

SCREENING EN ZORGTOWIJZING BIJ GEWICHTSPROBLEMEN IN DE HUISARTSPRAKTIJEN VAN DE LEUVENSE REGIO

Situering en doel

Internationaal onderzoek pleit voor het uitbouwen van zorg op maat voor gewichtsproblemen die begint in de eerstelijns gezondheidszorg. Dit sluit aan bij de bevindingen uit de eerstelijnsconferentie van de Vlaamse minister van Welzijn, waarbij wordt gepleit voor een verdere uitbouw van de eerstelijns en de huisarts als zorginitiator en coördinator. Maar hoe verloopt screening en zorgtoewijzing bij deze problematiek in de huisartsenpraktijk?

Met dit project willen we in de Leuvense regio een stand van zaken opmaken en zicht krijgen op de gangbare werkwijze van huisartsen en welke noden en knelpunten zij hierrond ervaren. Dit kan dan zijn neerslag vinden in beleidsadviezen voor de verbetering van de eerstelijnszorg voor gewichtsproblemen. De bevindingen uit dit onderzoek worden in een vervolgtraject vertaald in concrete acties. Zo werd het zorgaanbod in de Leuvense regio reeds geïnventariseerd, welke ter beschikking zal gesteld worden van de huisartsen. Ook wordt een passend vormingsaanbod voor huisartsen uitgewerkt.

Werkwijze

Er werd gestart met een grondige deskresearch: welke bronnen documenteren huisartsen bij hun werk i.v.m. screening en zorgtoewijzing bij eet- en gewichtsproblemen in de eerstelijns?

Op basis hiervan werd een enquête opgesteld in samenwerking met een projectgroep van huisartsen uit Leuvense solopraktijken, groepspraktijken en interdisciplinaire eerstelijnspraktijken, inhoudelijke experts.

Vervolgens werden huisartsen uit regio Groot-Leuven bevestigd over hun werkwijze bij screening, vroegdetectie en zorgtoewijzing. Deze huisartsen werden benaderd via de verschillende huisartsenkringen en de zorgtrajectpromotor van Groot-Leuven. De enquête kon online worden ingevuld en duurde slechts 5 minuten.

Huisartsenkring Khobra bestrijkt de gemeenten Herent, Holsbeek, Veltem, Wezemaal, Wilsede, Winksele, Wijgmaal, Boortmeerbeek, Haacht, Kortenberg, Leuven, Lubbeek en Rotselaar telt ongeveer 260 leden.

Huisartsenkring HUBOB bestrijkt de gemeenten Bierbeek, Blanden, Haasrode, Huldenberg, Korbeek-Dijle, Korbeek-Lo, Leefdaal, Loonbeek, Lovenjoel, Neerijse, Opvelp, Ottenburg, Oud-Heverlee, Sint-Agatha-Rode, Sint-Joris Weert en Vaalbeek en telt ongeveer 40 leden.

In een eerste fase werden de huisartsenkringen en zorgtrajectpromotor Annemie Steutelings gecontacteerd met het oog op samenwerking bij het uitzenden van de bevestiging. Er werd een online versie van de enquête aangemaakt, waarvan de link via mail verspreid werd door de huisartsenkringen Khobra en HUBOB. Enkele weken later werd een herinnering aan de enquête uitgezonden door zorgtrajectpromotor Annemie Steutelings, zodoende zo veel mogelijk huisartsen te bereiken. Dit gebeurde via de nieuwsbrief van 23 december 2011 voor LMN Groot-Leuven. Vervolgens werden de voorzitters van de LOK-groepen van Groot-Leuven gecontacteerd, met de vraag of ze de leden van hun LOK-groep wilden aanmoedigen om aan de enquête deel te nemen. Tot slot werd een bezoek gebracht aan drie LOK-groepen, waarbij de enquête ter plekke werd uitgedeeld aan de huisartsen en zij deze alsnog konden invullen. Dit gebeurde op 24 november, 1 december en 6 december 2011.

De ingestuurde vragenlijsten werden ingevoerd, via KUL deskundig verwerkt, en geïnterpreteerd. Deze resultaten werden getoetst en besproken in een LOK-groep en in de projectstuurgroep.

Rekening houdend met de nood aan samenwerking in de regio werd een eerste tool ontwikkeld: in een netwerkboek werd het zorgaanbod in de Leuvense regio geïnventariseerd.

