



# Hoe gewichtsverlies behouden: ligt de sleutel bij ervaringsdeskundigen?

### Referentie

Leahey TM, Gorin AA, Huedo-Medina TB, et al. Patient-delivered continuous care for weight loss maintenance: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2025;185:767-76. DOI: 10.1001/jamainternmed.2025.1345

### Duiding

Ryan Tock, MSc Infirmières.  
Geen belangenvermenging met het onderwerp

### Klinische vraag

Is bij volwassenen van 18 tot 75 jaar met een BMI van 25 tot 50 kg/m<sup>2</sup> die  $\geq 5\%$  van hun oorspronkelijke gewicht verloren na een onlineprogramma van 4 maanden, een door patiënten geleid programma voor behoud van gewichtsverlies werkzamer dan een programma dat door een gezondheidswerker wordt geleid om gewichtstoename te beperken en cardiovasculaire risicofactoren te verbeteren na een follow-up van 18 maanden?

### Achtergrond

In België leidt bijna de helft van de bevolking (49,3%) aan overgewicht en is ongeveer één op zes personen (15,9%) zwaarlijvig (1). Omwille van de volksgezondheid en wegens maatschappelijke redenen worden patiënten aangemoedigd om hun overgewicht kwijt te raken. Gewichtsverlies is echter niet het enige doel. Het behouden van het bereikte gewichtsverlies is net zo belangrijk. Twee meta-analyses van gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) toonden aan dat levensstijlinterventies kunnen leiden tot gewichtsverlies, maar dat slechts een minderheid van de deelnemers het vooraf bepaalde klinisch significante gewichtsverlies van 5% bereikte en dat het effect na verloop van tijd afnam (2-4). Minerva besloot eerder al dat gedragsinterventies gericht op gewichtsbeheersing bij volwassenen in de eerstelijnszorg werkzaam zijn, op voorwaarde dat de interventie intensief is, met minstens 12 contactmomenten, en dat patiënten gemotiveerd zijn om het programma daadwerkelijk te volgen (2,3). Het effect neemt na verloop van tijd af maar blijft gedurende twee jaar wel statistisch significant. In deze duiding bespreekt Minerva een innovatieve manier om gewichtsverlies te behouden, namelijk opvolging van het gewichtsverlies door patiënten die als mentoren of peers fungeren (5).

## Samenvatting

### Bestudeerde populatie

- rekrutering: via massale mailing, sociale media, mailinglijsten, van 2018 tot 2020; vanuit één academisch centrum (Verenigde Staten)
- inclusiecriteria: volwassenen, 18 tot 75 jaar, met een BMI 25-50 kg/m<sup>2</sup>; Engelssprekend; met toegang tot internet; met  $\geq 5\%$  gewichtsverlies ten opzichte van hun oorspronkelijke gewicht na een onlineprogramma van 4 maanden gebaseerd op het *Diabetes Prevention Program (fase 1-studie)*
- exclusiecriteria: recent gewichtsverlies, deelname aan een ander programma voor gewichtsverlies, voorgeschiedenis van bariatrische chirurgie, zwangerschap, contra-indicaties voor dieet of lichaamsbeweging, geen toegang tot internet

- in totaal randomiseerde men 287 volwassenen in deze **fase 2-studie** (van de 752 in de fase 1-studie); met een gemiddelde leeftijd van 53,6 jaar (SD 0,9); 83,6% vrouwen; 89,2% niet-Spaans; 76,3% blank; 44,9% met een masterdiploma of hoger; de gemiddelde BMI bij de start van de fase 1-studie bedroeg 34,2 kg/m<sup>2</sup> en het gemiddelde gewichtsverlies op het einde van de fase 1-studie bedroeg -9,0 kg of -9,7%.

