

Gewichtsverlies, compliance met voedingsrichtlijnen en vitamine- en mineralenstatus een jaar na een bariatrische ingreep.

Een quasi-experimenteel onderzoek naar het verschil tussen eenmalige diëtistische groepsbegeleiding en eenmalig individuele begeleiding

Lysanne Smit¹, Doreen de Bruin¹, Jacqueline den Otter², Ashley Senff², Annemarie Both-Zuur³

SAMENVATTING

Inleiding

Eind 2015 verving het MC Slotervaart het individuele consult, 16 weken na de bariatrische operatie, bij de helft van de patiënten door een éénmalig diëtistisch groepsconsult. Hoofdvraag is of er een jaar na de bariatrische ingreep verschil is in gewichtsverlies, compliance met voedingsrichtlijnen en vitamine- en mineralenstatus tussen patiënten die, 16 weken na de bariatrische ingreep, een eenmalige diëtistische groepsbegeleiding kregen en patiënten met een eenmalige individuele diëtistische begeleiding.

Methoden

68 patiënten kregen diëtistische groepsbegeleiding en 52 patiënten individuele begeleiding. Compliance werd gemeten door een telefonische vragenlijst, dagelijkse eiwitinname met de 'dietary history'. Start-, pre- en postoperatief gewicht en biochemische parameters komen uit het patiëntendossier. Variabelen zijn met elkaar vergeleken (groepsconsult versus individueel consult) door een tweezijdige onafhankelijke t-toets bij continue variabelen of chi-kwadraattoets bij een nominaal meetniveau.

Resultaten

Een jaar na de ingreep was het gemiddelde gewichtsverlies, vergeleken met het startgewicht bij individueel begeleide patiënten, 34,4% tegen 32,8% bij groepsbegeleiding ($p=0,25$). Vergeleken met het preoperatieve gewicht was de gewichtsafname 29,6% bij individueel begeleide patiënten en 28,6% bij groepsbegeleiding ($p=0,55$). 71,2% van de individueel begeleide patiënten en 72,1% van de patiënten met groepsbegeleiding behaalde de eiwitbehoefte ($p=0,91$). Er was geen verschil in aantal eetmomenten, afleiding tijdens eetmomenten en gescheiden houden van eten en drinken en vitamine- en mineralenstatus. 73,1% ($n=38$) van de individueel begeleide patiënten was fysiek actief ($3,49\pm 1,95$ dagen/week), 72,1% ($n=49$) van de patiënten met groepsbegeleiding ($3,72\pm 1,90$).

Conclusie

Een jaar na een bariatrische ingreep is er geen verschil in gewichtsverlies, compliance en vitamine- en mineralenstatus tussen patiënten met groepsbegeleiding en patiënten met individuele begeleiding bij diëtinterventie 16 weken postoperatief.

Trefwoorden

Bariatric, groepsbegeleiding, individuele begeleiding, gewicht, vitamine, compliance

CORRESPONDENTIE

Jacqueline.denOtter@slz.nl

- 1 Diëtist in opleiding, Hogeschool van Amsterdam
- 2 Diëtist, Afdeling Bariatric, MC Slotervaart
- 3 Docent opleiding Voeding en Diëtetiek, Hogeschool van Amsterdam

Belangenverklaring

Geen

Financiering

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de bachelorstudie Voeding en Diëtetiek aan de Hogeschool van Amsterdam. Er was geen externe financiering.

Dit onderzoek won in 2017 de Nestle-scriptieprijs voor Diëtetiek

Achtergrond

In 2015 had 50% van de mensen in Nederland boven de 20 jaar overgewicht, waarvan 14% een BMI boven de 30 kg/m².¹ (Morbid) obesitas kan onder meer worden teruggedrongen door bariatrische chirurgie. Het MC Slotervaart verricht, als een van de Centres of Excellence, circa 1400 bariatrische ingrepen per jaar.² Eind 2015 heeft bij het MC Slotervaart een efficiëntieslag plaatsgevonden, met betrekking tot de postoperatieve begeleiding. In het eerste jaar na een bariatrische ingreep krijgen patiënten 3 consulten met een diëtist na 2, 4 en 16 weken. Omdat de wachtlijst voor een bariatrische ingreep groeit, is onderzocht of het individuele consult in week 16 vervangen kan worden door groepsbegeleiding.