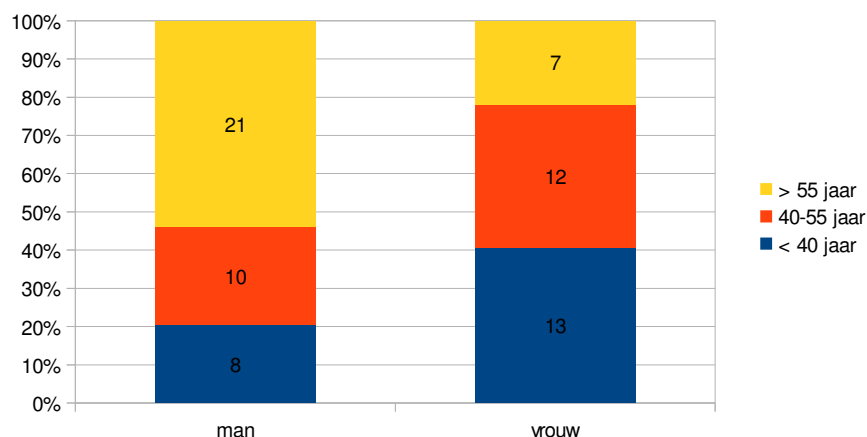
Samenstelling onderzoeksmateriaal

In eerste instantie werd via deskresearch opgesteld welke criteria van belang zijn bij de vroegdetectie, screening en zorgtoewijzing van patiënten met overgewicht die een gezondheidsrisico vertonen. Op basis van deze criteria werden voorbeeldcasussen opgesteld voor de bevraging, waarbij de casussen al dan niet in bepaalde mate een gezondheidsrisico vertonen. De keuze van de casussen werd bepaald in overleg met de projectwerkgroep van huisartsen met ervaring in de aanpak van overgewicht en obesitas. Hierbij werden zowel huisartsen geconsulteerd werkzaam zijn in een solopraktijk, in een groepspraktijk met huisartsen als in een multidisciplinaire groepspraktijk. Bij casussen 1 en 2 werd gekozen voor medische risicofactoren als slaapapneu, hypertensie en familiale geschiedenis van hypertensie. Bij casus 1 is er een rechtstreekse aanleiding om het gewicht ter sprake te brengen, gezien patiënt op consultatie komt wegens de gestelde diagnose slaapapneu. Bij de tweede casus echter werd geopteerd om een patiënt voor te stellen die zelf geen hulpvraag formuleert omtrent het gewicht, maar bij de huisarts komt voor niet-gerelateerde vraag, namelijk een griepvaccin. Bij de derde casus tot slot is er wel een rechtstreekse hulpvraag met betrekking tot het gewicht, waarbij er een verstoord welbevinden is van de patiënt. Deze casus werd toegevoegd omdat hier mogelijk de problematiek van een eetstoornis zou kunnen achter schuilen. Ook werden algemene vragen opgesteld, die peilen naar de gangbare werkwijze van huisartsen en hun noden hierbij. De bevraging is opgenomen in Bijlage 1.

Resultaten

Onderzoeksgroep

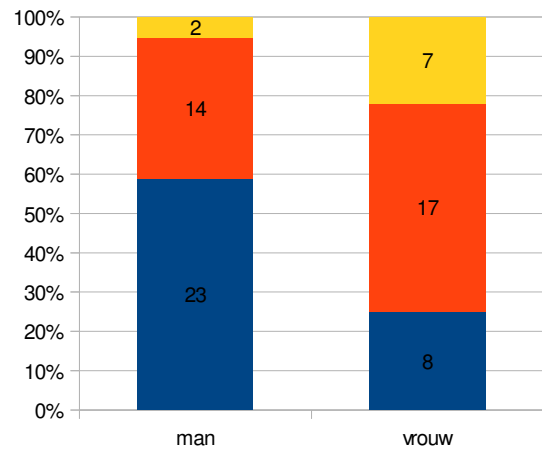
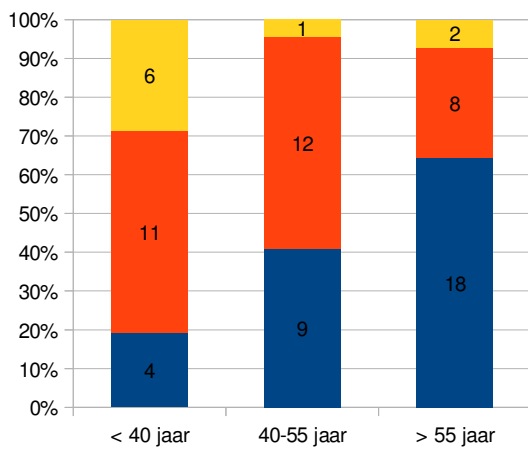
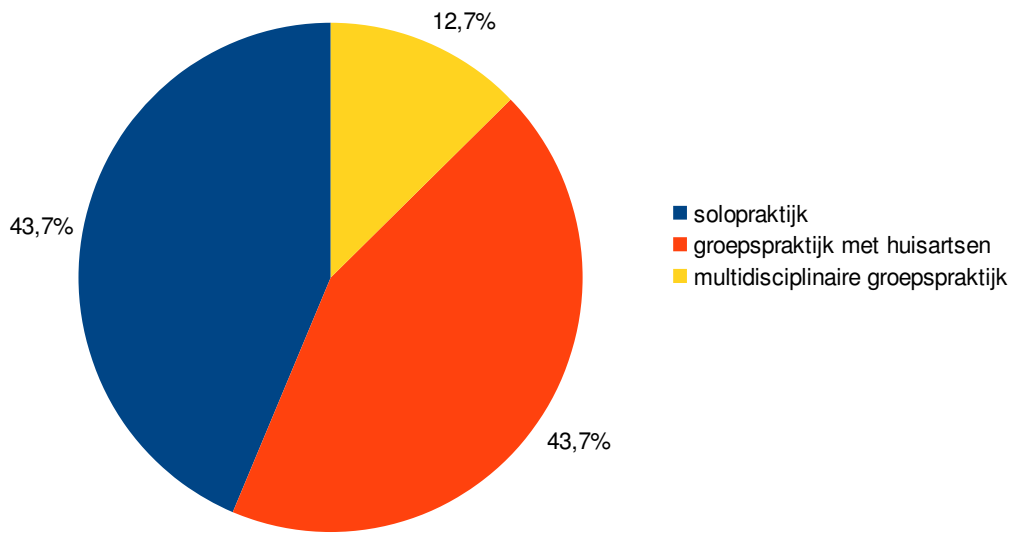
In totaal namen 71 huisartsen deel aan het onderzoek, waarvan 39 mannen (54.9%) en 32 vrouwen (45.1%). Hiermee nam bijna een vierde van de huisartsen in Groot-Leuven deel aan de enquête. De meeste artsen die deelnamen aan het onderzoek waren ouder dan 55 jaar (39.4%), gevolgd door artsen tussen 40 en 55 jaar (31%) en tenslotte artsen jonger dan 40 jaar (29.6%). In de groep artsen ouder dan 55 jaar namen meer mannelijke dan vrouwelijke artsen deel, daarentegen in de groep artsen jonger dan 55 jaar waren er meer vrouwelijke dan mannelijke artsen [$\chi^2_{(2)}=7.758, p<0.05$].



Tabel 1. Geslacht*Leeftijd Crosstabulation.

