patiënten al dan niet op vervolgconsultatie kwamen. Het KVP werd bijgevolg op een relatief korte periode gerealiseerd. Eén van de beperkingen van het project is dat een groot deel van de periode waarin het uitgevoerd werd binnen het drukke infectieseizoen viel. Dit zorgde ervoor dat er niet altijd voldoende tijd was voor het uitvoeren van het KVP. Het zou interessant zijn dergelijk project over langere periode met langere follow-up uit te voeren. Vanwege het tijdslimiet werd het KVP beperkt tot twee onderzoeksvragen. Een boeiende bijkomende onderzoeksvraag zou zijn of er bij de geïncludeerde patiënten ook effectief gewichtsverlies gezien wordt twaalf maanden na het vaststellen en bespreken van de diagnose overgewicht of obesitas.

De inclusiecriteria waren een BMI ≥ 30 of BMI ≥ 25 met bijkomende risicofactor. Echter hebben mensen met een BMI ≤ 25 en verhoogde buikomtrek ook een verhoogd gezondheidsrisico waar ze op gewezen dienen te worden. In dit project werd de buikomtrek zo goed als enkel gemeten bij patiënten met een BMI ≥ 25, waardoor deze patiënten niet opgespoord werden. Op basis van de laatste aanbevelingen gepubliceerd in The Lancet (1) zou bij het herhalen van het project aangeraden moeten worden de inclusiecriteria uit te breiden en mensen met een BMI ≤ 25 en buikomtrek ≥ 80 cm bij vrouwen en ≥ 94 cm bij mannen eveneens te includeren.

Drempels voor de aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen in de eerste lijn werden eerder al beschreven in de literatuurstudie, alsook werd er naar verwezen bij de interpretatie van de resultaten. De deelnemende artsen ondervonden dezelfde drempels wat tot selectiebias kan leiden en als zwakte van de studie kan beschouwd worden.

De artsen die deelnamen aan het KVP merkten dat ze doorheen het verloop van het project positief verrast werden. Zo konden ze patiënten includeren in het project waarvan ze eerst een negatief idee hadden over hun motivatie en kwamen deze wel degelijk op vervolgconsultatie. Dit motiveerde de artsen en werkte drempelverlagend. Bovendien ervaarden de artsen dat ze zich door het hebben van een evidence-based praktijkrichtlijn zelfzekerder voelden voor het wegen en meten van patiënten. Dit kwam omdat ze nu een duidelijk plan voor zich hadden voor wanneer ze een nieuwe diagnose van overgewicht of obesitas zouden stellen. In de literatuur wordt vermeldt dat huisartsen het gebrek aan een duidelijke gestandaardiseerde aanpak of juist een overvloed aan verschillende handleidingen of richtlijnen als drempel ervaren (23). Het opstellen en bespreken van een evidence-based praktijkrichtlijn ruimde deze barrière uit de kant. Door het project werd meer kennis opgedaan over de aanpak van overgewicht en obesitas in de eerste lijn en dit leidt tot meer zelfvertrouwen in kennis bij de artsen.

Als laatste positieve punt stelden de artsen vast dat de patiënten, zowel deelnemers als niet-deelnemers, waarbij het gewicht besproken werd tijdens volgende consultaties makkelijker een gesprek begonnen over hun gewicht, hun progressie of moeilijkheden om levensstijlaanpassingen in te voeren. De artsen zagen mensen terug op consultatie die ook effectief levensstijlaanpassingen hadden doorgevoerd. Met dit kwaliteitsverbeterend project werden dus vele zaadjes geplant in de huisartsenpraktijk met als einddoel een gunstig effect hebben op de gezondheid van de patiënten.

6. Besluit

Dit kwaliteitsverbeterend project zorgde voor een verhoging van de registraties van gezondheidsparameters in het elektronisch medisch dossier van volwassen patiënten met een globaal medisch dossier bij de huisartsenpraktijk waar dit project werd uitgevoerd. Verder steeg het aantal geregistreerde diagnoses van overgewicht en obesitas waardoor de prevalentie voor deze aandoeningen in de patiëntenpopulatie dichter komt te liggen bij de prevalentie in de Belgische populatie. Dit geeft een realistischer beeld van de patiëntenpopulatie. Door het stellen en mededelen van de diagnose van overgewicht met een risicofactor of obesitas kon de helft van de geïncludeerde patiënten gemotiveerd worden om op een vervolgconsultatie te komen om de diagnose en de gezondheid verder te bespreken.