Uit eerdere studies bij andere patiëntenpopulaties blijkt dat groepsbegeleiding mogelijk positievere uitkomsten vertoont op gebied van zelfmanagement ten opzichte van individuele begeleiding.^{3,4} Er zijn sterke aanwijzingen dat zelfmanagement zorgt voor een positief effect op de effectiviteit van de zorg, motivatie van de patiënt, therapietrouw, inzicht in het ziekteproces en kwaliteit van leven.⁵

Hoofdvraag is of er een jaar na een bariatrische ingreep verschil is in het gewichtsverlies (absoluut en procentueel), de compliance met voedingsrichtlijnen en de vitamine- en mineralenstatus tussen de patiënten met een eenmalige diëtistische groepsbegeleiding, en de patiënten die eenmalig individuele diëtistische begeleiding hebben gehad 16 weken na de bariatrische ingreep.

Methoden

Studieopzet

Het onderzoek bestond uit een kwantitatief prospectief gerandomiseerd onderzoek.

Interventie

De begeleiding in de fase voor de operatie was voor iedere patiënt hetzelfde. Het eerste diëtistische consult bestond uit een screeningsconsult, waarin met name werd gekeken naar de recente dieetpogingen onder begeleiding van een diëtist. Met behulp van deze gegevens kon de diëtist aangeven of er al dan niet een voortraject noodzakelijk was voor de patiënt in kwestie. Bij het accepteren van de patiënt voor de ingreep was er een preoperatieve voorlichting van een diëtist. Hierin werden de verwachtingen over de

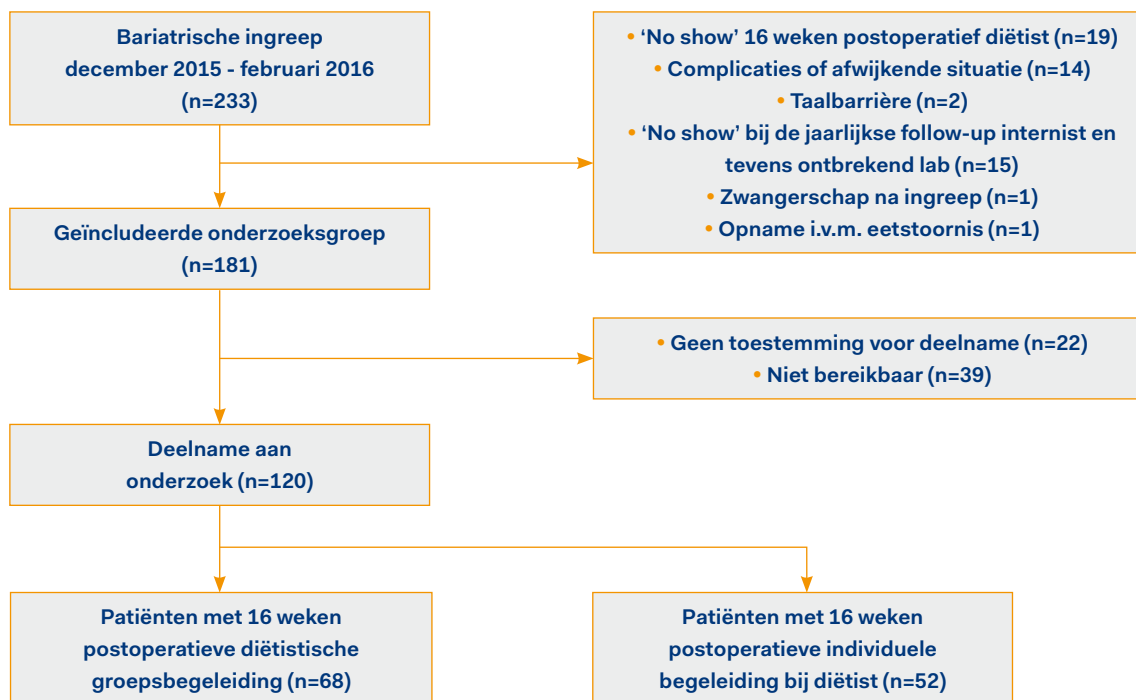
postoperatieve voedingsinname en/of -klachten besproken. Tot 16 weken postoperatief kregen alle patiënten dezelfde individuele diëtistische begeleiding. Twee weken na de bariatrische ingreep was er een voorlichting over het veranderen van vloeibare voeding naar vaste voeding. De postoperatieve poliklinische individuele afspraak bij de diëtist 6 weken na de operatie betrof educatie over de overgang van vloeibare naar vaste voeding, alle richtlijnen werden nogmaals doorgenomen (6 eetmomenten, eten/drinken scheiden, rustig eet- en drinktempo, eiwitinname, multivitamine, dumping) en gelegenheid tot het stellen van vragen. Tijdens deze afspraak zijn de patiënten om-en-om ingedeeld voor het 16 weken postoperatieve diëtistische individuele consult of het 16 weken postoperatieve diëtistische groepsconsult. Per poliklinische dag werd 50% gerandomiseerd voor een individueel consult en 50% voor het groepsconsult. Vanaf dit moment verschilt de begeleiding tussen de twee groepen. De groepsbegeleiding (maximaal 15 personen) duurde ongeveer een uur en bestond uit een weegmoment en een interactieve presentatie over het bespreken en berekenen van het verlies van lichaamsgewicht in procenten, bespreken eventuele klachten, berekenen en bespreken eiwitinname na aanleiding van huiswerk/eetdagboekje. Nogmaals herhalen van de geldende voedingsrichtlijnen, en het delen van ervaringen en voedingsgerelateerde problemen. De individuele begeleiding bestond uit een gesprek van een half uur met een diëtist. Hierin werd de eiwitinname en het gewichtsverlies besproken (patiënten rekenen niet zelf). Tevens werden ervaringen en problemen besproken.