			Leeftijd			Total
			< 40 jaar	40-55 jaar	> 55 jaar	
Geslacht	Man	Count	8	10	21	39
		% within geslacht	20.5%	25.6%	53.8%	100.0%
		% within leeftijd	38.1%	45.5%	75.0%	54.9%
		% of total	11.3%	14.1%	29.6%	54.9%
	Vrouw	Count	13	12	7	32
		% within geslacht	40.6%	37.5%	21.9%	100.0%
		% within leeftijd	61.9%	54.5%	25.0%	45.1%
		% of total	18.3%	16.9%	9.9%	45.1%
Total	Count	21	22	28	71	
	% within geslacht	29.6%	31.0%	39.4%	100.0%	
	% within leeftijd	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of total	29.6%	31.0%	39.4%	100.0%	

Van de 71 huisartsen, werkt 43.7% in een solopraktijk, 43.7% in een groepspraktijk met huisartsen en 12.7% in een multidisciplinaire groepspraktijk. Mannen werken vaker in solopraktijken, terwijl vrouwen vaker in een groepspraktijk werken [$\chi^2_{(2)}=9.731$, $p<0.01$]. De meeste artsen jonger dan 55 jaar die deelnamen aan het onderzoek werken in een groepspraktijk, terwijl de meeste artsen ouder dan 55 jaar in een solopraktijk werken [$\chi^2_{(2)}=14.112$, $p<0.01$].



Tabel 2. Praktijk*Geslacht Crosstabulation.

			Geslacht		Total
			Man	Vrouw	
Praktijk	Solopraktijk	Count	23	8	31
		% within geslacht	74.2%	25.8%	100.0%
		% within leeftijd	59.0%	25.0%	43.7%
		% of total	32.4%	11.3%	43.7%
	Groepspraktijk met huisartsen	Count	14	17	31
		% within geslacht	45.2%	54.8%	100.0%
		% within leeftijd	35.9%	53.1%	43.7%
		% of total	19.7%	23.9%	43.7%
	Multidisciplinaire groepspraktijk	Count	2	7	9
		% within geslacht	22.2%	77.8%	100.0%
		% within leeftijd	5.1%	21.9%	12.7%
		% of total	2.8%	9.9%	12.7%
Total		Count	39	32	71
		% within geslacht	54.9%	45.1%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	54.9%	45.1%	100.0%

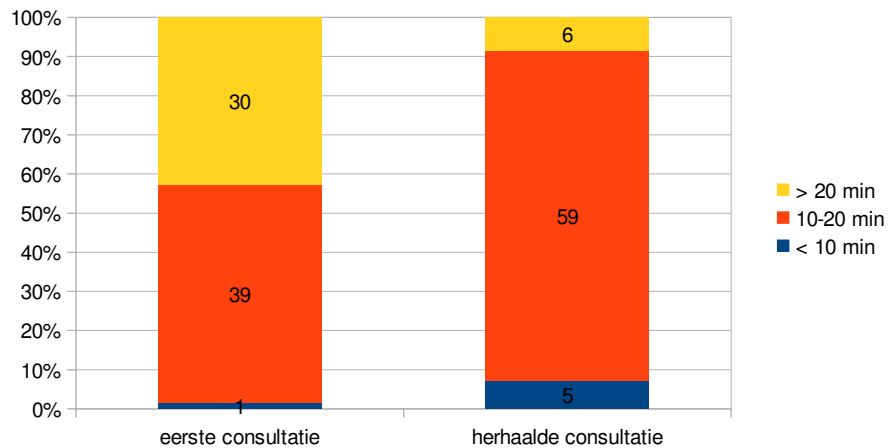
Tabel 3. Praktijk*Leeftijd Crosstabulation.

			Leeftijd			Total
			< 40 jaar	40-55 jaar	> 55 jaar	
Praktijk	Solopraktijk	Count	4	9	18	31
		% within geslacht	12.9%	29.0%	58.1%	100.0%
		% within leeftijd	19.0%	40.9%	64.3%	43.7%
		% of total	5.6%	12.7%	25.4%	43.7%
	Groepspraktijk met huisartsen	Count	11	12	8	31
		% within geslacht	35.5%	38.7%	25.8%	100.0%
		% within leeftijd	52.4%	54.5%	28.6%	43.7%
		% of total	15.5%	16.9%	11.3%	43.7%
	Multidisciplinaire groepspraktijk	Count	6	1	2	9
		% within geslacht	66.7%	11.1%	22.2%	100.0%
		% within leeftijd	28.6%	4.5%	7.1%	12.7%
		% of total	8.5%	1.4%	2.8%	12.7%
Total		Count	21	22	28	71
		% within geslacht	29.6%	31.0%	39.4%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	29.6%	31.0%	39.4%	100.0%

Gangbare aanpak

1) Duurtijd van de consultatie

De meerderheid van de huisartsen (55.7%) besteedt 10 à 20 minuten tijd aan de eerste consultatie, 42.9% meer dan 20 minuten. Slechts één huisarts gaf aan minder dan 10 minuten te besteden aan de eerste consultatie (1.4%). De meerderheid van de huisartsen (84.3%) besteedt 10 à 20 minuten tijd aan een herhaalde consultatie, 8.6% meer dan 20 minuten en 7.1% minder dan 10 minuten. Er is geen significant verband tussen de tijd die huisartsen besteden aan een eerste of herhaalde consultatie en het geslacht, de leeftijd of het type praktijk waarin de huisarts werkt. Er is wel een significant verband tussen de tijd die men besteedt aan een eerste en een herhaalde consultatie [$\chi^2_{(4)}=23.79, p<0.001$].

