

SCREENING EN ZORGTOWIJZING BIJ GEWICHTSPROBLEMEN IN DE HUISARTSPRAKTIJKEN**VAN LIMBURG: ONDERZOEKSRAPPORT 2013**

(DEBRAY L. EN VANDEPUTTE A, EETEXPERT.BE VZW)

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 (LMN West-Limburg in samenwerking met Eetexpert.be vzw) in West-Limburg een stand van zaken opmaken en zicht krijgen op de gangbare werkwijze van huisartsen en welke noden en knelpunten zij hierrond ervaren. De bevindingen uit dit onderzoek worden teruggekoppeld naar het LMN West-Limburg, de projectwerkgroep zorgtraject obesitas en de multidisciplinaire LOK's die meewerken aan de bevraging. Verder kunnen de resultaten hun neerslag vinden in beleidsadviezen voor het optimaliseren van het bestaande zorgaanbod binnen de eerstelijnszorg voor gewichtsproblemen. Deze adviezen zullen ondersteunend zijn bij de LMN werkgroep Obesitas. De huisartsen worden vervolgens ook voorzien van een netwerkboek en ondersteund bij de opstart van een multidisciplinaire samenwerking door de uitwerking van een passend vormingsaanbod.

Werkwijze

Na een testfase van de online enquête (week van 19 november 2012), werden de huisartsen benaderd via het LMN West-Limburg om de online enquête in te vullen. Dit gebeurde door de artsen van de geplande LOK-groepen uit te nodigen voor de bevraging. Er zijn in de projectperiode vier LOK-groepen doorgegaan: 6 december 2012, 13 maart 2013, 13 juni 2013 en 5 september 2013. Er werd steeds een uitnodiging gestuurd per mail, een tweetal weken voorafgaand aan de LOK-groep. Na enkele dagen werd een herinneringsmail gestuurd naar de artsen die de bevraging nog niet hadden

ingevuld. Deze artsen werden eveneens telefonisch gecontacteerd door de LMN zorgtrajectpromotor. Deze schriftelijke en mondelinge herinnering werd indien nodig nog een tweede maal herhaald. Dit met als doel om de responsratio van de artsen zo groot mogelijk te maken. De enquête kon online worden ingevuld en duurde slechts 5 minuten. De resultaten van de bevraging werden door Eetexpert teruggekoppeld aan het LMN West-Limburg per LOK groep.

Samenstelling onderzoeksmateriaal

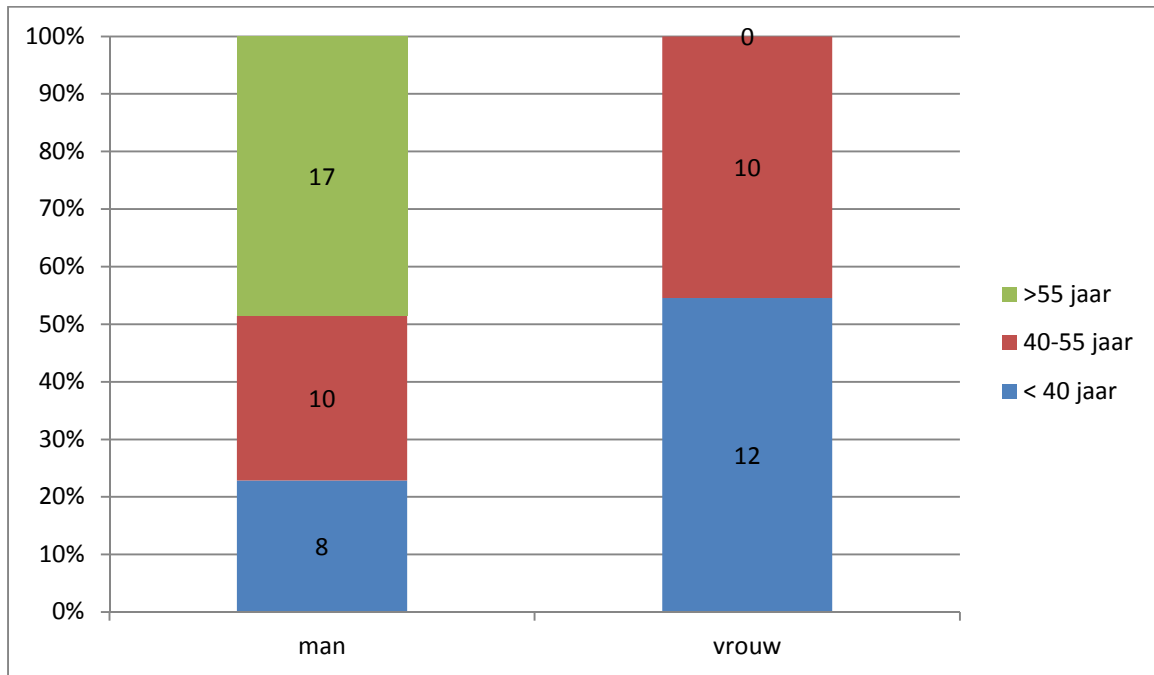
Voor dit project werd een online bevraging gebruikt die reeds werd uitgewerkt in het kader van een gelijkaardige bevraging binnen de regio Groot-Leuven. In eerste instantie werd toen via deskresearch opgelijst welke criteria van belang zijn bij de vroegdetectie, screening en zorgtoewijzing van patiënten 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 een 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 57 huisartsen deel aan het onderzoek (3 onvolledig), waarvan 35 mannen (61.4%) en 22 vrouwen (38.6%). Hiermee nam drie vierde van de huisartsen deel die uitgenodigd waren voor de bevraging (77 huisartsen), wat de helft representeert van de huisartsen (ongeveer 115 huisartsen)