De hoofdonderzoekers waren op de hoogte van het type begeleiding dat de patiënten kregen, in tegenstelling tot de uitvoerende onderzoekers. Voor hen was het afnemen van de telefonische vragenlijst een jaar na de ingreep geblindeerd. Na het afnemen van de telefonische vragenlijsten is deze blinding verbroken.

Studiepopulatie

De studiepopulatie bestond uit patiënten die een bariatrische operatie ondergingen bij het MC Slotervaart in de periode van december 2015 tot en met februari 2016. De uitgevoerde operaties zijn: single anastomosis gastric bypass, gastric bypass, gastric sleeve en redo. Figuur 1 geeft het beloop weer van het aantal geïnccludeerde en geëxcludeerde patiënten.

Figuur 1. Selectie en indeling onderzoeksgroep.



Studieprocedures en meten variabelen

De onderzoeksgroep is telefonisch benaderd. Voorafgaand aan het gesprek is een toelichting gegeven over het onderzoek en is toestemming voor deelname gevraagd.

Het start-, preoperatieve en postoperatieve gewicht zijn gemeten op gestandaardiseerde weegschalen, geschikt voor mensen met (morbide) obesitas. Deze worden iedere twee jaar gekalibreerd. Het startgewicht is gerapporteerd door de behandelend chirurg of de physician assistant tijdens het eerste gesprek met de patiënt. Het preoperatieve gewicht is, voorafgaand aan en op de dag van de operatie, op de afdeling 'Medium Care' gewogen en gerapporteerd door een verpleegkundige. Het gewicht een jaar na de bariatrische ingreep is gemeten door de internist. De data zijn retrospectief verzameld uit de digitale dossiers. De voedingsrichtlijnen zijn gebaseerd op de dieetbehandelingsrichtlijn Bariatrische chirurgie bij obesitas II en III. In de dieetbehandelingsrichtlijn wordt het gebruik van een voedingssupplement (100% ADH), zes eetmomenten per dag, rustig eten, adequate eiwitinname, volwaardige voedingsinname en voldoende

lichaamsbeweging geadviseerd. Evenals 20-30 minuten rust tussen de eet- en drinkmomenten, onder andere om dumpingklachten te voorkomen.¹ Compliance met deze richtlijnen zijn telefonisch nagevraagd, circa een jaar postoperatief (gemiddeld 8 maanden na het consult van 16 weken na de bariatrische ingreep).

Bij iedere patiënt werd dezelfde vragenlijst telefonisch afgenomen, dit nam gemiddeld 20 minuten in beslag. Om de lichaamsbeweging in kaart te brengen, werd er navraag gedaan naar het aantal keer sport in de week, de duur van de sport en het soort sport. Vervolgens werden de uitkomsten vergeleken met de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB).² Rustig eten werd in kaart gebracht door de geschatte tijd voor het nuttigen van de maaltijd na te vragen, net als het aantal keren dat ze afleiding hadden tijdens het eten. De eiwitinname, aantal eetmomenten en voeding zijn door de telefonische vragenlijst in kaart gebracht met behulp van de 'dietary history methode'.

De eiwitinname is berekend met gegevens uit de NEVO-tabel 2016.³ Er is uitgegaan van een eiwitbehoefte van 0,8 gram eiwit per kilogram lichaamsgewicht (g/kg). Wanneer de patiënt een BMI had van >27 kg/m² is teruggerekend naar het gewicht bij een BMI=27 kg/m².⁷

Tabel 1. Karakteristieken van de onderzoeksgroep op baseline en uitgevoerde ingrepen.