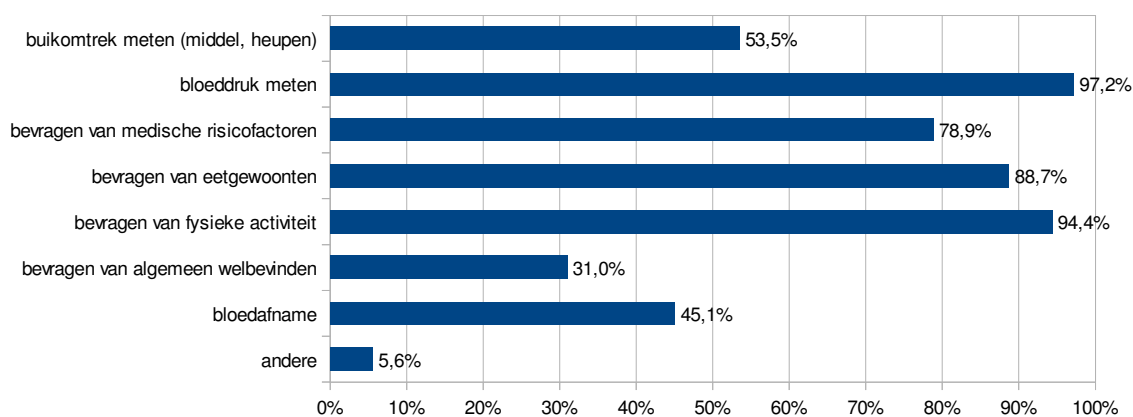


Tabel 4. Herhaalde consultatie*Eerste consultatie Crosstabulation.

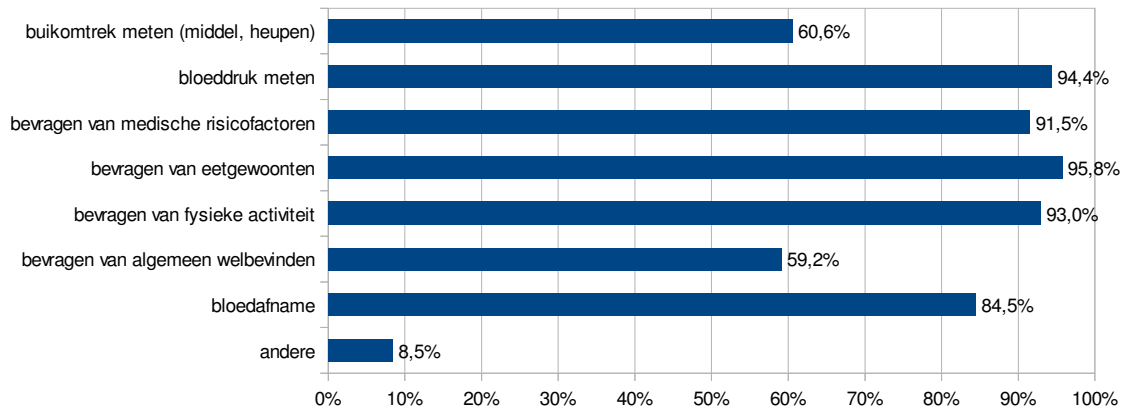
			Eerste consultatie			Total
			< 10 min	10-20 min	> 20 min	
Herhaalde consultatie	< 10 min	Count	1	4	0	5
		% within geslacht	20.0%	80.0%	0.0%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	10.3%	0.0%	7.1%
		% of total	1.4%	5.7%	0.0%	7.1%
	10-20 min	Count	0	35	24	59
		% within geslacht	0.0%	59.3%	40.7%	100.0%
		% within leeftijd	0.0%	89.7%	80.0%	84.3%
		% of total	0.0%	50.0%	34.3%	84.3%
	> 20 min	Count	0	0	6	6
		% within geslacht	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		% within leeftijd	0.0%	0.0%	20.0%	8.6%
		% of total	0.0%	0.0%	8.6%	8.6%
Total		Count	1	39	30	70
		% within geslacht	1.4%	55.7%	42.9%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	1.4%	55.7%	42.9%	100.0%

2) Inhoud van de consultatie

Bij de meeste huisartsen behoort het meten van de bloeddruk (97%), het bevragen van de fysieke activiteit (94%) en eetgewoonten (89%) tot de routinescreening bij patiënten met overgewicht (BMI 25-30). Ook het bevragen van medische risicofactoren behoort bij acht op tien huisartsen tot de routinescreening bij overgewicht (79%). Het meten van de buikontrek (54%), een bloedafname (45%) en het bevragen van het welbevinden (31%) behoort bij minder huisartsen tot de routinescreening bij overgewicht. Andere stappen die huisartsen vermelden standaard toe te passen bij patiënten met overgewicht zijn het gewicht in het verleden nagaan, het voelen van de schildklier, afhankelijk van de leeftijd het cardiovasculair risicoprofiel aanvullen met bloedafname cholesterol, glucose, etc.



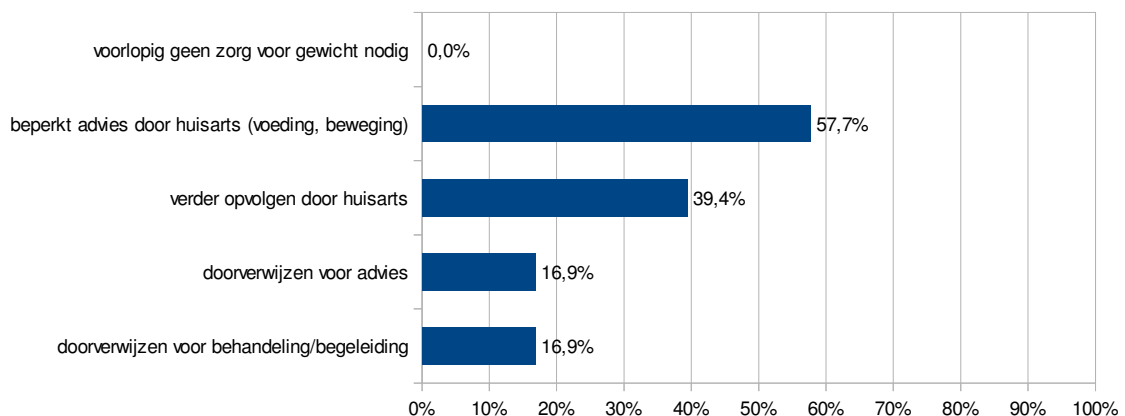
Voor de routinescreening bij patiënten met obesitas (BMI > 30) zien we opnieuw dat het meten van de bloeddruk (94%), het bevragen van de fysieke activiteit (93%) en eetgewoonten (96%) bij de meeste huisartsen wordt toegepast. Het bevragen van medische risicofactoren wordt nu bij 9 op tien huisartsen standaard toegepast (92%). Ook doen meer huisartsen standaard een bloedafname (85%). Het meten van de buikontrek (61%) en het bevragen van het welbevinden (59%) gebeurt bij zes op tien huisartsen standaard bij de screening van obesitas. Andere stappen die huisartsen vermelden standaard toe te passen bij patiënten met obesitas zijn het bevragen van de familiale voorgeschiedenis, gewichtsschommelingen in het verleden, comorbiditeit (o.a. diabetes,...), het bespreken van hoe de patiënt ermee omgaat en hoe de patiënt zijn/haar gewicht ervaart, een EKG, voorstel diëtiste, afhankelijk van de leeftijd het cardiovasculair risicoprofiel aanvullen met bloedafname cholesterol, glucose, etc.