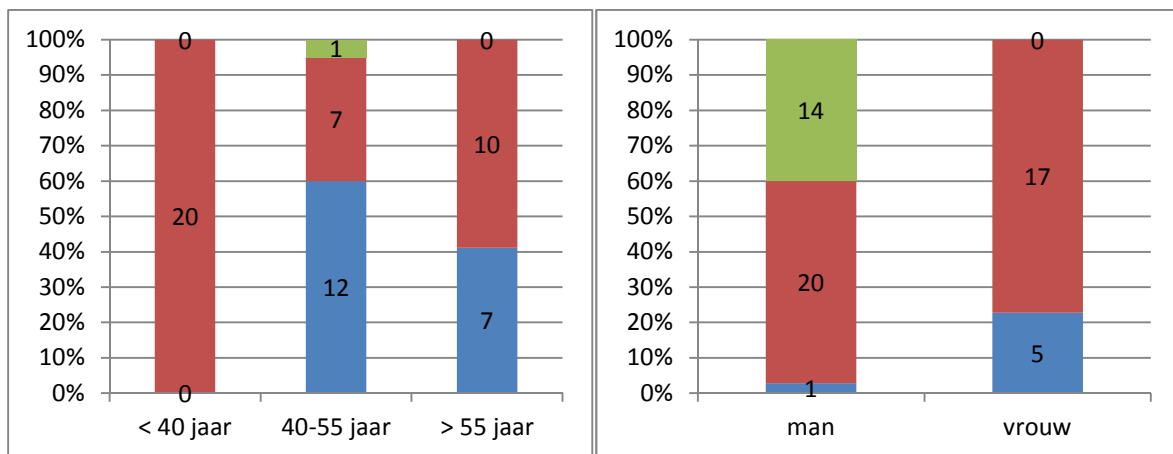
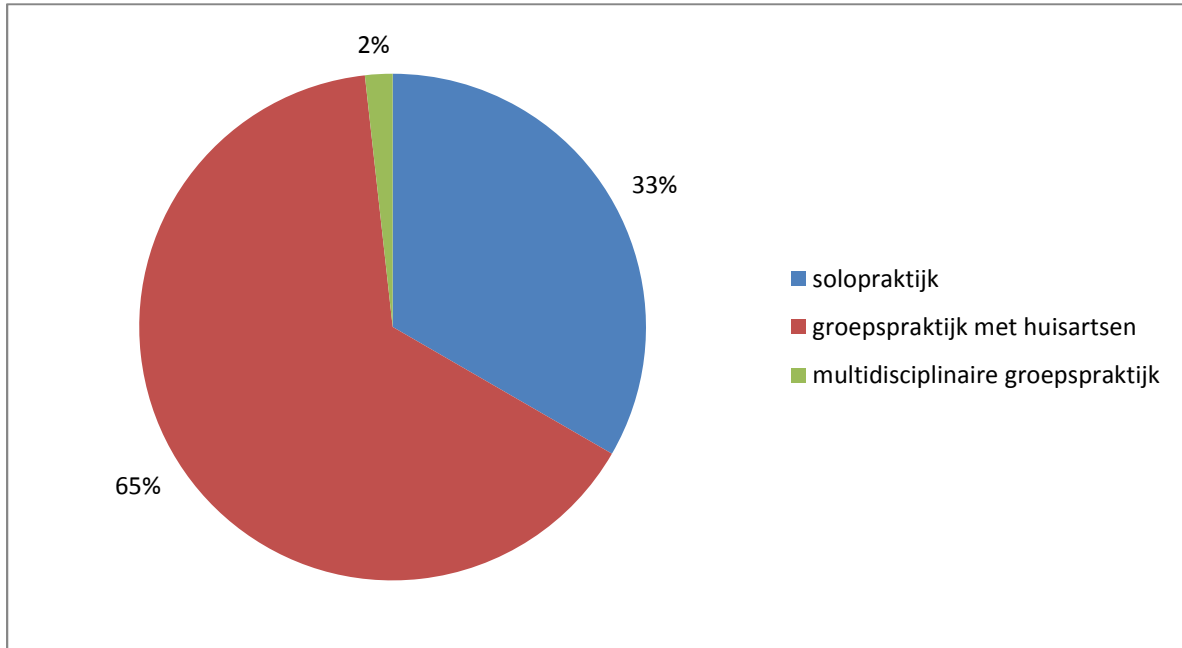
binnen het LMN West-Limburg. Iets meer dan een derde van de artsen die deelnamen aan het onderzoek was jonger dan 40 jaar (35.1%), eenzelfde aantal artsen was tussen 40 en 55 jaar (35.1%) en iets minder dan een derde artsen was ouder dan 55 jaar (29.8%). In de groep artsen jonger dan 55 jaar namen meer vrouwelijke dan mannelijke artsen deel, daarentegen in de groep artsen ouder dan 55 jaar waren er enkel mannelijke artsen [$\chi^2_{(2)}=15.649, p<0.01$].



