



Online geautomatiseerd gedragsbehandelingsprogramma om gewichtsverlies te behouden bij volwassenen met overgewicht en obesitas?

Referentie

Thomas JG, Panza E, Goldstein CM, et al. Pragmatic implementation of online obesity treatment and maintenance interventions in primary care. JAMA Intern Med 2024;184:502-9. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.8438

Duiding

Eveline Vanhoof, logopedist, lid van expertisecel WOREL.
Geen belangenvermenging met het onderwerp

Klinische vraag

Wat is na de behandelingsfase van een online geautomatiseerd gedragsbehandelingsprogramma voor gewichtsverlies bij volwassenen met overgewicht en obesitas het verschil na 12 maanden in behoud van bekomen gewichtsverlies tussen intensieve online onderhoudsinterventies en online nieuwsbrieven?

Achtergrond

In 2024 bedroeg de prevalentie van obesitas, gedefinieerd als een BMI vanaf 30 kg/m², 17% bij volwassenen in België (1). Een bespreking van Minerva in 2021 benadrukte reeds dat de huisarts een cruciale rol heeft in de opvolging van personen met obesitas op lange termijn (2,3). In een kwalitatief onderzoek naar een online gedragsinterventie gericht op levensstijl, stelde men met gepersonaliseerde levensstijlcoaching, zelfmonitoringtools en gestructureerde lesfuncties een hoge mate van patiënttevredenheid vast. Deelnemers benadrukten het belang van gemak en flexibiliteit bij het gebruik van een online counselingtool (4). Een andere kwalitatieve studie naar de perspectieven van zowel patiënten als zorgverleners met betrekking tot online behandelingsprogramma's concludeerde in 2022 dat de combinatie van een online programma met ondersteuning van de huisarts op grote schaal in de eerstelijnszorg overwogen moet worden om het succes van de interventies te vergroten (5).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- personen van een eerstelijnszorgnetwerk (de Rhode Island Primary Care Physicians Corporation, bestaande uit 60 huisartspraktijken met in totaal 100 huisartsen) met overgewicht en obesitas werden tussen 2018 en 2020 door een verpleegkundig zorgcoördinator verwezen naar een elektronisch platform met informatie over een online vermageringsprogramma
- inclusiecriteria: leeftijd 18 tot 75 jaar, **BMI** ≥ 25 kg/m², toegang tot een internet geconnecteerd toestel
- exclusiecriteria: deelname aan een ander programma voor gewichtsverlies, gebruik van medicatie voor gewichtsverlies, vloeibaar dieet, zwanger, minder dan 6 maanden postpartum of van plan om in de komende 12 maanden zwanger te worden, borstvoeding, medische aandoening waardoor onbegeleide fysieke activiteit niet veilig is, niet in staat om twee blokken te stappen zonder te stoppen

- uiteindelijke inclusie van 654 personen; voor de 540 personen met gewichtsdata was de gemiddelde leeftijd 52,8 jaar (SD 13,4) en waren er 71,1% vrouwen; de gemiddelde BMI was 36,0 kg/m² (SD 7,1) en deelnemers voerden hun gewicht in het elektronisch medisch dossier (EMD) gemiddeld 4,8 (2,6) keer in.

Onderzoeksopzet

Gerandomiseerde gecontroleerde pragmatische studie (6)