### Studieopzet

Gerandomiseerde gecontroleerde studie met 2 parallele groepen:

- interventie: programma voor gewichtsbehoud volledig uitgevoerd door patiënten (*patiënt-tot-patiënt*), bestaande uit:
  - mentoren: voormalige deelnemers aan gedragsstudies die gedurende  $\geq 1$  jaar een gewichtsverlies  $\geq 7\%$  behielden, zonder voorafgaande opleiding in de gezondheidszorg; werden opgeleid door de onderzoekers (met aandacht voor belang van voortdurende ondersteuning, strategieën om het gewicht te behouden, groepsanimatie)
  - peers: werden met elkaar gematcht op basis van leeftijd/geslacht; wisselden wekelijks via e-mail/sms informatie uit over gewicht, calorie-inname, activiteit, successen/moeilijkheden, gevraagde ondersteuning
  - groepssessies: 7 in totaal, elk van 90 minuten (wekelijks tijdens de eerste 4 weken, daarna om de twee weken gedurende 4 weken en maandelijks gedurende 1 maand), gezamenlijk geleid door 2 mentoren
  - na de sessies: wekelijkse ondersteuning tussen peers gedurende 15 maanden
  - incentives voor mentoren (25 \$/uur,  $\approx 2$  990\$/mentor/18 maanden)
  - de naleving van het protocol werd opgevolgd
- comparator
  - programma voor gewichtsbehoud onder begeleiding van een gezondheidsprofessional (Standard of Care, SOC) met een masterdiploma, opgeleid in evidence-based gedragsstrategieën
  - groepssessies: 24 in totaal, elk 90 minuten (wekelijks gedurende 1 maand, daarna tweemaandelijks gedurende 3 maanden en maandelijks gedurende 14 maanden)
  - inhoud: gewichtsbehoud, gepersonaliseerde calorie-inname, geleidelijke toename van matige tot intensieve lichaamsbeweging tot 300 minuten/week, aanmoediging zelfcontrole
- follow-up: 18 maanden.

### Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat
  - gewichtsverandering (kg) vanaf het begin van fase 2 (baseline) tot 6, 12 en 18 maanden
  - gewichtsmeting: vóór covid-19: tijdens een consult met gevalideerde digitale weegschaal; tijdens covid-19: thuis met gevalideerde digitale weegschaal + supervisie via videoconferentie door opgeleid personeel (het resultaat moest via de camera getoond worden)
- secundaire uitkomstmaten
  - systolische en diastolische bloeddruk: gemeten met een DINAMAP Carescape V100-monitor (GE HealthCare), tijdens een consult vóór covid-19, thuis met videoconferentiebegeleiding tijdens covid-19
  - rusthartslag met hetzelfde apparaat en protocol als voor de bloeddruk
  - matige tot intensieve fysieke activiteit (MVPA), stappen/dag, sedentaire tijd (uur/dag; gemeten met ActiGraph GT9X-accelerometer gedurende 7 opeenvolgende dagen om de taille gedragen; gegevens geanalyseerd met ActiLife-software
  - therapietrouw: aanwezigheid bij sessies (door hulpverleners geregistreerd), naleving van wekelijkse uitwisselingen tussen peers (in interventiegroep).
- intention-to-treatanalyse.