De artsen stelden vast dat het project positieve effecten had. Het invoeren van het project zorgde voor het verlagen van bepaalde drempels om patiënten te wegen en hun gewichtsprobleem te bespreken. Eénmaal dat een diagnose van overgewicht of obesitas gesteld werd, kregen de artsen de indruk dat er zowel door arts als patiënt makkelijker over het gewichtsprobleem gesproken kon worden. Alsook werd vastgesteld dat patiënten levensstijlaanpassingen invoerden en gemotiveerd waren tot gewichtsverlies.

In de toekomst zou het interessant zijn om een gelijkaardig project uit te voeren over een langere periode en zo meer tijd te hebben om mensen te includeren, maar ook om een langere opvolging te voorzien. Er zou op deze manier gekeken kunnen worden of er een jaar na het vaststellen en bespreken van een diagnose van overgewicht of obesitas effectief gewichtsverlies wordt bereikt en men zou het gewichtsverlies kunnen kwantificeren. Bovendien zouden de inclusiecriteria uitgebreid kunnen worden zodat ook patiënten met een gezonde BMI maar verhoogde buikomtrek geïncludeerd worden.

Dit kwaliteitsverbeterend project uitgevoerd in kader van mijn masterproef ter behalen van de Master-na-Master Huisartsgeneeskunde voelt als een goede start om in mijn verdere toekomst als huisarts aandacht te besteden aan het gewicht van mijn patiënten. Naar verwachting zal de gemiddelde BMI in onze populatie verder stijgen, wat het belang hiervan extra onderstreept.

Referenties

1. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13(3):221–62.
2. World Health Organization. Obesity and overweight. [Internet]. Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. [Accessed 10 februari 2023]
3. Drieskens S, Charafeddine R, Gisle L. Gezondheidsenquête 2018: Voedingsstatus. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2019/14.440/53. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be.
4. De Pauw R, Claessens M, Gorasso V, Drieskens S, Faes C, Devleesschauwer B. Past, present, and future trends of overweight and obesity in Belgium using Bayesian age-period-cohort models. BMC Public Health. 2022;22(1):1309.
5. Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, Lee A, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. N Engl J Med. 2017;377(1):13-27.
6. Hartz AJ, Rupley DC, Kalkhoff RD, Rimm AA. Relationship of obesity to diabetes: influence of obesity level and body fat distribution. Prev Med. 1983;12(2):351-7.
7. Van Royen P, Bastiaens H, D'Hondt A, Provoost C, Van Der Borght W. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartenpraktijk. Huisarts Nu april 2006; 35(3): 118-140
8. Ballard-Barbash R, Swanson CA. Body weight: estimation of risk for breast and endometrial cancers. Am J Clin Nutr. 1996;63(3 Suppl):437s-41s.
9. Kopelman PG, Apps MC, Cope T, Ingram DA, Empey DW, Evans SJ. Nocturnal hypoxia and sleep apnoea in asymptomatic obese men. Int J Obes. 1986;10(3):211-7.
10. Gorasso V, Moyersoen I, Van der Heyden J, De Ridder K, Vandevijvere S, Vansteelandt S, et al. Health care costs and lost productivity costs related to excess weight in Belgium. BMC Public Health. 2022;22(1):1693.
11. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Obesitas. [Internet]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/obesitas. [Accessed 14 april 2023].
12. Eetexpert (2013). Herkenning en aanpak van overgewicht en obesitas. Draaiboek voor huisartsen. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (Verkrijgbaar via: vzw Eetexpert.be).
13. Eetexpert vzw, & Belgian Association for the Study of Obesity (BASO). Behandeling obesitas: flowchart huisarts. [Internet]. Available from: https://eetexpert.be/flowchart-overgewicht-behandeling-huisarts/. [Accessed 14 april 2023]
14. Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. Int J Obes (Lond). 2009;33(3):289-95.
15. McLaughlin JC, Hamilton K, Kipping R. Epidemiology of adult overweight recording and management by UK GPs: a systematic review. Br J Gen Pract. 2017;67(663):e676-e83.
16. Kapoor A, Kim J, Zeng X, Harris ST, Anderson A. Weighing the odds: Assessing underdiagnosis of adult obesity via electronic medical record problem list omissions. Digit Health. 2020;6:1-8
17. Mattar A, Carlston D, Sariol G, Yu T, Almustafa A, Melton GB, et al. The prevalence of obesity documentation in Primary Care Electronic Medical Records. Are we acknowledging the problem? Appl Clin Inform. 2017;8(1):67-79.
18. Bardia A, Holtan SG, Slezak JM, Thompson WG. Diagnosis of obesity by primary care physicians and impact on obesity management. Mayo Clin Proc. 2007;82(8):927-32.