- alle deelnemers namen gedurende 3 maanden deel aan een volledige geautomatiseerde online gedragsinterventie voor gewichtsverlies, die bestond uit: 12 wekelijkse interactieve videolessen over *evidence-based* gedragsveranderingsstrategieën voor gewichtsverlies (doelen bepalen, problemen oplossen); met daarnaast ook zelfmonitoring van dagelijks gewicht, aantal minuten matige tot krachtige fysieke activiteit en energie-inname, in combinatie met wekelijkse automatische aangepaste feedback; de doelstellingen waren een gewichtsdaling van 0,5 tot 1 kg per week, een energie-inname van 1 200-1 500 kcal of 1 500-1 800 kcal per dag afhankelijk van het startgewicht en >150 minuten matige tot krachtige fysieke activiteit per week
- daarna werden de deelnemers gerandomiseerd over 3 onderhoudsinterventies:
 - controlegroep: kreeg gedurende negen maanden een maandelijkse online nieuwsbrief met educatie en herhaling van vaardigheden in verband met gezond gewicht, voeding en lichaamsbeweging
 - maandelijkse onderhoudsgroep: kreeg gedurende negen maanden een maandelijkse online les met bekrachtiging van de initiële doelstellingen en focus op gedragsstrategieën om gewichtsverlies te behouden (zoals omgaan met verveling en persoonlijke doelen koppelen aan eigen waarden), alsook op zelfregulatiestrategieën om gewichtstoename te voorkomen en matige tot krachtige fysieke activiteit verder op te bouwen, gekoppeld aan zelfmonitoring met automatische feedback gedurende een week
 - opfris-onderhoudsgroep: na een introductieles volgden de deelnemers twee onderhoudssessies op 7 en 10 maanden van telkens 4 wekelijkse lessen met dezelfde inhoud als in de vorige groep, alsook met zelfmonitoring en automatische feedback en daarbovenop 2,27 kg gewichtsverlies als doelstelling
- follow-up: men verzamelde gewichtsmetingen 1 maand voor inclusie en tot 24 maanden na inclusie uit het EMD van de deelnemers.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: gewichtsverandering op 12 maanden na de start van de studie
- secundaire uitkomstmaten: gewichtsverandering op 24 maanden na de start van de studie, deelname aan het programma
- analyses zowel volgens intention to treat (met beschikbare data) als per protocol (minstens één les bekeken of minstens eenmaal gegevens van de zelfmonitoring doorgegeven tijdens de 9 maanden onderhoudsinterventies).

Resultaten

- na de initiële behandelperiode van drie maanden was het gemiddelde gewichtsverlies -3,60 kg (met 95% BI van -4,32 tot -2,88 kg) volgens de **intention-to-treatanalyse** (n=540) en -6,19 (95% BI van -7,25 tot -5,13 kg) volgens de **per-protocolanalyse** (n=253)
- na 12 maanden was er in de controlegroep statistisch significant meer gewichtstoename (1,28 kg met 95% BI van 0,85 tot 1,71) dan in de andere onderhoudsgroepen (p=0,004); er was geen statistisch significant verschil in gewichtstoename tussen de maandelijkse onderhoudsgroep (0,37 kg met 95% BI van -0,06 tot 0,81) en de opfris-onderhoudsgroep (0,45 kg met 95% BI van 0,27 tot 0,87); hetzelfde patroon zag men bij de metingen op 24 maanden, alsook in de per-protocolanalyse op 12 en 24 maanden; leeftijd, geslacht en het behoren tot een raciale of etnische minderheid waren niet geassocieerd met meer of minder gewichtstoename

- er waren geen verschillen tussen de groepen wat betreft het gemiddelde aantal bekeken lessen of het gemiddelde aantal dagen zelfmonitoring in de per-protocolanalyse; deelnemers die 4 of meer lessen hadden bekeken (n=90) waren na 12 maanden minder in gewicht bijgekomen dan deelnemers die minder betrokken waren (0,46 kg met 95% BI van -0,15 tot 1,06 versus 1,51 kg met 95% BI van 1,01 tot 2,00; p=0,004); alsook zag men bij deelnemers die 30 of meer dagen zelfmonitoring uitvoerden (n=134) minder gewichtstoename dan bij deelnemers die minder betrokken waren (0,96 kg met 95% BI van 0,18 tot 1,20 versus 1,68 kg met 95% BI van 1,11 tot 2,26; p=0,005).

Besluit van de auteurs

De resultaten van deze gerandomiseerde klinische studie geven aan dat de pragmatische implementatie van een twaalf maanden durende geautomatiseerde online gedragsbehandeling voor obesitas, inclusief een negen maanden durende actieve onderhoudsfase, leidt tot klinisch significant gewichtsverlies over een periode van twee jaar bij eerstelijnspatiënten met overgewicht of obesitas. Deze bevindingen onderstrepen het belang van voortdurende onderhoudsinterventies om gewichtstoename te voorkomen.

Financiering van de studie

The Miriam Hospital (een particulier ziekenhuis zonder winstoogmerk in de Amerikaanse staat Rhode Island) met subsidie van het National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK).