3) **Besluit van de consultatie: zorgtoewijzing bij eet- en gewichtsproblemen (casuïstiek)**

“Dirk, 34-jarige administratief bediende, is 1m78 groot en weegt 86kg (BMI=27). Hij had slaapproblemen en komt bij u omdat hij de diagnose slaapapneu kreeg na een recent onderzoek in het slaaplaboratorium.”

Acht op tien huisartsen (78.9%) zou Dirk zelf beperkt advies geven (39.4%) en/of verder opvolgen (39.4%). Een derde van de huisartsen (32.4%) zou (ook) doorverwijzen voor advies of behandeling, voornamelijk naar een diëtist (20 van de 23 huisartsen). Andere huisartsen verwijzen door naar een medisch specialist (3 van de 23, naar een cardioloog of pneumoloog) of een bewegingsdeskundige of kinesist (3 van de 23). Geen enkele huisarts is van mening dat er bij Dirk voorlopig geen zorg voor gewicht nodig is.

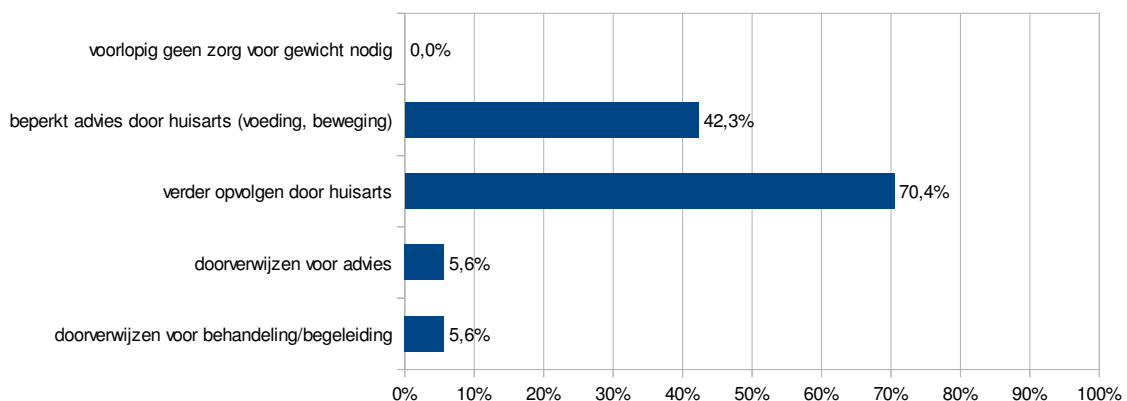


Tabel 5. Volgende stap van huisarts bij casus 1.

Geen zorg voor gewicht nodig	Huisarts			Doorverwijzen		
0 (0.0%)	56 (78.9%)			23 (32.4%)		
	<i>advies</i>	<i>opvolgen</i>		<i>advies</i>	<i>behandeling</i>	
	41 (57.7%)	28 (39.4%)		12 (16.9%)	12 (16.9%)	
	<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel opvolgen</i>	<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel behandeling</i>
	28 (39.4%)	13 (18.3%)	15 (21.1%)	11 (15.5%)	1 (1.4%)	11 (15.5%)

“Willem, vrachtwagenchauffeur van 29 jaar, komt op raadpleging voor een griepvaccin. Hij heeft een BMI van 28 en zijn bloeddruk bij vorige raadpleging was vrij hoog. Zijn vader (54 jaar) is bij u bekend met een geschiedenis van hypertensie.”

Negen op tien huisartsen (93.0%) zou Willem zelf beperkt advies geven (22.5%) en/of verder opvolgen (70.4%). Een op tien huisartsen (11.1%) zou (ook) doorverwijzen naar een diëtist voor advies of behandeling. Twee artsen zouden bijkomend ook doorverwijzen naar een kinesist of bewegingsdeskundige. Geen enkele huisarts is van mening dat Willem voorlopig geen zorg voor gewicht nodig heeft.

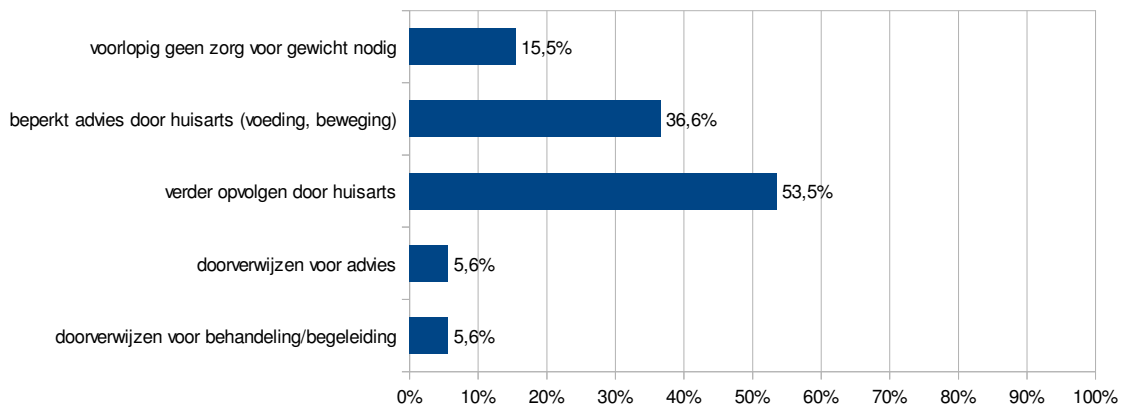


Tabel 6. Volgende stap van huisarts bij casus 2.