## Resultaten

- primaire uitkomstmaat: gewichtsverandering (kg)
  - na 6 maanden: interventiegroep -1,44 kg (met 95% BI van -2,35 tot -0,54) versus controlegroep -0,16 kg (met 95% BI van -1,13 tot 0,82); geen statistisch significant verschil tussen beide groepen
  - na 12 maanden: interventiegroep +0,04 kg (met 95% BI van -0,86 tot 0,95) versus controlegroep +0,77 kg (met 95% BI van -0,21 tot 1,47); geen statistisch significant verschil tussen beide groepen
  - na 18 maanden: interventiegroep +0,77 kg (met 95% BI van -0,14 tot 1,68); versus controlegroep +2,37 kg (met 95% BI van 1,40 tot 3,34); statistisch significant voordeel voor de interventiegroep ( $p=0,002$ )
- secundaire uitkomstmaten:
  - systolische bloeddruk: geen significant verschil tussen beide groepen; de waarden bleven over het algemeen stabiel vanaf het begin tot 18 maanden
  - diastolische bloeddruk: significant verschil in het voordeel van de interventiegroep ( $p=0,03$ ) met een dalende of stabiele trend in de interventiegroep en een geleidelijke stijging in de controlegroep; statistisch significant verschil verdween post-hoc na correctie voor ras, geslacht, initieel gewichtsverlies
  - rusthartslag: significant verschil in het voordeel van de interventiegroep ( $p<0,001$ ) met een daling in de interventiegroep en stabiliteit of lichte stijging in de controlegroep
  - matige tot intensieve fysieke activiteit: geen significant verschil tussen de groepen gedurende de hele follow-up
  - levensstijlactiviteit (stappen/dag): significant verschil in het voordeel van de interventiegroep ( $p<0,001$ ); behoud van een hoger niveau in de interventiegroep met opmerkelijke daling in controlegroep na 18 maanden
  - sedentaire tijd (uren/dag): significant verschil in het voordeel van de interventiegroep ( $p=0,003$ ) met een afname in de interventiegroep en een lichte toename in de controlegroep.

## Conclusie van de auteurs

De in deze studie door patiënten geleverde levensstijlinterventie (mentoring en ondersteuning door peers) leverde significant betere resultaten op voor behoud van gewichtsverlies en cardiovasculaire risicofactoren in vergelijking met de standaardbehandeling door professionals. Het zou nuttig zijn dat toekomstig onderzoek de werkzaamheid van deze nieuwe behandelingsaanpak onderzoekt in een gemeenschaps- en klinische context.

## Financiering van de studie

Deze studie werd gefinancierd door het National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK).

## Belangenconflicten van de auteurs

Verschillende auteurs hebben subsidies van het National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, het NIDDK of persoonlijke honoraria van Medifast Scientific buiten het ingediende werk om opgegeven.

## Bespreking

### Beoordeling van de methodologie

De studie bevat verschillende methodologische elementen die de interne validiteit ervan versterken. De analyses werden uitgevoerd volgens intention-to-treat, waarbij alle gerandomiseerde deelnemers werden meegenomen, met aandacht voor ontbrekende gegevens door middel van gemengde lineaire modellen en meervoudige imputaties. De follow-upduur van 18 maanden, met tussentijdse metingen

na 6, 12 en 18 maanden, maakt het mogelijk om de duurzaamheid van de effecten te beoordelen. De metingen werden op objectieve wijze en onder toezicht uitgevoerd: het gewicht werd gemeten met een gevalideerde digitale weegschaal, voor de pandemie in consult en tijdens de pandemie thuis onder toezicht via videoconferentie; de bloeddruk en hartslag werden gemeten met een gevalideerd apparaat (DINAMAP Carescape V100); de fysieke activiteit en de sedentaire tijd werden gemeten met een ActiGraph GT9X-accelerometer die gedurende 7 dagen werd gedragen. De betrouwbaarheid van de interventie werd gecontroleerd aan de hand van audio-registraties van de sessies in een subgroep (30%).