19. Dewhurst A, Peters S, Devereux-Fitzgerald A, Hart J. Physicians' views and experiences of discussing weight management within routine clinical consultations: A thematic synthesis. Patient Educ Couns. 2017;100(5):897-908.
20. van den Hout WJ, Adriaanse MA, Den Beer Poortugael LM, Mook-Kanamori DO, Numans ME, van Peet PG. Dutch GPs' perspectives on addressing obesity: a qualitative study. BJGP Open. 2024;8(1).
21. Jeffers L, Manner J, Jepson R, McAteer J. Healthcare professionals' perceptions and experiences of obesity and overweight and its management in primary care settings: a qualitative systematic review. Prim Health Care Res Dev. 2024;25:e5.
22. Warr W, Aveyard P, Albury C, Nicholson B, Tudor K, Hobbs R, et al. A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring GPs' and nurses' perspectives on discussing weight with patients with overweight and obesity in primary care. Obes Rev. 2021;22(4):e13151.
23. 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):e008546.
24. Madigan CD, Graham HE, Sturgiss E, Kettle VE, Gokal K, Biddle G, et al. Effectiveness of weight management interventions for adults delivered in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2022;377:e069719.
25. Semlitsch T, Stigler FL, Jeitler K, Horvath K, Siebenhofer A. Management of overweight and obesity in primary care-A systematic overview of international evidence-based guidelines. Obes Rev. 2019;20(9):1218-30.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol

Onderzoeksprotocol: Overgewicht en obesitas in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project.

Versie 2 – 30/09/2023

Onderzoekers

Hoofdonderzoeker: Lio Eggers – Huisarts-in-opleiding
Promotor: Prof. Dr. Johan Vansintejan – Professor Huisartsgeneeskunde,
Copromotor: Dr. Noémie De Rop

1. Achtergrondinformatie en probleemstelling

Wereldwijd neemt overgewicht (Body Mass Index of BMI ≥ 25) en obesitas (BMI ≥ 30) enorm toe. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beschouwt het toenemende gewicht van de bevolking als een epidemie. Over heel de wereld had in 2014 39% van de volwassenen overgewicht en 13% van de volwassenen obesitas (2). Ook in België komen de aandoeningen veel voor. Volgens de Belgische gezondheidsenquête uitgevoerd in 2018 is de gemiddelde BMI van de volwassen bevolking 25,5. De prevalentie van overgewicht en obesitas bij volwassen in België is respectievelijk 49,3% en 15,9%. In vergelijking met de eerste gezondheidsenquête in 1997 is de prevalentie van zowel overgewicht als obesitas in de volwassenpopulatie lineair en significant gestegen. De gemiddelde BMI steeg van 24,5 in 1997 naar 25,5 in 2018. De verwachting is dat deze stijging zich zal verderzetten (3,4).