Geen zorg voor gewicht nodig	Huisarts			Doorverwijzen		
0 (0.0%)	66 (93.0%)			8 (11.3%)		
	<i>advies</i>		<i>opvolgen</i>	<i>advies</i>		<i>behandeling</i>
	30 (42.3%)		50 (70.4%)	4 (5.6%)		4 (5.6%)
	<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel opvolgen</i>	<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel behandeling</i>
	16 (22.5%)	14 (18.3%)	35 (49.3%)	4 (5.6%)	0 (0.0%)	4 (5.6%)

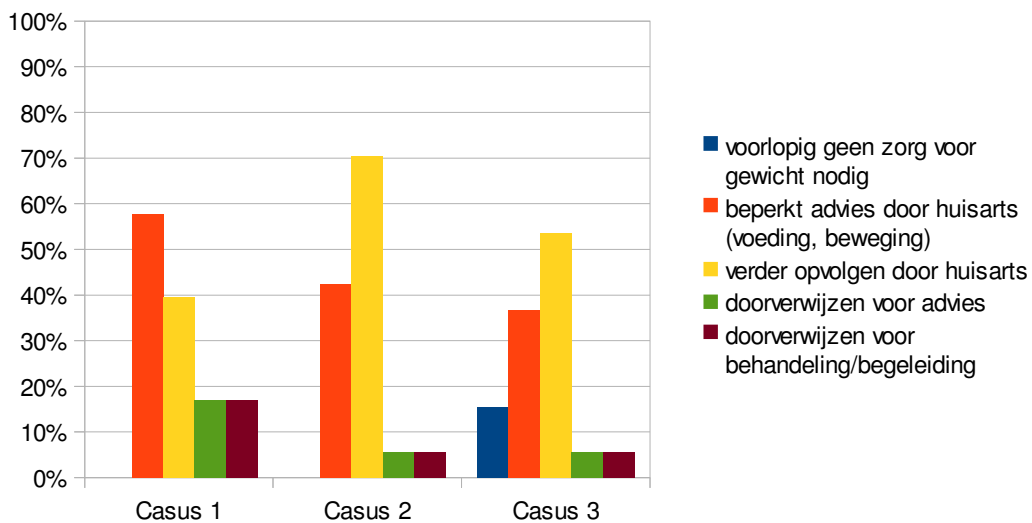
“Annabel, 24-jarige nachtverpleegster vindt zichzelf te dik (BMI 26) en voelt zich al een poos snel moe, gespannen en prikkelbaar met een wisselende stemming. Ze vraagt een bloedonderzoek.”

Acht op tien huisartsen (81.7%) zou Annabel zelf beperkt advies geven (28.2%) en/of verder opvolgen (53.5%). Een op tien huisartsen (11.1%) zou (ook) doorverwijzen naar een andere discipline voor advies of behandeling, naar een psycholoog (5 van de 8 huisartsen), een diëtist (3 huisartsen) en/of een bewegingsdeskundige of kinesist (2 huisartsen). Elf huisartsen (15.5%) zijn van mening dat Annabel voorlopig geen zorg voor gewicht nodig heeft. Drie van deze huisartsen zouden wel beperkt advies geven op vlak van voeding en beweging en/of haar verder opvolgen.



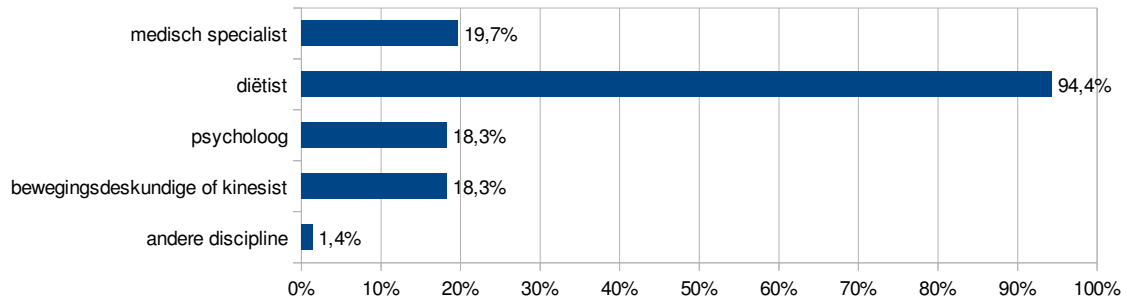
Tabel 7. Volgende stap van huisarts bij casus 3.

Geen zorg voor gewicht nodig		Huisarts			Doorverwijzen		
11 (15.5%)		58 (81.7%)			8 (11.3%)		
<i>geen zorg</i>	<i>wel opvolging en/of advies huisarts</i>	<i>advies</i>		<i>opvolgen</i>	<i>advies</i>	<i>behandeling</i>	
8 (11.3%)	3 (4.2%)	26 (36.6%)		38 (53.5%)	4 (5.6%)	4 (5.6%)	
		<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel opvolgen</i>	<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel behandeling</i>
		20 (28.2%)	6 (8.5%)	32 (45.1%)	4 (5.6%)	0 (0.0%)	4 (5.6%)



4) Verwijzing / samenwerking

Voor de aanpak van ernstige gewichtsproblemen wordt vooral samengewerkt met een diëtist (94%). Een vijfde van de huisartsen werkt meestal ook samen met een medisch specialist (20%), voornamelijk met een endocrinoloog. In twee gevallen gaat het om samenwerking met een chirurg of internist. Een vijfde werkt meestal met een psycholoog (18%) of een bewegingstherapeut of kinesist (18%). Eén huisarts werkt ook vaak samen met een andere discipline, maar vermeldt niet welke.