Er zijn echter enkele methodologische beperkingen die de resultaten beïnvloed kunnen hebben. Het inclusie criterium voor de fase 2-studie, namelijk een bereikt gewichtsverlies van  $\geq 5\%$  in de fase 1-studie, zorgde voor de selectie van een meer gemotiveerde en ontvankelijke populatie wat een afname van de representativiteit voor gevolg had. Het hele onderzoeksprotocol vereiste toegang tot internet en digitale vaardigheden, waardoor een deel van de kansarme personen, met een hoger risico van obesitas, de facto werd uitgesloten (6). Het uitvalpercentage wordt wel gerapporteerd, maar zonder de kenmerken van de uitvallers en de redenen voor het afhaken te onderzoeken. Daardoor is het onmogelijk om een mogelijke bias te identificeren als gevolg van een selectieve uitval van bepaalde categorieën deelnemers. Voor de inclusie van mentoren hield men rekening met een gewichtsverlies  $\geq 7\%$  met behoud  $\geq 1$  jaar. Er worden echter geen sociaal-demografische gegevens verstrekt, wat de beoordeling van de generaliseerbaarheid bemoeilijkt. Er wordt geen informatie gegeven over het omgaan met het afhaken van een partner in de dyaden van peers terwijl deze relatie juist centraal staat in het programma. Het verschil in vergoeding – mentoren worden betaald, peers niet – kan de motivatie beïnvloed hebben en roept de vraag op of het model buiten deze studiecontext kan worden toegepast. Ten slotte moet worden opgemerkt dat het waargenomen verschil tussen de twee groepen gedeeltelijk te wijten zou kunnen zijn aan de frequentie en de continuïteit van de contacten: de groep ‘peers+mentoren’ profiteerde gedurende 18 maanden van wekelijkse uitwisselingen, terwijl de controlegroep gebaseerd was op 24 sessies die in de tijd verspreid waren. Dit verschil in ‘interventiedosis’ maakt het moeilijker om het specifieke effect van het type zorgverlener (patiënten versus professionals) te isoleren.

### **Beoordeling van de resultaten**

De steekproef van de studie bestaat uit volwassenen tussen 18 en 75 jaar, voornamelijk vrouwen (83,6%), met een aanvankelijke BMI van 25 tot 50 kg/m<sup>2</sup>, Engelssprekend, met toegang tot internet en die  $\geq 5\%$  van hun aanvankelijke gewicht hebben verloren na een onlineprogramma van 4 maanden. Deze selectie leidt tot een profiel van deelnemers die gemotiveerder en digitaal vaardiger zijn dan de algemene bevolking, wat de representativiteit beperkt, met name voor kansarme groepen of groepen die weinig vertrouwd zijn met digitale hulpmiddelen, maar wel een verhoogd risico van obesitas hebben (7). Het is belangrijk om te benadrukken dat de onderzochte steekproef een zeer specifiek profiel heeft: 83,6% van de deelnemers was vrouw, 76,3% gaf aan blank te zijn en bijna de helft (44,9%) had een masterdiploma of hoger. Deze overwegend vrouwelijke, blanke en hoogopgeleide groep maakt de resultaten nog minder extrapoleerbaar, met name ten aanzien van de groepen die het grootste risico van obesitas lopen en vaak minder vertegenwoordigd zijn in dit soort studies (mannen, etnische minderheden, bevolkingsgroepen met een lage sociaaleconomische status).

De interventie ‘peers+mentoren’ is goed beschreven en gestandaardiseerd, maar de haalbaarheid van deze interventie in een klinische context hangt af van de beschikbaarheid van voormalige patiënten die hun gewichtsverlies hebben behouden en voor deze rol kunnen worden opgeleid. Ze vereist betrouwbare digitale toegang en tijd om wekelijkse uitwisselingen te garanderen, wat voor sommige doelgroepen een belemmering kan vormen. De controlegroep is relevant omdat deze overeenkomt met een professionele, evidence-based gedragsbehandeling.