Belangenconflicten van de auteurs

Vier auteurs ontvingen onderzoekssubsidies van NIH, NIDDK, Brown University, Rhode Island Foundation tijdens de studieuitvoering; twee auteurs ontvingen persoonlijke vergoedingen van Medifast Inc, LummeHealth Inc en Noom Inc buiten het ingediende werk om; er werden verder geen andere belangenconflicten gemeld.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Voor de rapportering van deze gerandomiseerde gecontroleerde studie maakten de onderzoekers gebruik van de **CONSORT (consolidated standards of reporting trials) richtlijnen**, wat toelaat om de interne validiteit van de resultaten nauwkeurig te beoordelen (7). De auteurs voerden een a-prioristekproefgrootteberekening uit om een gemiddeld verschil van 2 (SD 5) kg tussen de 3 onderhoudsinterventies te detecteren. Men randomiseerde het vooropgestelde aantal van 600 deelnemers. Uiteindelijk waren er voor slechts 540 deelnemers gegevens over hun gewicht beschikbaar, waardoor er dus mogelijk te weinig power was om verschillen in gewichtsverandering na 9 maanden onderhoudsbehandeling te detecteren. De deelnemers werden automatisch in een verhouding van 1:1:1 en in blokken van 3 gerandomiseerd bij aanvang van de studie en werden pas aan het begin van de onderhoudsinterventie op de hoogte gebracht van hun toewijzing. De drie studiearmen waren vergelijkbaar betreffende geslacht, leeftijd, etnische afkomst en BMI. De onderhoudsbehandeling in de verschillende groepen wordt duidelijk omschreven en is voldoende afgelijnd. Zorgverleners en onderzoekers waren niet geblindeerd. Dit kan tot bias geleid hebben. De deelnemers voerden zelf hun gewicht in het elektronisch medisch dossier in. De wegingen konden dus plaatsvinden op verschillende tijdstippen en in diverse omstandigheden (zoals andere kleding) zonder standaardisatie of vooraf bepaalde intervallen. Bovendien wisten de deelnemers dat ze meededen aan een studie over gewichtsverlies, waardoor de antwoorden mogelijk sociaal wenselijk waren. Een objectievere meting van gewicht had het risico van bias door sociale wenselijkheid kunnen beperken.

Beoordeling van de resultaten

De twee meer intensieve onderhoudsprogramma's (zowel deze van 9 maanden als deze van 2 maanden) leidden na een initieel gewichtsverlies in de behandelfase statistisch significant tot

minder gewichtstoename in vergelijking met een controlegroep van nieuwsbrieven. Men rapporteerde zowel de resultaten van de intention-to-treat- als van de per-protocolanalyse en zag een vergelijkbaar patroon van gewichtstoename na een initieel sterker gewichtsverlies in de per protocol analyse. Dat laatste is waarschijnlijk het gevolg van het feit dat 14% van de deelnemers in de intention-to-treatanalyse zelfs niet had deelgenomen aan het initiële vermageringsprogramma van 3 maanden. In de onderhoudsinterventies liep de uitval op tot 39%, weliswaar gelijk verdeeld over de 3 groepen, waardoor de randomisatie niet in het gedrang kwam. Zowel programma's voor gewichtsverlies en -behoud, als online programma's worden in verband gebracht met een lage inschrijvingsgraad en een hoge uitval (8). De uitval in de studie sluit dus aan bij de klinische realiteit. Het feit dat men in de intention-to-treat- en de per-protocolanalyse vergelijkbare patronen vaststelt, versterkt echter de betrouwbaarheid van de resultaten.