Variabele	Individuele begeleiding		P
		Groepsbegeleiding	
Totaal, n	5	68	
Mannen, % (n)	11,5 (6)	10,3 (7)	0,83
Vrouwen, % (n)	88,5 (46)	89,7 (61)	
Single anastomotic gastric bypass, % (n)	1,9 (1)	1,5 (1)	
Gastric bypass, % (n)	92,3 (48)	89,7 (61)	0,89
Gastric sleeve, % (n)	1,9 (1)	4,4 (3)	
Redo, % (n)	3,8 (2)	4,4 (3)	

Voor de bepaling van de vitamines B1, B6, B11, B12 en D en de mineralen ijzer, magnesium en calcium is bloed afgenomen voorafgaand aan de poliklinische follow-up afspraak op een jaar na de bariatrische ingreep bij de internist van het MC Slotervaart en gerapporteerd in het patiëntendossier.

Verwerking statistische gegevens

De data uit het patiëntendossier en de data uit de vragenlijst zijn verwerkt met IBM SPSS Statistics 22. De variabelen zijn tweezijdig met elkaar vergeleken (groepsconsult versus individueel consult) door een onafhankelijke t-toets bij continue variabelen of een chi-kwadraattoets bij een nominaal meetniveau. Een $p < 0,05$ werd beschouwd als statistisch significant.

Resultaten

Patiëntkarakteristieken

Aan het onderzoek namen 120 patiënten deel met een leeftijd van 18-65 jaar. 11% (n=6) van de patiënten met individuele begeleiding waren mannen en 89% (n=46) vrouwen. De groep patiënten met groepsbegeleiding bestond voor 10% (n=7) uit mannen en voor 90% (n=61) uit vrouwen. Tabel 1 geeft een overzicht van de karakteristieken van de onderzoeksgroep en de verschillende ingrepen.

Resultaat gewichtsverlies

In tabel 2 is het gewichtsverlies weergegeven per groep. Beide groepen namen af in gewicht, vergeleken met baseline. Deze gewichtsafname verschilt niet tussen patiënten met een individuele of groepsbehan-

deling (p-waarde absoluut=0,27, p-waarde percentages=0,25). Het verschil tussen beide groepen van het gewichtsverlies ten opzichte van het preoperatieve gewicht is tevens niet significant (p-waarde absoluut=0,62 en p-waarde percentage =0,54).

Resultaat compliance

De individueel begeleide patiënten deden gemiddeld 18,0±9,30 minuten over het consumeren van de warme maaltijd en 12,4±7,20 minuten over de lunch. De patiënten met groepsbegeleiding deden gemiddeld 18,5±7,67 minuten over het consumeren van de warme maaltijd en 13,7±8,13 minuten over de lunch. Er is geen verschil gevonden tussen beide groepen (p-waarde warme maaltijd=0,90, p-waarde lunch=0,35).

Bij navraag naar eventuele bezigheden die kunnen zorgen voor afleiding tijdens het eten (bijv. televisie kijken/gebruik van telefoon en/of tablet) is naar voren gekomen dat gemiddeld 51,9% (n=27) van de patiënten met individuele begeleiding, afleiding had tijdens één of meerdere eetmomenten tegen 64,7% (n=44) bij de patiënten met groepsbegeleiding. Hier is geen verschil gevonden (p=0,16).

Het merendeel van de patiënten volgde het advies over het houden van 20-30 minuten tussen de eet- en drinkmomenten daadwerkelijk op; 57,7% van de individueel begeleide patiënten versus 61,8 van de patiënten die groepsbegeleiding kregen. Ook hier is geen verschil gevonden tussen de groepen (p=0,87).

Tabel 2. Resultaat gewichtsverlies en eiwitname t.o.v. -behoefte.

Variabele	Individuele begeleiding	Groepsbegeleiding	p-waarde
	Gemiddelde ± SD of % (n)	Gemiddelde ± SD of % (n)	
Startgewicht, kg	123,2 ± 17,4	123 ± 17,6	0,94
Preoperatief gewicht, kg	115 ± 15,1	116 ± 17,1	0,73
Gewicht een jaar postoperatief, kg	80,4 ± 12,3	82,6 ± 14,8	0,40
Huidig BMI, kg/m ²	27,9 ± 3,8	28,7 ± 4,1	0,25
Gewichtsverlies t.o.v. startgewicht, kg	42,8 ± 13	40,4 ± 10,8	0,27
Gewichtsverlies t.o.v. preoperatief gewicht, kg	34,5 ± 13,1	33,4 ± 11,2	0,62
% Gewichtsverlies t.o.v. startgewicht	34,4 ± 7,4	32,8 ± 7,7	0,25
% Gewichtsverlies t.o.v. preoperatief gewicht	29,6 ± 9,7	28,6 ± 9	0,55
Eiwitname t.o.v. - behoefte behaald, % (n)	71,2 (31)	72,1 (49)	0,91
Eiwitname t.o.v. -behoefte behaald, g	15,5 ± 30,2	13,4 ± 19,1	0,66