Een grootschalig onderzoek uitgevoerd in 195 landen toonde bovendien aan dat niet alleen de prevalentie van obesitas is toegenomen de laatste 30 jaren, maar ook dat er een toename is van gepaarde ziektelast (5). De gevolgen van overgewicht en obesitas zijn namelijk groot. De aandoeningen geven aanleiding tot tal van andere chronische aandoeningen die op termijn leiden tot invaliditeit en/of vroegtijdig sterven. Jaarlijks sterven 2,8 miljoen mensen aan de gevolgen van hun te hoge BMI, voornamelijk aan diabetes en hart- en vaatziekten (2).

De gevolgen van overgewicht en obesitas gaan gepaard met een serieuze kost voor de maatschappij. Onderzoekers van Universiteit Gent en Sciensano koppelden de gegevens van de gezondheidsenquête aan ziekenfondsgegevens en gingen op deze manier na hoeveel de Belgische overheid spendeert aan de terugbetaling van ziektekosten en medicijnen. Ze berekenden deze kosten per gewichtscategorie. Op deze manier kwamen ze tot de bevinding dat er jaarlijks gemiddeld 3,3 miljard euro gespendeerd wordt aan de directe kosten ten gevolge van overgewicht. Dit is ongeveer 13,5% van de jaarlijkse gezondheidszorgkosten (10).

De voorgaande cijfers inzake prevalentie en mortaliteit alsook kosten van deze aandoeningen voor de maatschappij wijzen nog maar eens op het belang van preventie, maar ook de aanpak van overgewicht en obesitas in de eerste lijn.

In de huisartsenpraktijk Dr. Ruche Cathy te Sint-Pieters-Leeuw ondervinden we dat de diagnose van overgewicht en obesitas te weinig gesteld en geregistreerd wordt. Als gevolg hiervan is er onvoldoende opvolging van patiënten met een te hoog gewicht.

2. Het onderzoek

De praktijkopleider en huisarts in opleiding willen een verbetering van de diagnose en aanpak van overgewicht en obesitas in de praktijk. In dit kwaliteitsverbeterend project wordt onderzocht of een evidence-based praktijkrichtlijn de registratie van gezondheidsparameters binnen de praktijk kan verhogen en op deze manier een verbetering van de diagnosestelling en -registratie van overgewicht en obesitas kan bekomen worden. Er wordt ook nagegaan of we door middel van de diagnosestelling patiënten met een nieuwe diagnose van overgewicht met een risicofactor of obesitas kunnen motiveren om op vervolgconsult te komen om diagnose en de aanpak ervan te bespreken. De praktijkrichtlijn wordt samengesteld op basis van de richtlijnen van Domus Medica (7), NHG (Nederlands Huisartsengenootschap) (11) en Eetexpert vzw (12).

Concrete onderzoeksvragen:
Kunnen we door het gebruik van een evidence-based praktijkrichtlijn voor overgewicht en obesitas de registratie van gezondheidsparameters binnen de praktijk verhogen?
Kunnen we door het stellen en meedelen van de diagnose van overgewicht met een risicofactor of obesitas de patiënt motiveren om op vervolgconsult te komen om het gewicht verder te bespreken?

Studiedesign:
Kwaliteitsverbeterend project

Onderzoekspopulatie:
Het project gaat door in een huisartsenpraktijk in Sint-Pieters-Leeuw en wordt uitgevoerd door één vaste huisarts en één huisarts in opleiding. De doelpopulatie zijn patiënten met een globaal medisch dossier (GMD) vanaf 18-jarige leeftijd waarbij we de diagnose stellen van overgewicht met een risicofactor of obesitas.

Exclusiecriteria:

- Patiënten jonger dan 18 jaar

Inclusiecriteria:

Patiënten vanaf 18 jaar	+ obesitas	BMI ≥ 30
	+ overgewicht met risicofactor	25 ≤ BMI < 30 en minstens 1 bijkomende risicofactor

3. Dataverzameling: methode en planning

Planning:
Periode van dataverzameling: oktober 2023 – oktober 2024
Periode van project: oktober 2023 – juni 2025 (presentatie masterproef in deze periode)

Methode:
Wanneer de patiënten op consultatie komen, wordt het gewicht en lichaamslengte gemeten. De BMI-waarde wordt berekend aan de hand van de lichaamslengte en gewicht. Indien op basis van de BMI-waarde een diagnose overgewicht of obesitas wordt gesteld, wordt de buikomtrek gemeten en worden met behulp van de checklist 'overgewicht met een risico' cardiovasculaire en andere risicofactoren bij de patiënt nagekeken en bevraagd. Indien de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria op basis van de gemeten en bevraagde gegevens, wordt de patiënt geïncludeerd in het onderzoek. Daarna wordt de patiënt geïnformeerd over het onderzoek en wordt het informatie- en toestemmingsformulier overlopen.