De geringe verschillen in gewichtsverandering tussen de meer intensieve onderhoudsbehandelingen wijzen erop dat de frequentie waarop de sessies worden aangeboden mogelijk geen invloed heeft op het resultaat. Het bieden van een vorm van voortdurende interventie, zelfs zonder menselijk contact, heeft echter wel meer gewichtsverlies tot gevolg in vergelijking met een controlegroep die alleen een nieuwsbrief ontving. Hoewel het absoluut gewichtsverlies in kg beperkt is, stellen de auteurs dat de controlegroep na twee jaar 84% van hun gewichtsverlies heeft teruggewonnen, ten opzichte van 24% en 29% in de andere groepen. Gezien de beperkte investering van tijd en geld die nodig zijn voor de zorgprofessional en de persoon met obesitas, zijn deze interventies mogelijk wel kosteneffectief. Men moet echter altijd voorzichtig zijn met het aanbieden van interventies die mogelijk niet voldoende winst opleveren, aangezien dit ook motivatie voor volgende behandelingen kan verminderen of resulteren in een gevoel dat niets helpt. Het feit dat men voornamelijk blanke deelnemers includeerde beperkt de generaliseerbaarheid naar diverse contexten. Bovendien wordt er in het artikel geen informatie gegeven over andere comorbiditeiten zoals cardiovasculaire risico's of andere problemen. Er wordt uiteindelijk een brede range van personen met overgewicht geïnccludeerd, namelijk van BMI 25 tot 45, en het initiële gewicht wordt niet meegenomen in de analyses. Dat laat vervolgens niet toe om te bepalen voor welke personen deze interventies al dan niet werken.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De richtlijn betreffende de multimodale aanpak van obesitas bij volwassenen van WOREL stelt dat gedragsmatige interventies, zoals zelfmonitoring, een beperkt maar duurzaam effect hebben op het behoud van gewichtsverlies. Daarnaast wordt ook het gebruik van digitale tools aanbevolen ter ondersteuning (9). Ook de richtlijn van Moving Minds (UC Leuven Limburg), genaamd het Kompas voedings- en levensstijladviezen voor volwassenen met overgewicht/obesitas., beveelt een behandelstrategie met inzet van patiënteducatie en zelfmanagementondersteuning aan (10).

Besluit van Minerva

Deze pragmatische gerandomiseerde gecontroleerde studie bij volwassenen met overgewicht en obesitas toont aan dat een meer intensieve online onderhoudsinterventie met online lessen, zelfmonitoring en feedback in vergelijking met alleen nieuwsbrieven na negen maanden het bekomen gewichtsverlies van een drie maanden durend online geautomatiseerd gedragsbehandelingsprogramma meer bestendigt. We moeten wel rekening houden met een grote studie-uitval en het feit dat tijdens de follow-up bias bij de gewichtsmetingen niet uitgesloten is.

Referenties

1. Gezondheidsenquête. Sciensano, 2024. Url: <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquete-0>
2. Joly L. Wat zijn de attitudes en behandelgewoonten van huisartsen ten aanzien van patiënten met obesitas? Minerva Duiding 15/09/2021.

3. Schwenke M, Luppia M, Pabst A, et al. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Fam Pract* 2020;21:169. DOI: 10.1186/s12875-020-01239-1
4. Lyden JR, Zickmund SL, Bhargava TD, et al. Implementing health information technology in a patient-centered manner: patient experiences with an online evidence-based lifestyle intervention. *J Healthc Qual* 2013;35:47-57.
5. Rozenblum R, De La Cruz BA, Nolido NV, et al. Primary care patients' and providers' perspectives about an online weight management program integrated with population health management: post-intervention qualitative results from the PROPS study. *PEC Innovation* 2022;1:100057. DOI: 10.1016/j.pecinn.2022.100057
6. Thomas JG, Panza E, Goldstein CM, et al. Pragmatic implementation of online obesity treatment and maintenance interventions in primary care. *JAMA Intern Med* 2024;184:502-9. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.8438
7. McCoy CE. Understanding the intention-to-treat principle in randomized controlled trials. *Western J Emerg Med* 2017;18:1075-8. DOI: 10.5811/westjem.2017.8.35985
8. Baer HJ, Rozenblum R, De La Cruz BA, et al. Effect of an online weight management program integrated with population health management on weight change. *JAMA* 2020;324:1737. DOI: 10.1001/jama.2020.18977
9. De Coninck L, Vanhoof E, Van Cauwenbergh S, T. et al. Richtlijn multimodale aanpak van obesitas bij volwassenen in de eerstelijnszorg. WOREL, volledige herziening 2024.
10. Kompas voedings- en levensstijladviezen voor volwassenen met overgewicht/obesitas. UC Leuven Limburg (UCLL). Moving Minds 2021. Via Ebpracticenet. Url: <https://ebpnet.be/nl/ebsources/6049>

Dit artikel kwam tot stand tijdens de Schrijversdag van Minerva in september dit jaar. Onder begeleiding van ervaren redactieleden werkten nieuwe auteurs, zowel artsen als paramedici, aan de duiding van een artikel dat door Minerva geselecteerd werd. Zoals altijd werd de duiding peer-reviewed door de redactie.