Tabel 1. Geslacht*Leeftijd Crosstabulation.

			Leeftijd			Total
			< 40 jaar	40-55 jaar	> 55 jaar	
Geslacht	Man	Count	8	10	17	35
		% within geslacht	22.9%	28.6%	48.6%	100.0%
		% within leeftijd	40.0%	50.0%	100.0%	61.4%
		% of total	14.0%	17.5%	29.8%	61.4%
	Vrouw	Count	12	10	0	22
		% within geslacht	54.5%	45.5%	.0%	100.0%
		% within leeftijd	60.0%	50.0%	.0%	38.6%
		% of total	21.1%	17.5%	.0%	38.6%
Total		Count	20	20	17	57
		% within geslacht	35.1%	35.1%	29.8%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	35.1%	35.1%	29.8%	100.0%

Een derde van de huisartsen werkt in een solopraktijk, twee derde werkt in een groepspraktijk met andere huisartsen en 2% van de huisartsen werkt in een multidisciplinaire groepspraktijk. Artsen tussen de 40 en 55 jaar werken meestal in een solopraktijk, terwijl alle artsen jonger dan 40 jaar en de meeste artsen ouder dan 55 jaar in een groepspraktijk met huisartsen werken [$X^2_{(4)}=19.744$, $p<0.01$]. Er is geen significant verband tussen het type praktijk waarin de huisarts werkt en het geslacht van de huisarts.



Tabel 2. Praktijk*Leeftijd Crosstabulation.

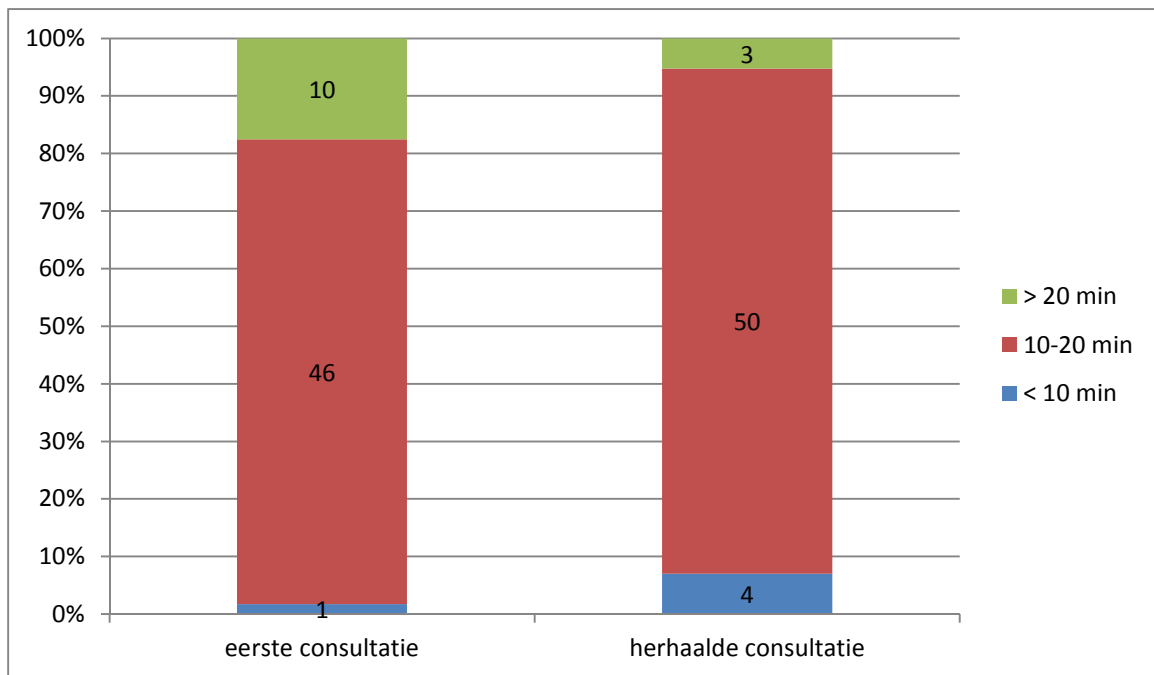
			Leeftijd			Total
			< 40 jaar	40-55 jaar	> 55 jaar	
Praktijk	Solopraktijk	Count	0	12	7	19
		% within praktijk	.0%	63.2%	36.8%	100.0%
		% within leeftijd	.0%	60.0%	41.2%	33.3%
		% of total	.0%	21.1%	12.3%	33.3%
	Groepspraktijk met huisartsen	Count	20	7	10	37
		% within praktijk	54.1%	18.9%	27.0%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	35.0%	58.8%	64.9%
		% of total	35.1%	12.3%	17.5%	64.9%
	Multidisciplinaire groepspraktijk	Count	0	1	0	1
		% within praktijk	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% within leeftijd	.0%	5.0%	.0%	1.8%
		% of total	.0%	1.8%	.0%	1.8%
Total		Count	20	20	17	57
		% within praktijk	35.1%	35.1%	29.8%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	35.1%	35.1%	29.8%	100.0%