De verschillende stappen:

- Meten van lichaamslengte en wegen
- Meten van buikomtrek en overlopen van checklist 'overgewicht met een risico' bij diagnose overgewicht of obesitas
- Indien voldaan aan inclusiecriteria: informatie- en toestemmingsformulier bespreken met de patiënt
- Bij ondertekenen van het formulier: noteren van studienummer op het informatie- en toestemmingsformulier en op de checklist 'overgewicht met een risico'
- Uitnodigen voor vervolggesprek
- Bijhouden aan de hand van een studienummer welke patiënten op vervolgafspraak komen

Welke data zijn onderdeel van het onderzoek:

- Alle gegevens genoteerd op de checklist 'overgewicht met een risico'
    - Geslacht en leeftijd
    - Het gewicht, de lichaamslengte, de buikomtrek en het BMI
    - Cardiovasculaire en andere risicofactoren
- Per studienummer of de patiënt al dan niet op vervolgafspraak komt om de diagnose en de aanpak ervan verder te bespreken
- Er zullen via de statistiekmodule in de medische software gebruik in de huisartsenpraktijk gegevens verzameld worden:
    - Hoeveel patiënten zijn er voor en na het kwaliteitsverbeterend project met registratie van gewicht/lichaamslengte/buikomtrek/BMI: absolute aantallen en percentage van de actieve patiëntenpopulatie
    - Hoeveel patiënten zijn er voor en na het kwaliteitsverbeterend project met registratie van de diagnose overgewicht of obesitas: absolute aantal en percentage van de actieve patiëntenpopulatie

4. Databewaring- en verwerking

De onderzoek-dataset zal opgeslagen worden op de SharePoint van de VUB. Dit is een beveiligde cloudomgeving. De gegevens zullen geanalyseerd worden met het softwareprogramma SPSS statistics versie 27. Er zal zowel beschrijvende als inferentiële statistiek uitgevoerd worden. Zo zullen bijvoorbeeld de aantallen van registratie van de gezondheidsparameters voor en na het uitvoeren van het kwaliteitsverbeterend project vergeleken worden om de kwaliteitsverbetering te meten.

5. Ethische aspecten

Er wordt uitleg gegeven en de geïncludeerde patiënten krijgt een informatie- en toestemmingsformulier. Het informatie- en toestemmingsformulier wordt in het Nederlands en Frans beschikbaar gesteld. De anonimiteit van de deelnemers wordt gegarandeerd. De verzamelde data zal vertrouwelijk behandeld worden.

Indien de patiënt geïncludeerd wordt in het onderzoek wordt een studienummer genoteerd op de checklist 'overgewicht met een risico' en op het informatie- en toestemmingsformulier. Om bij te houden of de patiënt op vervolgconsult komt, wordt met het studienummer gewerkt. Alleen de behandelde arts (met therapeutische relatie) kan dit nummer terugkoppelen aan de patiënt door gebruik van een conversielijst. Wanneer de patiënt op vervolgconsult komt, wordt dit aangeduid bij zijn studienummer in een bestand op de VUB server.

Een adviesaanvraag wordt ingediend bij de ethische commissie.

Handtekening en datum

Lio Eggers – 30/09/2023



Bijlage 2: Gunstig advies Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

LIO EGGERS
VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE EN

Brussels, 2023-10-11

EC number: **EC-2023-201**

LEADING ETHICS COMMITTEE – SINGLE OPINION

Concerning :
Overgewicht en obesitas in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project

BUN: 1432023000168

The Medical Ethics Committee of UZ Brussel/VUB reviewed the documents (see annex EC document list) concerning the above mentioned project from the ethical, legal and medical science points of view and in accordance with the Belgian Law of 7 May 2004 concerning experiments on the human person, Chapter VIII – Article 11 – § 4 : items 1 till 11

The Ethics Committee decided, during its meeting on 2023-10-11, that there are no objections to the study in its present form.