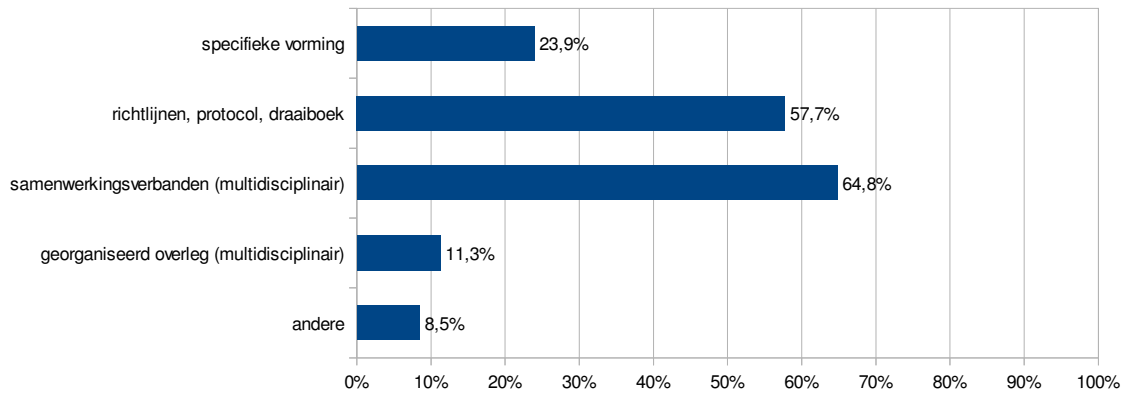


Mannelijke huisartsen verwijzen meer door naar een medisch specialist dan vrouwelijke huisartsen [$X^2_{(1)}=3.937$, $p<0.05$]. Vrouwelijke huisartsen verwijzen meer door naar een psycholoog dan mannelijke huisartsen [$X^2_{(1)}=3.752$, $p=0.053$]. Voor de overige verwijzingen zijn er geen significante geslachtsverschillen.

De helft van de huisartsen laat de patiënt zelf een diëtist kiezen, vier op tien huisartsen werkt samen met een vaste diëtist. In het geval van samenwerking met een psycholoog werken 7 van de 13 huisartsen met een vaste psycholoog, 5 huisartsen laten de keuze van de psycholoog aan de patiënt over.

Noden van huisartsen

De meeste huisartsen hebben nood aan samenwerkingsverbanden met andere disciplines (64.8%) en een draaiboek (57.7%). Sommige huisartsen hebben nood aan specifieke vorming (23.9%) of georganiseerd overleg (11.3%). Andere noden (8.5%) zijn voornamelijk samenwerking met diëtisten. Vrouwelijke artsen hebben meer nood aan samenwerkingsverbanden dan mannelijke artsen [$X^2_{(1)}=6.92$, $p<0.01$]. Jongere artsen (< 55 jaar) hebben meer nood aan specifieke vorming dan oudere artsen [$X^2_{(2)}=6.168$, $p<0.05$]. Er werden geen andere significante verbanden gevonden tussen noden en geslacht of leeftijd. Er werden geen verbanden gevonden tussen noden en type van praktijk waarin de huisarts werkzaam is of de duur van de eerste consultatie. Huisartsen die 10 à 20 minuten tijd besteden aan een herhaalde consultatie hebben meer nood aan een draaiboek dan artsen die meer of minder tijd besteden aan een herhaalde consultatie [$X^2_{(2)}=10.023$, $p<0.01$].



Tabel 8. Noden*Geslacht Crosstabulation.

			Geslacht		Total
			Man	Vrouw	
Samenwerkingsverbanden (multidisciplinair)	neen	Count	19	6	25
		% within geslacht	76.0%	24.0%	100.0%
		% within leeftijd	48.7%	18.8%	35.2%
		% of total	26.8%	8.5%	35.2%
	ja	Count	20	26	46
		% within geslacht	43.5%	56.5%	100.0%
		% within leeftijd	51.3%	81.3%	64.8%
		% of total	28.2%	36.6%	64.8%
Total		Count	39	32	71
		% within geslacht	54.9%	45.1%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	54.9%	45.1%	100.0%

Tabel 9. Noden*Leeftijd Crosstabulation.

			Leeftijd			Total
			< 40 jaar	40-55 jaar	> 55 jaar	
Specifieke vorming	neen	Count	16	13	25	54
		% within geslacht	29.6%	24.1%	46.3%	100.0%
		% within leeftijd	76.2%	59.1%	89.3%	76.1%
		% of total	22.5%	18.3%	35.2%	76.1%
	ja	Count	5	9	3	17
		% within geslacht	29.4%	52.9%	17.6%	100.0%
		% within leeftijd	23.8%	40.9%	10.7%	23.9%
		% of total	7.0%	12.7%	4.2%	23.9%
Total		Count	21	22	28	71
		% within geslacht	29.6%	31.0%	39.4%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	29.6%	31.0%	39.4%	100.0%

Tabel 10. Noden*Herhaalde consultatie Crosstabulation.