Gangbare aanpak

1) Duurtijd van de consultatie

De meerderheid van de huisartsen (80.7%) besteedt 10 à 20 minuten tijd aan de eerste consultatie, 17.5% meer dan 20 minuten. Slechts één huisarts gaf aan minder dan 10 minuten te besteden aan de eerste consultatie (1.8%). De meerderheid van de huisartsen (87.7%) besteedt 10 à 20 minuten tijd aan een herhaalde consultatie, 5.3% meer dan 20 minuten en 7.0% minder dan 10 minuten. Er is geen significant verband tussen de tijd die huisartsen besteden aan een eerste of herhaalde consultatie en het geslacht of de leeftijd van de huisarts. Er is ook geen verband tussen de tijd die de huisarts besteedt aan een eerste consultatie en het type praktijk waarin de huisarts werkt. Dit verband is er wel bij een herhaalde consultatie [$\chi^2_{(4)}=30.320$, $p<0.01$]: Alle artsen die in een groepspraktijk met huisartsen werken, besteden aan een herhaalde consultatie 10 à 20 minuten. De

arts die in een multidisciplinaire praktijk werkt, neemt 20 minuten de tijd bij een herhaalde consultatie. Bij artsen die in een solopraktijk werken, varieert de tijd die ze aan een herhaalde consultatie besteden het meest. De meerderheid van deze artsen neemt 10 à 20 minuten de tijd, een vijfde neemt minder dan 10 minuten de tijd en een tiende neemt meer dan 20 minuten de tijd. Alle vier de artsen die aan een herhaalde consultatie minder dan 10 minuten tijd besteden, werken in een solopraktijk. Er is eveneens een significant verband tussen de tijd die men besteedt aan een eerste en een herhaalde consultatie [$\chi^2_{(4)}=28.547, p<0.01$].



Tabel 3. Herhaalde consultatie*Type praktijk Crosstabulation.