De NNGB werd behaald door 25% (n=13) van de individueel begeleide patiënten en 25% (n=17) van de patiënten met groepsbegeleiding (p-waarde =1). 73% (n=38) van de individueel begeleide patiënten deed aan lichamelijke beweging, gemiddeld 3,5±2,0 dagen in de week tegen 72% (n=49) en 3,7±1,9 dagen bij de patiënten die groepsbegeleiding hebben gevolgd. Er is geen significant verschil gevonden (p-waarde lichamelijke beweging= 0,90, p-waarde frequentie=0,57). De patiënten die individuele begeleiding kregen, hadden gemiddeld 5,7 eetmomenten per dag tegen 5,7 eetmomenten per dag bij de patiënten met groepsbegeleiding. Hier is geen verschil gevonden (p-waarde=0,90).

Tabel 2 geeft weer dat 71% van de individueel begeleide patiënten de eiwitbehoefte behaalde tegen 72% van de patiënten met groepsbegeleiding (p-waarde=0,91). Er is geen verschil gevonden (p-waarde=0,66) met betrekking tot de eiwitname in grammen.

Resultaat inname multivitaminen en biochemische parameters

Er was geen verschil in de bepaalde vitaminen en mineralen tussen de patiënten met groepsbegeleiding ten opzichte van de patiënten die individuele diëtistische begeleiding kregen (zie tabel 3).

Bij beide groepen is er gemiddeld gezien geen sprake van waarden onder de referentie (zie tabel 4). Er is tevens geen significant verschil tussen beide groepen waargenomen. Van de individueel begeleide patiënten gebruikte één patiënt geen multivitaminensupplement tegen vier patiënten bij de groepsbegeleiding. Van de resterende individueel begeleide patiënten gebruikte 90% (n=56) multivitaminensuppletie gelijk aan of hoger dan de ADH. Dit was 88% (n=64) bij de patiënten die groepsbegeleiding hebben bijgewoond. Er is geen significant verschil te zien tussen beide groepen (zie tabel 4).

Discussie

Dit onderzoek toont op basis van de bevindingen aan dat er een jaar na een bariatrische ingreep geen verschil was in het gewichtsverlies, de compliance met voedingsrichtlijnen en de vitamine- en mineralenstatus 16 weken na de bariatrische ingreep tussen patiënten die eenmalig groepsbegeleiding kregen en individueel begeleide patiënten. Er zijn geen andere studies bekend naar de verschillen tussen beide begeleidingen. De percentages van het gewichtsverlies (34% en 33%) komen nagenoeg overeen met eerdere onderzoeken.⁸⁻¹¹

Uit eerdere studies bij andere patiëntenpopulaties blijkt dat groepsbegeleiding mogelijk positievere uitkomsten vertoont op gebied van zelfmanagement ten opzichte

Tabel 3. Verdeling aantal patiënten (n) in vitamine- en mineralenstatus.

Variabele	Groep				Individueel				P
	N	D	H	M	N	D	H	M	
Vit. B1	52	0	0	0	68	0	0	0	1
Vit. B6	47	1	4	0	67	0	1	0	0,12
Vit. B12	40	4	8	0	48	8	12	0	0,69
Vit. B11	41	1	5	5 ^a	51	0	4	13 ^a	0,45
Vit. D	39	10	3	0	45	17	6	0	0,57
Mg	51	1	0	0	68	0	0	0	0,25
IJzer	47	3	2	0	58	6	4	0	0,71
Ca	52	0	0	0	66	0	2	0	0,21

N = biochemische parameter valt binnen de referentiewaarde, D = biochemische parameter valt onder de referentiewaarde, H = biochemische parameter valt boven de referentiewaarde, M = missend, n, ^a Monster hemolytisch na afname. Geëxcludeerd in berekening vitamine B11.

van individuele begeleiding.^{3,4} Er zijn sterke aanwijzingen dat zelfmanagement zorgt voor een positief effect op de effectiviteit van de zorg, motivatie van de patiënt, therapietrouw, inzicht in het ziekteproces en kwaliteit van leven.⁵ Dit heeft mogelijk invloed op de compliance van de patiënten. Dit effect is niet teruggevonden, omdat in dit onderzoek slechts één individueel consult is vervangen door groepsbegeleiding.