Please remark that the Green Light Procedure has to be completed before the study can be performed at UZ Brussel.

This approval is valid for the duration of the trial. The Committee wishes to obtain an annual trial status. Results of the trial should be transmitted to the Committee at the end of the trial (publication or summary if there is no publication planned). The Committee reminds the investigator of his/her personal responsibility for this project. The Committee does not take any responsibility for its favourable advice of the project. The Ethics Committee is organised and operates according to ICH-GCP and its applicable laws and regulations. The list of members is enclosed.

Kind regards,

Chairman
Vice-Chairman

Electronically signed by Audrey Van Scharen on 11/14/2023 2:00:14 PM (reviewed and approved)

Bijlage 3: Informatieformulier – Nederlandstalige versie

Beste mevrouw, meneer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een project rond overgewicht en obesitas in de huisartspraktijk.

Dit project wordt door Dr. Lio Eggers uitgevoerd in het kader van de master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde. Het project zal lopen van oktober 2023 tot en met april 2024 onder toezicht van de Vrije Universiteit Brussel.

Vooraleer u toestemt om aan het project deel te nemen is het belangrijk dat u dit formulier aandachtig leest.

Het project: Het doel van het project is om onze patiënten te meten en te wegen om de registratie van het gewicht, de lengte, de buikomtrek en de Body Mass Index (BMI) in ons medisch dossier te verhogen. We overlopen nadien samen met u een vragenlijst over uw gezondheid. Indien we op basis van de gemeten en bevraagde gegevens een diagnose van overgewicht met een risicofactor of obesitas vaststellen, wordt u uitgenodigd op een vervolgafspraak om de diagnose verder te bespreken.

Deelname: Uw deelname is geheel vrijwillig en u hebt het recht te weigeren eraan deel te nemen. Uw deelname kan op elk moment gestopt worden zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en de relatie met uw huisarts. Het ondertekenen van dit document geldt als uw akkoord om te participeren aan dit project en geeft toestemming om de verzamelde gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

Anonimiteit: Alle gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld en worden gecodeerd. Uw gegevens kunnen aan de hand van een studienummer enkel door uw behandelende arts aan u gelinkt worden. De resultaten van het project worden volledig geanonimiseerd gerapporteerd in een wetenschappelijk verslag.

Commissie Medisch Ethiek**:** Dit project werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Brussel.

Contactpersonen in geval van vragen in verband met het project**:** Indien u vragen heeft over het onderzoek kan u contact opnemen met Dr. Eggers of Dr. Ruche via het e-mailadres praktijk.dr.ruche@gmail.com

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs!

Dr. Lio Eggers
Dr. Cathy Ruche

Bijlage informatiebrief: informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens

De **Europese Algemene Verordening omtrent Gegevensbescherming (AVG)**, die sinds 25 mei 2018 van kracht is, legt bijkomende vereisten op over hoe bedrijven of organisaties uw persoonsgegevens mogen gebruiken. Een van die vereisten is dat de verantwoordelijke voor de verwerking u onderstaande informatie bezorgt.

Er worden in het kader van het onderzoek waar u aan deelneemt, persoonsgegevens van u verzameld. Wij, Dr. Ruche en Dr. Eggers, zijn verantwoordelijk voor de correcte verwerking en de informatieplicht die daarmee gepaard gaat. Daarom vragen wij graag nogmaals uw aandacht voor het feit dat naast gewone persoonsgegevens, zoals gegevens over uw leeftijd en geslacht, ook andere persoonsgegevens verzameld worden. Andere gegevens die verzameld worden zijn uw gewicht, lengte, BMI en buikomtrek, de diagnose van overgewicht met een risico of obesitas en de vragenlijst met risicofactoren die op de raadpleging samen overlopen werd.