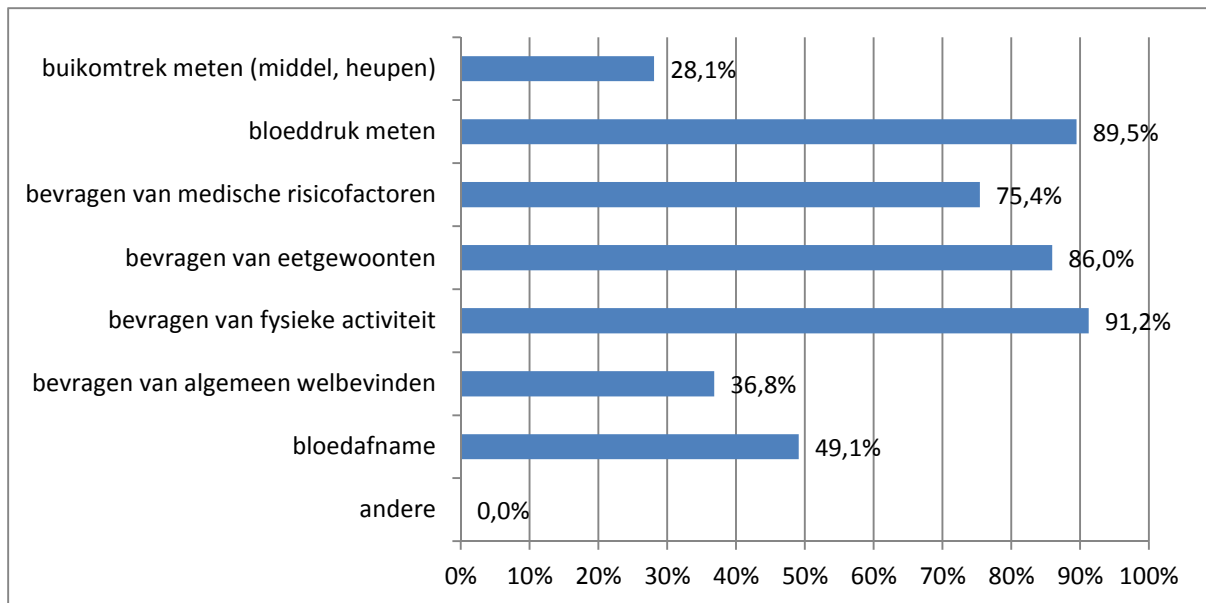
			Herhaalde consultatie			Total
			< 10 min	10-20 min	> 20 min	
Praktijk	Solopraktijk	Count	4	13	2	19
		% within praktijk	21.1%	68.4%	10.5%	100.0%
		% within consultatie	100.0%	26.0%	66.7%	33.3%
		% of total	7.0%	22.8%	3.5%	33.3%
	Groepspraktijk met huisartsen	Count	0	37	0	37
		% within praktijk	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% within consultatie	.0%	74.0%	.0%	64.9%
		% of total	.0%	64.9%	.0%	64.9%
	Multidisciplinaire groepspraktijk	Count	0	0	1	1
		% within praktijk	.0%	.0%	100.0%	100.0%
		% within consultatie	.0%	.0%	33.3%	1.8%
		% of total	.0%	.0%	1.8%	1.8%
Total		Count	4	50	3	57
		% within praktijk	7.0%	87.7%	5.3%	100.0%
		% within consultatie	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	7.0%	87.7%	5.3%	100.0%

Tabel 4. Herhaalde consultatie*Eerste consultatie Crosstabulation.

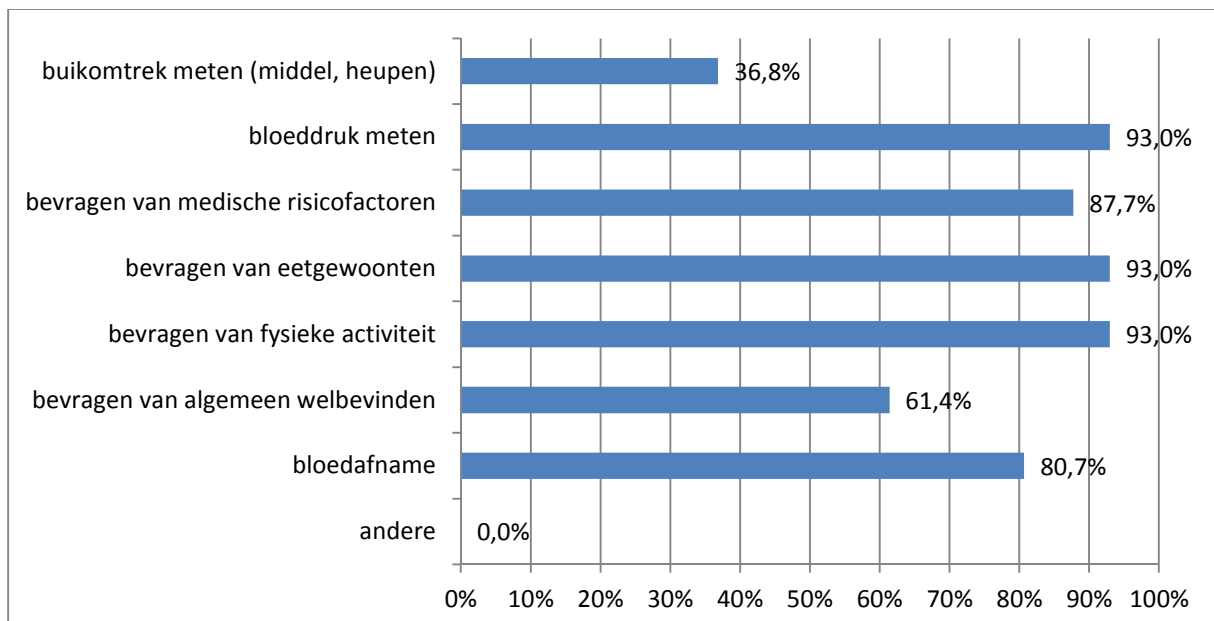
			Herhaalde consultatie			Total
			< 10 min	10-20 min	> 20 min	
Eerste consultatie	< 10 min	Count	1	0	0	1
		% within eerste	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within herhaalde	25.0%	.0%	.0%	1.8%
		% of total	1.8%	.0%	.0%	1.8%
	10-20 min	Count	3	43	0	46
		% within eerste	6.5%	93.5%	.0%	100.0%
		% within herhaalde	75.0%	86.0%	.0%	80.7%
		% of total	5.3%	75.4%	.0%	80.7%
	> 20 min	Count	0	7	3	10
		% within eerste	.0%	70.0%	30.0%	100.0%
		% within herhaalde	.0%	14.0%	100.0%	17.5%
		% of total	.0%	12.3%	5.3%	17.5%
Total		Count	4	50	3	57
		% within eerste	7.0%	87.7%	5.3%	100.0%
		% within herhaalde	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	7.0%	87.7%	5.3%	100.0%