Een opvallende bevinding was het hoge percentage bezigheden tijdens het consumeren van een maaltijd. Uit onderzoek is gebleken dat televisie kijken tijdens het eten, zorgt voor onbewust eten, het beperken van lichaamsbeweging en dat reclames over eten zorgen voor verleiding. Het lijkt daarom zinvol om tijdens de consulten meer aandacht te besteden aan de gevolgen van dit soort bezigheden tijdens het eten.^{12,13}

Een ander opvallend gegeven is de eiwitname. In eerdere onderzoeken was het percentage patiënten dat de eiwitbehoefte behaalde hoger.^{14,15} Een verklaring voor de lagere, afwijkende waarde in dit onderzoek is onbekend, maar kan te maken hebben met het terugrekenen naar een BMI = 27 kg/m² indien de BMI >27 kg/m² was.

Vitamine- en mineralenstatus was meestal binnen de referentiewaarden, ondanks een verhoogd risico bij de onderzoeksgroep voor tekorten aan vitamine B1, B6, B11, B12 en D en de mineralen ijzer, magnesium en calcium.^{7,14,16,17} Een mogelijke verklaring is dat er tijdens de multidisciplinaire postoperatieve begeleiding nadrukkelijk wordt geadviseerd dagelijks multivitami-

ne te suppleren. Door gebruik van de suppletie worden deficiënties succesvol voorkomen.¹⁸

Een kanttekening van het huidige onderzoek is dat er niet gekeken werd naar het gedrag na een jaar. Mogelijk verandert het gedrag na het eerste jaar postoperatief. Na een jaar volledige aandacht te hebben gehad op de voeding en leefstijl, kan dit verzwakken. Het 'Stages of Change'-model laat zien dat een terugvalfase kan optreden.¹⁹ Ook toont een studie aan dat tussen de een en twee jaar postoperatief, het aantal deelnemers dat de eiwitbehoefte behaalt, met 6% afneemt.⁶ Het eet- en leefgedrag en het resultaat daarvan, is na het eerste jaar postoperatief echter nog onzeker binnen deze onderzoeksgroep. Daarnaast zou in toekomstig onderzoek de patiënttevredenheid kunnen worden nagevraagd.

Ondanks dat de onderzoeksgroep (n=120) vrij klein is vergeleken met het aantal patiënten dat jaarlijks een ingreep (n=1400) ondergaat bij de MC groep, wordt de externe validiteit niet in twijfel getrokken. De kleine onderzoeksgroep is representatief voor de gehele patiëntengroep die een bariatrische ingreep ondergaat. Ondanks de relatief kleine onderzoeksgroep is de validiteit verhoogd door een hoge respons van 66% van de onderzoeksgroep. Daarentegen is er mogelijk sprake geweest van een bias bij het afnemen van de vragenlijst. Door het gelijktijdig telefoneren en rapporteren, kan er sprake zijn van ruis tussen de onderzoekers en de patiënten. De mogelijkheid bestaat dat de uitkomst van de voedingsanamnese niet volledig gelijk is aan de

Tabel 4. Vitaminesuppletie en biochemische parameters.

Variabele	Ref. waarden	Individueel		Groep		
		Gem. ± SD of % (n)	M	Gem. ± SD of % (n)	M	P
Vit. B1, nmol/l	80 - 240	153,4 ± 25,8	0	160,0 ± 32,3	0	0,23
Vit. B6, nmol/l	40 - 230	132,1 ± 97,2	0	113,0 ± 52,3	0	0,17
Vit. B12, pmol/l	160 - 700	436,0 ± 326,9	0	472,8 ± 361,8	0	0,57
Vit. B11, nmol/l	8,8 - 40	22,2 ± 9,8	5 ^a	23,7 ± 9,7	13 ^a	0,45
Vit. D, nmol/l	50 - 120	71,7 ± 27,4	0	71,8 ± 28,3	0	0,98
Mg, mmol/l	0,70 - 1,00	0,8437 ± 0,1	0	0,85 ± 0,1	0	0,61
IJzer, µmol/l	10 - 25	17,1 ± 5,7	0	17,5 ± 5,6	0	0,65
Ca, mmol/l	2,15 - 2,55	2,3 ± 0,1	0	2,3 ± 0,1	0	0,87
Multi, % (n)		90,2 (56)	1	87,5 (64)	4	0,65

Ref. waarden: referentiewaarden, M: ontbrekend (n), Multi: inname ADH multivitaminesuppletie, ^a: monster hemolytisch, geëxcludeerd in berekening vitamine B11.

daadwerkelijke voedingsinname. Een andere mogelijke beperking van het onderzoek is de eenmalige onderverdeling in groeps- en individuele begeleiding. De kans op een verschil tussen beide groepen was daarom mogelijk kleiner dan wanneer de onderzoeksgroep meerdere groepsbijeenkomsten- of individuele consulten apart van elkaar zouden hebben gekregen.