			Leeftijd			Total
			< 10 min	10-20 min	> 20 min	
Richtlijnen, protocol, draaiboek	neen	Count	5	20	4	29
		% within geslacht	17.2%	69.0%	13.8%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	33.9%	66.7%	41.4%
		% of total	7.1%	28.6%	5.7%	41.4%
	ja	Count	0	39	2	41
		% within geslacht	0.0%	95.1%	4.9%	100.0%
		% within leeftijd	0.0%	66.1%	33.3%	58.6%
		% of total	0.0%	55.7%	2.9%	58.6%
Total		Count	5	59	6	70
		% within geslacht	7.1%	84.3%	8.6%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	7.1%	84.3%	8.6%	100.0%

Bespreking

Met deze bevraging wilden we zicht krijgen op de gangbare werkwijze van huisartsen bij gewichtsproblemen en welke noden en knelpunten zij hierrond ervaren.

Aan het onderzoek namen 71 artsen deel, wat bijna een vierde representeert van de huisartsen in Groot-Leuven. Er namen ongeveer even veel mannen als vrouwen deel aan de enquête. Alle drie de leeftijdscategorieën waren vertegenwoordigd in het onderzoek. Ongeveer 13% werkt in een multidisciplinaire groepspraktijk, van de overige huisartsen werkt de helft in een solopraktijk en de andere helft in een groepspraktijk met huisartsen. Vrouwen en jongere artsen werken vaker in een groepspraktijk, mannen en oudere artsen werken vaker in een solopraktijk.

Zo goed als alle huisartsen besteden minstens 10 minuten aan een consultatie. Bij een eerste consultatie neemt 4 op 10 huisartsen meer dan 20 minuten de tijd, bij een herhaalde consultatie is dit 1 op 10.

Bij de meeste huisartsen behoort het meten van de bloeddruk, het bevragen van de fysieke activiteit, eetgewoonten en medische risicofactoren tot de routinescreening bij patiënten met overgewicht en obesitas (BMI 25-30). Slechts de helft van de huisartsen meet standaard de buikomtrek bij patiënten met overgewicht, bij patiënten met obesitas neemt dit percentage toe tot 60%. Gezien deze meting wordt aanbevolen in richtlijnen voor de aanpak van overgewicht door huisartsen (BASO consensus; Domus Medica, 2006) omdat het een onafhankelijke risicofactor is voor ziekte, bovenop BMI, zouden we dit percentage hoger verwachten. Het bevragen van het welbevinden behoort bij het minst aantal huisartsen tot de standaard aanpak bij overgewicht en obesitas. Een derde van de huisartsen bevraagt dit standaard bij overgewicht, dit aandeel verdubbelt wanneer het gaat om patiënten met obesitas.

Uit de casuïstiek blijkt dat huisartsen zelden doorverwijzen. Doorverwijzing gebeurt vooral bij een duidelijke medische aandoening (vb. slaapapneu) en vooral naar een diëtist. Voor de aanpak van ernstige gewichtsproblemen wordt zo goed als door alle huisartsen samengewerkt met een diëtist. Een vijfde van de huisartsen – vooral mannen – werkt meestal ook samen met een medisch specialist. Het gaat daarbij voornamelijk om vaste samenwerking met een endocrinoloog. Eveneens een vijfde van de huisartsen – in dit geval vooral vrouwen – werkt meestal met een psycholoog. Nog een vijfde werkt vaak samen met een bewegingstherapeut of kinesist.

In de bevraging brengen huisartsen duidelijke wensen ter verbetering van hun zorg bij overgewicht en obesitas:

Twee derde van de huisartsen brengt hun nood aan **meer samenwerking tussen disciplines**. Opmerkelijk is dat vooral vrouwen deze nood rapporteren, terwijl uit bovenstaande gegevens blijkt dat vooral vrouwen in een groepspraktijk werken. Een belangrijke stap in het bevorderen van de multidisciplinaire samenwerking is dat huisartsen op de hoogte zijn welke hulpverleners in hun regio werken rond de problematiek van gewichtsproblemen. In het kader van dit project werd daarom een netwerkboek opgesteld voor de regio Groot-Leuven (zie Bijlage 2), waarin een inventarisatie van de bestaande zorg wordt gemaakt. Ook het voorzien van een gezamenlijk dossier of gemakkelijke gegevensuitwisseling is daarbij belangrijk.

Om de eerstelijnszorg voor gewichtsproblemen te verbeteren is het sterk aan te raden om een **draaiboek** te voorzien voor huisartsen en multidisciplinaire samenwerking te faciliteren, aangezien een ruime meerderheid van de huisartsen (57%) deze nood rapporteren. Eetexpert.be vzw heeft een draaiboek voor vroegdetectie en begeleiding van eet- en gewichtsproblemen bij kinderen in de huisartsenpraktijk, waarbij dit jaar aan een herziening wordt gewerkt. In dit draaiboek wordt ook de link gemaakt met de draaiboeken voor diëtisten en CLB's, waardoor multidisciplinaire samenwerking wordt gestimuleerd. Belangrijk zal zijn ook een draaiboek voor de aanpak bij volwassen patiënten te ontwikkelen.

Aangezien een vierde van de artsen nood heeft aan **specifieke vorming**, is het aan te raden dat er regelmatig een vorming wordt georganiseerd specifiek gericht op de aanpak van de huisarts bij gewichtsproblemen. Vooral jongere artsen hebben hier nood aan. Bij deze vormingen kan ook aandacht geschonken worden aan de multidisciplinaire samenwerking bij gewichtsproblemen. Ook intervisiegroepen omtrent dit thema vormen een mogelijkheid.

Een minderheid heeft nood aan **georganiseerd multidisciplinair overleg**. Multidisciplinair overleg bevordert de samenwerking tussen de verschillende actoren, waardoor de zorg voor de patiënt in kwestie verbetert. Om huisartsen en andere hulpverleners hierin te ondersteunen is het daarom belangrijk dat er een vergoeding wordt voorzien voor de deelnemers. Voor sommige huisartsen kan het moeilijk zijn om een dergelijk overleg zelf te organiseren, bijvoorbeeld omdat ze werken in een solopraktijk waarin deze vormen van overleg niet structureel zijn ingebouwd. Om op deze nood in te

spelen kan het daarom ook nuttig zijn dat dit overleg georganiseerd wordt door een overkoepelende instantie.