2) Inhoud van de consultatie

Bij de meeste huisartsen behoort het meten van de bloeddruk (89%), het bevragen van de fysieke activiteit (91%) en eetgewoonten (86%) tot de routinescreening bij patiënten met overgewicht (BMI 25-30). Ook het bevragen van medische risicofactoren behoort bij zeven tot acht op tien huisartsen tot de routinescreening bij overgewicht (75%). De helft van de huisartsen (49%) doet standaard een bloedafname. Het meten van de buikomtrek (28%) en het bevragen van het welbevinden (37%) behoort bij minder huisartsen tot de routinescreening bij overgewicht.



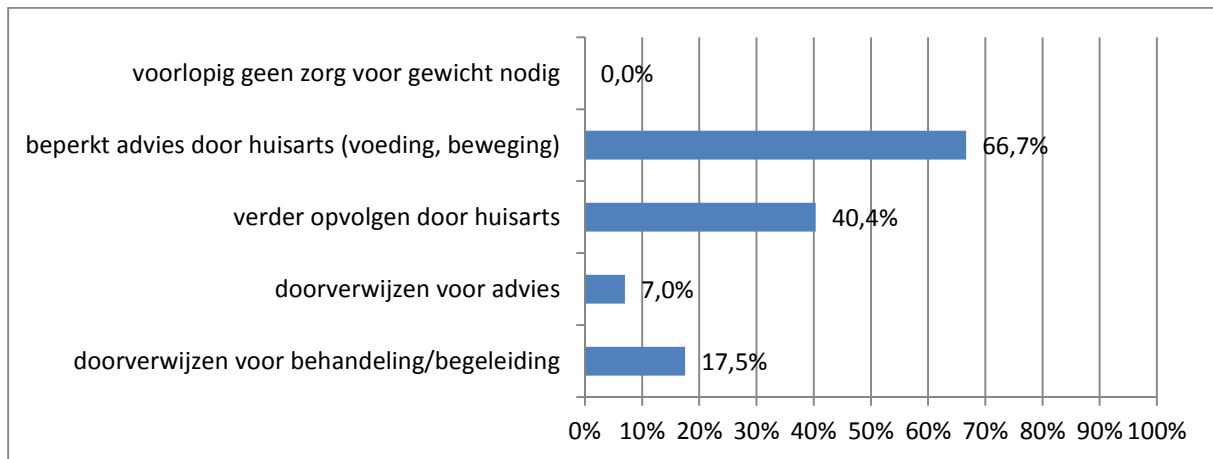
Voor de routinescreening bij patiënten met obesitas (BMI > 30) zien we opnieuw dat het meten van de bloeddruk (93%), het bevragen van de fysieke activiteit (93%) en eetgewoonten (93%) bij de meeste huisartsen wordt toegepast. Het bevragen van medische risicofactoren wordt nu door bijna negen op tien huisartsen standaard toegepast (87%). Ook doen meer huisartsen standaard een bloedafname (81%). Ruim een derde van de huisartsen meet de buikomtrek (37%) en bijna twee derde bevrage het welbevinden (61%) bij de screening van obesitas.



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 (82.5%) zou Dirk zelf beperkt advies geven (66.7%) en/of verder opvolgen (40.4%). Een vierde van de huisartsen (25%) zou (ook) doorverwijzen voor advies of behandeling, voornamelijk naar een diëtist (12 van de 14 huisartsen). Andere huisartsen verwijzen door naar een medisch specialist (3 van de 14, naar een endocrinoloog of voorschrijven van CPAP) of een bewegingsdeskundige of kinesist (1 van de 14). Geen enkele huisarts is van mening dat er bij Dirk voorlopig geen zorg voor gewicht nodig is.