Uiteraard mogen wij uw persoonsgegevens enkel gebruiken voor de wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden die beschreven staan in het formulier voor geïnformeerde toestemming, zoals door u ondertekend bij het begin van uw deelname aan het onderzoek.

Volgens de AVG hebt u een aantal rechten rond de verwerking van uw gegevens. Indien u hierover verdere vragen hebt, kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoekarts.

Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum, staat ter uwer beschikking. Hierbij vindt u zijn/haar contactgegevens: dpo@vub.be.

Tot slot heeft u ook het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35, 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
E-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Bijlage 4: Toestemmingsformulier – Nederlandstalige versie

Naam patiënt: …….

1. Ik bevestig dat Dokter..... (naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van dit project.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over het project heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit project, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens dit project worden verzameld en gecodeerd, waarbij ik toegang kan krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd. Het wettelijk kader voor de verwerking van persoonsgegevens en vertrouwelijke informatie in het kader van dit project wordt bepaald door De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), die van kracht is sinds 25 mei 2018 (zie bijlage).

5. Dit project werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de VUB en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies.

6. Er werd voor dit project, conform de Belgische wet van 7 mei 2004, een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt dit project weinig of geen risico in voor de deelnemer. Het betreft een verzekering met foutloze aansprakelijkheid.

7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit project.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening patiënt……

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt. Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum…….. Handtekening informerende arts…….

Bijlage 5: Edmonton Obesity Staging System (EOSS)

Ernstinschatting (EOSS) (omcirkel per rij wat van toepassing is)					
Medische risicofactoren (bloeddruk, glycemie, bloedlipiden, …)	GEEN	SUB-KLINISCH	COMORBIDI-TEIT(EN)	ERNSTIGE COMORBIDI-TEIT(EN) MET ORGAAN-SCHADE	ZEER ERNSTIGE COMORBIDI-TEIT(EN) IN EIND-STADIUM
Lichamelijke symptomen (dyspnee, moeheid, pijn,…)	GEEN	MILD			
Psychologische symptomen (lichaams-ontevredenheid, angst- en depressie-klachten, …)	GEEN	MILD	MATIG	ERNSTIG	ZEER ERNSTIG
Weerslag op welzijn	GEEN	MILD	MATIG	ERNSTIG	ZEER ERNSTIG
Functionele beperkingen	GEEN	MILD	MATIG	ERNSTIG	ZEER ERNSTIG
EOSS-score (de hoogst aangeduide ernst bepaalt de EOSS-score)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Bijlage 6: Checklist 'overgewicht met een risico'

Gegevens

Geslacht: M / V (omcirkel) Leeftijd: …….

Lengte = 1m .... Gewicht = ... kg

BMI = ...kg/m^2 Buikomvang = ... cm

Cardiovasculaire en andere risicofactoren

☐ Buikomvang vergroot ☐ ≥ 94cm (M) / ≥ 80cm (V) = risico ☐ ≥ 102cm (M) / ≥ 88cm (V) = sterk risico ☐ Hypertensie of gebruik van antihypertensiva ☐ Doorgemaakte hart- en vaatziekten (HVZ) ☐ Diabetes mellitus ☐ Geschiedenis van hyperglycemie (bijv. bij zwangerschap) ☐ Slaapapneu ☐ Artrose	☐ Familiale geschiedenis HVZ (≤ 55 j vader/broer, ≤ 65 j moeder/zus) ☐ Familiale geschiedenis van diabetes ☐ Familiale geschiedenis van obesitas ☐ Roken ☐ Weinig fysieke activiteit[2] ☐ Verstoord welbevinden (negatief zelfbeeld, ernstige problemen in dagelijkse leven)

Inclusiecriteria KVP

Leeftijd vanaf 18 jaar

EN BMI ≥ 30

OF 25 ≤ BMI < 30 en minstens 1 bijkomende risicofactor

Indien inclusie van de patiënt in het onderzoek Studienummer =

[2] * < 150 minuten/week aan matige intensiteit fysieke activiteit of < 75 minuten/week aan hoog intensief fysieke activiteit of een combinatie van beide (WGO richtlijn 2020)