Het primaire eindpunt, gewichtsverandering over 18 maanden, is relevant voor patiënten, evenals de gekozen secundaire uitkomstmaten (bloeddruk, hartslag, lichaamsbeweging, sedentair gedrag), die rechtstreeks verband houden met de cardiovasculaire gezondheid. De resultaten tonen een bescheiden maar statistisch significant voordeel aan van de groep ‘peers+mentoren’ ten opzichte van de controlegroep wat betreft het beperken van gewichtstoename en het verbeteren van bepaalde cardiovasculaire risicofactoren. Deze resultaten komen overeen met bepaalde studies die een positief

effect van ondersteuning door peers in andere contexten hebben aangetoond: bijvoorbeeld bij kankerpatiënten met een verbetering van de levenskwaliteit en de overleving, en bij type 2-diabetes, met een verbetering op korte termijn van de HbA1c en gewichtsverlies wanneer deze ondersteuning wordt toegevoegd aan een professionele behandeling (8,9). De effectgrootte van de in deze studie waargenomen effecten blijft echter beperkt, wat in het kader van de klinische extrapolatie in perspectief moet worden geplaatst. Wat de baten en risico's betreft, houdt de interventie geen duidelijke risico's in. De ratio baten-risico is zeker gunstig in een achtergrond waarin de kosten voor begeleiding door mentoren lager zijn dan die voor professionals, maar de potentiële impact op de algemene bevolking zal afhangen van het vermogen om de meest risicovolle en minst betrokken doelgroepen te bereiken.

### **Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?**

De Haute Autorité de Santé (HAS) beschouwt het behoud van gewichtsverlies als een klinisch succes op zich. Deze richtlijn voor de eerste lijn benadrukt de noodzaak om de behaalde resultaten te bestendigen, terwijl het zorgtraject 2024 wijst op de fysiologische aanpassingen na het gewichtsverlies en de noodzaak van langdurige begeleiding, voornamelijk door de behandelende arts, mogelijk in samenwerking met een lokale contactpersoon in complexe situaties (10).

## **Besluit van Minerva**

Deze methodologisch correct opgezette gerandomiseerde gecontroleerde klinische studie in één centrum toont aan dat een door patiënten-ervaringsdeskundigen geleverde interventie op het gebied van levensstijl (mentoring en ondersteuning door peers) significant betere resultaten opleverde voor het behoud van gewichtsverlies en cardiovasculaire risicofactoren in vergelijking met de standaardbehandeling door professionals. Vooraleer echter een grootschalige implementatie kan worden overwogen, is aanvullend onderzoek nodig om enerzijds de resultaten te bevestigen met klinisch sterke eindpunten in een grotere populatie, en anderzijds de economische en organisatorische impact in verschillende zorgcontexten te evalueren.

### **Referenties**

1. Ma C, Avenell A, Bolland M, et al. Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2017;359:j4849. DOI: 10.1136/bmj.j4849
2. Piessens V. Gedragsinterventies voor gewichtscontrole effectief voor volwassenen in de eerste lijn? *Minerva* 2023;22(8):184-7.
3. Madigan CD, Graham HE, Sturgiss E, 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. DOI: 10.1136/bmj-2021-069719
4. Singh N, Stewart RA, Benatar JR. Intensity and duration of lifestyle interventions for long-term weight loss and association with mortality: a meta-analysis of randomised trials. *BMJ Open* 2019;9:e029966. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029966
5. Leahey TM, Gorin AA, Huedo-Medina TB, et al. Patient-delivered continuous care for weight loss maintenance: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2025;185:767-76. DOI: 10.1001/jamainternmed.2025.1345
6. OMS. Journées francophones d'informatique médicale 2014. In: CEUR Workshop Proceedings. CEUR 2014:1379:187-91. Accessed 8 September 2025.
7. World Health Organization. Obesity and overweight (fact sheet). Published 7/05/2025. Accessed 8/09/2025.
8. Weis J. Support groups for cancer patients. *Support Care Cancer* 2003;11:763-8. DOI: 10.1007/s00520-003-0536-7

9. Heisler M, Vijan S, Makki F, Piette JD. Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2010;153:507-15. DOI: 10.7326/0003-4819-153-8-201010190-00007
10. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte – Synthèse. HAS 2023. Mise à jour février 2024. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3409509/fr/guide-parcours-surpoids-obesite-de-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3409509/fr/guide-parcours-surpoids-obesite-de-l-adulte)