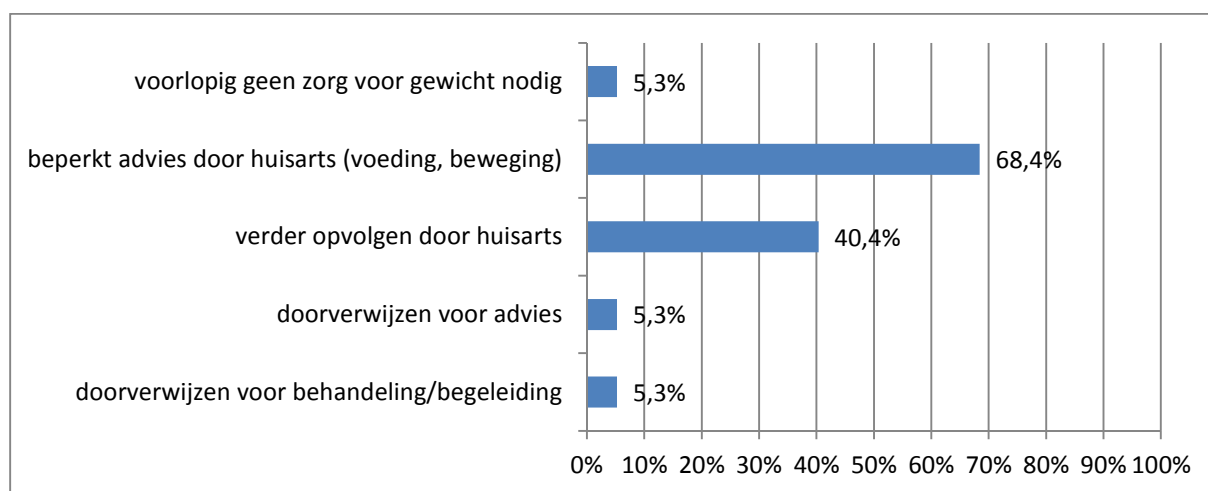


Tabel 5. Volgende stap van huisarts bij casus 1.

Geen zorg voor gewicht nodig	Huisarts			Doorverwijzen		
0 (0.0%)	47 (82.5%)			14 (24.6%)		
	<i>advies</i>	<i>opvolgen</i>		<i>advies</i>	<i>behandeling</i>	
	38 (66.7%)	23 (40.4%)		4 (7.0%)	10 (17.5%)	
	<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel opvolgen</i>	<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel behandeling</i>
	24 (42.1%)	14 (24.6%)	9 (15.8%)	4 (7.0%)	0 (0.0%)	10 (17.5%)

“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.”

De meeste huisartsen (86.0%) zouden Willem zelf beperkt advies geven (68.4%) en/of verder opvolgen (40.4%). Een op tien huisartsen (8.7%) zou (ook) doorverwijzen voor advies en/of behandeling meer bepaald naar een diëtist, een medisch specialist (cardioloog) en/of een bewegingsdeskundige of kinesist. Drie huisartsen(5.5%) zijn van mening dat Willem voorlopig geen zorg voor gewicht nodig heeft.

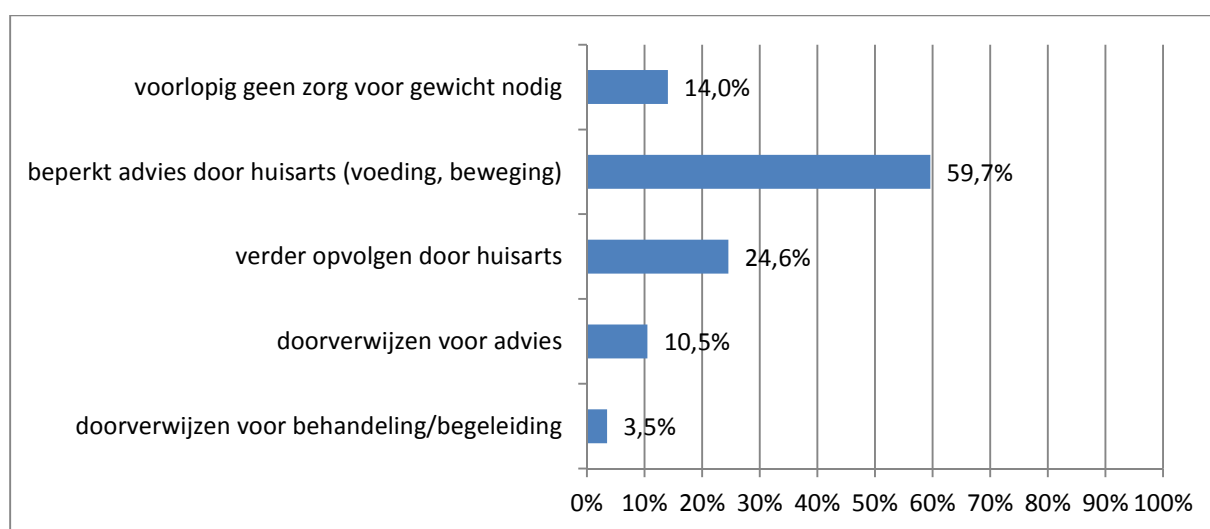


Tabel 6. Volgende stap van huisarts bij casus 2.