De gewenste situatie omtrent de efficiëntieslag lijkt haalbaar te zijn. Zowel het MC Slotervaart als soortgelijke zorgaanbieders kunnen in de praktijk zelf de keuze maken voor het aanbieden van groepsbegeleiding. De keuze, die past binnen de visie van de aanbieder, kan gemaakt worden zonder dat de patiënt hier onderlijdt op het gebied van gewichtsverlies, compliance en de vitamine- en mineralenstatus. Mogelijk kunnen wachtlijsten van andere disciplines echter oplopen en zal er sprake zijn van verschuiving van het probleem. Daarnaast is minder (onnodige) zorg een bijkomend positief effect van wachtlijsten. Meer patiënten zullen voor een andere behandeling kiezen.²⁰ Wachtlijden lijken hierdoor een positief effect te hebben op de kosten binnen de zorg, door het niet uitvoeren van bariatrische ingrepen en de nazorg. Daar staat tegenover dat het hebben van obesitas het effect op welvaartsziekten vergroot, en daarmee ook de zorgkosten.¹⁰

Conclusie en aanbevelingen voor de praktijk

Uit dit verkennende onderzoek blijkt dat het derde in-

dividuele consult vervangen kan worden door een groepsbijeenkomst, zonder dat er een verschil optreedt in het gewichtsverlies, de compliance en de vitamine- en mineralenstatus van de patiënten na een jaar. Om groepsbegeleiding op grotere schaal in te voeren zijn RCT's nodig om het verschil tussen beide behandelmethoden verder te kunnen onderbouwen.

Beroepsgenoten kunnen tevens gebruikmaken van eenzelfde efficiëntieslag. Er is geen extra materiaal of expertise nodig om groepsbegeleiding aan te bieden. Het aanbieden van beide vormen van begeleiding kan zorgen voor een grotere waardering van de zorg. Dit effect is te verklaren, doordat de patiënt zelf de keuze kan maken tussen individuele begeleiding of groepsbegeleiding, zonder dat er nadelige gevolgen bekend zijn (tot ten minste een jaar postoperatief). Tevens heeft het voor de zorgaanbieder mogelijk een positief effect op de lengte van de wachtlijst. De wachttijden voor een bariatrische ingreep kunnen door implementatie van de keuze voor groepsbegeleiding mogelijk aanzienlijk verkort worden.

Referenties

- 1 Gastric Roux-En-Y Bypass. International Federation for the Surgery of Obesity and metabolic. [datum onbekend]. <http://www.ifso.com/gastric-roux/>
- 2 Richtlijnen goede voeding 2006. Gezondheidsraad. 18 december 2006. https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/2006A06_08_3.pdf
- 3 Jaber R, Braksmajer A, Trilling JS. Group visits: a qualitative review of current research. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2006;19(3):276-90.
- 4 Scott JC, Conner DA, Venohr I et al. Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: a 2-year randomized trial of the cooperative health care clinic. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(9):1463-70.
- 5 Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals Behavioral Medicine*. 2003;26(1):1-7.
- 6 Nederlands Voedingsstoffenbestand (NEVO). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 2016. <http://nevo-online.rivm.nl/>
- 7 Bariatrische chirurgie bij obesitas II en III. Dieetbehandelingsrichtlijnen. 15 januari 2011. http://www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl/richtlijnen/41HK_bariatrische_chirurgie_bij_obesitas_ii_en_iii_1.html
- 8 Overgewicht (obesitas en bariatric). MC Slotervaart. [datum onbekend]. <https://www.mcslotervaart.com/dossier/overgewicht-obesitas-en-bariatric>
- 9 Leff DR, Heath D. Surgery for obesity in adulthood. *BMJ*. 2009;339:b3402.
- 10 Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial--a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of internal medicine*. 2013;273(3):219-34.
- 11 Ledoux S, Msika S, Moussa F et al. Comparison of nutritional consequences of conventional therapy of obesity, adjustable gastric banding, and gastric bypass. *Obesity Surgery*. 2006;16(8):1041-9.
- 12 Veerman JL, Healy GN, Cobiac LJ et al. Television viewing time and reduced life expectancy: a life table analysis. *British Journal of Sports Medicine*. 2012;46(13):927-30.
- 13 Notten N, Kraaykamp G, Tolsma J. Parents, television and children's weight status: on lasting effects of parental television socialization in the Netherlands. *Journal of Children and Media*. 2013;7(2):235-52
- 14 Bloomberg RD, Fleishman A, Nalle JE et al. Nutritional deficiencies following bariatric surgery: what have we learned? *Obesity Surgery*. 2005;15(2):145-54
- 15 Moize V, Geliebter A, Gluck ME et al. Obese patients have inadequate protein intake related to protein intolerance up to 1 year following Roux-en-Y gastric bypass. *Obesity Surgery*. 2003;13(1):23-85.
- 16 Montpellier VM, van der Beek ESJ, Mink van der Molen AB. Complicaties na contourherstellende chirurgie bij postbariatrische patiënten. De rol van voedingsdeficiënties. *Nederlands Tijdschrift voor Plastische Chirurgie*. 2014;3:111-6.
- 17 Korpershoek HW, Witteman EM, Meinardi JR et al. Ernstige vitamine D-deficiëntie en hypocalciëmie na bariatrische chirurgie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2010;154:A827.
- 18 Gehrler S, Kern B, Peters T et al. Fewer nutrient deficiencies after laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) than after laparoscopic Roux-Y-gastric bypass (LRYG-B)-a prospective study. *Obesity Surgery*. 2010;20(4):447-53.
- 19 Prochaska JO, Diclemente CC. Toward a Comprehensive Model of Change. *Treating Addictive Behaviors*. 1986;13:3-27.
- 20 Folmer M, Douven R, van Gameren E et al. Zorg in model. Centraal planbureau. 2006;146:1-77.

BESCHOUWING

Groepsconsult niet minder effectief dan individueel consult

Dit valt te concluderen uit een verkennende studie, uitgevoerd door twee BSc-studenten Voeding en Diëtetiek (HvA) onder 120 obese patiënten na een bariatrische operatie in het Medisch Centrum Slotervaart. De verandering betreft de diëtistische zorg, waarbij de laatste van de drie individuele consulten (2, 4, 16 weken) na de operatie 'at random' bij de helft van de patiënten vervangen werd door een groepsconsult. Dit leidde na een jaar niet tot verschillen in effectiviteit gezien het vergelijkbare gewichtsverlies, het naleven van de Dieetbehandelingsrichtlijn *Bariatrische chirurgie bij Obesitas II en III* en de micronutriënten-status binnen de gevormde groepen.

Wat zijn dan de argumenten voor het introduceren van deze verandering, door de auteurs betiteld als 'efficiëntieslag'? De groeiende wachtlijst wordt genoemd als belangrijkste reden. Recentelijk rapporteerde het CBS dat in Nederland één procent van de twintigplussers, oftewel ruim honderdduizend volwassenen, morbide obesitas heeft. Hiermee voldoen zij allen aan een van de voorwaarden voor bariatrische chirurgie. Deze ingreep vindt in het MC Slotervaart jaarlijks plaats bij circa veertienhonderd volwassenen, na een wachttijd van ten minste vijf maanden.

Het beschreven onderzoek vormt een opstap naar de mogelijkheid om de patiënt na de operatie de keuze te bieden tussen individuele of groepsbegeleiding. Hierbij wijzen de auteurs op de noodzaak hun bevindingen verder te onderbouwen. Dit vraagt om een studie met een zogenoemd non-inferiority-design, met een vooraf te definiëren non-inferiority-marge. Deze marge bepaalt het maximale verschil in effectiviteit, waarbij wordt geconcludeerd dat een nieuwe behandeling niet minder werkzaam is dan de standaardbehandeling.¹ Gezien het kleine verschil in de gemiddelde veranderingen in de verkennende studie, zal deze non-inferiority-studie waarschijnlijk leiden tot vergelijkbare conclusies. Rest de vraag of andere aspecten dan de effectiviteit (bijvoorbeeld efficiëntie, keuzevrijheid en zorgwaardering) ondersteund worden door data.

**PROF. DR. IR. LISETTE DE GROOT HOGLERAAR VOEDING
VAN DE OUDERE MENS, WAGENINGEN UR**

Referentie

- 1 Soonawala D, Dekkers OM, Stand van zaken 'Non-inferiority'-studies: mogelijkheden en kanttekeningen. *NTVD* 2012;156:A4665. www.ntvg.nl/system/files/publications/a4665.pdf