Geen zorg voor gewicht nodig	Huisarts			Doorverwijzen		
	3 (5.5%)	49 (86.0%)			5 (8.7%)	
	<i>advies</i>	<i>opvolgen</i>		<i>advies</i>	<i>behandeling</i>	
	39 (68.4%)	23 (40.4%)		3 (5.3%)	3 (5.3%)	
	<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel opvolgen</i>	<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel behandeling</i>
	26 (45.6%)	13 (22.8%)	10 (17.5%)	2 (3.5%)	1 (1.8%)	2 (3.5%)

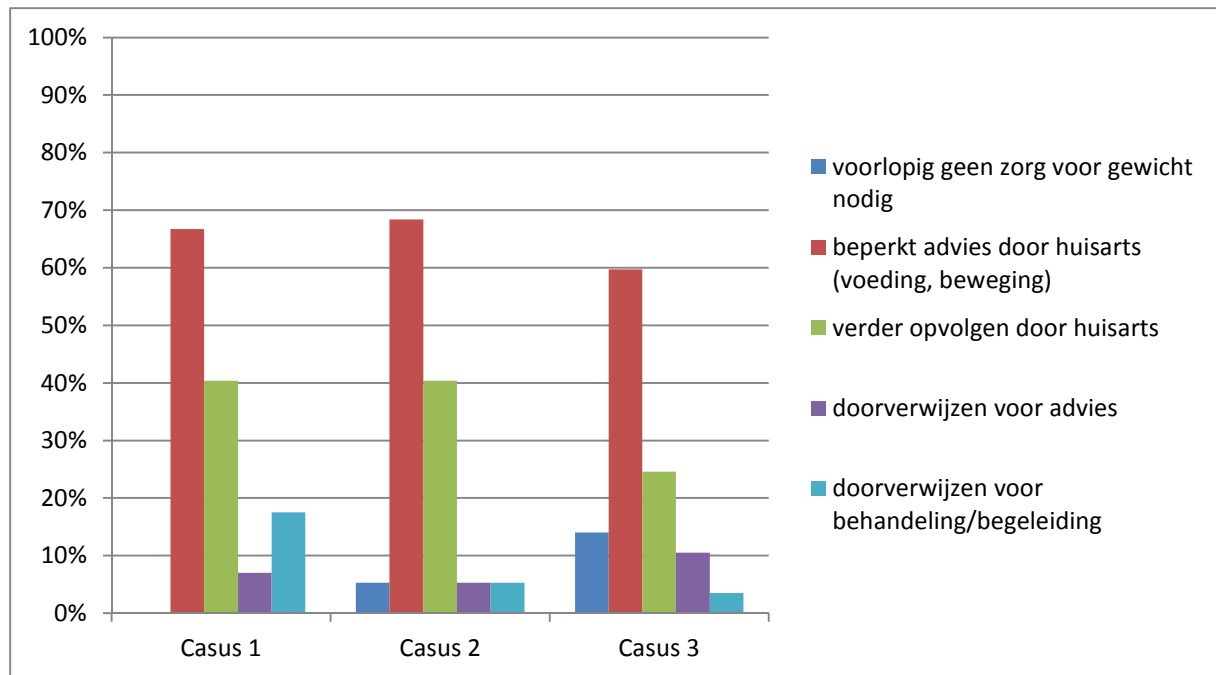
“Annabel, 24-jarige nachtverpleegster vindt zichzelf te dik (BMI 26) en voelt zich al een poos snel moe, gespannen en prikkelbaar met een wisselende stemming. Ze vraagt een bloedonderzoek.”

Zeven à acht op tien huisartsen (75.4%) zou Annabel zelf beperkt advies geven (59.7%) en/of verder opvolgen (24.6%). Een op tien huisartsen (11.3%) zou (ook) doorverwijzen naar een andere discipline voor advies of behandeling, voornamelijk naar een diëtist (7 van de 8 huisartsen) en/of een psycholoog (3 van de 8 huisartsen). Acht huisartsen (14%) zijn van mening dat Annabel voorlopig geen zorg voor gewicht nodig heeft. Twee van deze huisartsen zouden wel beperkt advies geven op vlak van voeding en beweging of haar verder opvolgen.



Tabel 7. Volgende stap van huisarts bij casus 3.

Geen zorg voor gewicht nodig		Huisarts			Doorverwijzen		
8 (14.0%)		43 (75.4%)			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>	
6 (10.5%)	2 (3.5%)	34 (59.7%)	14 (24.6%)		6 (10.5%)	2 (3.5%)	
		<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel opvolgen</i>	<i>enkel advies</i>	<i>beide</i>	<i>enkel behandeling</i>
		29 (50.9%)	5 (8.8%)	9 (15.8%)	6 (10.5%)	0 (0.0%)	2 (3.5%)



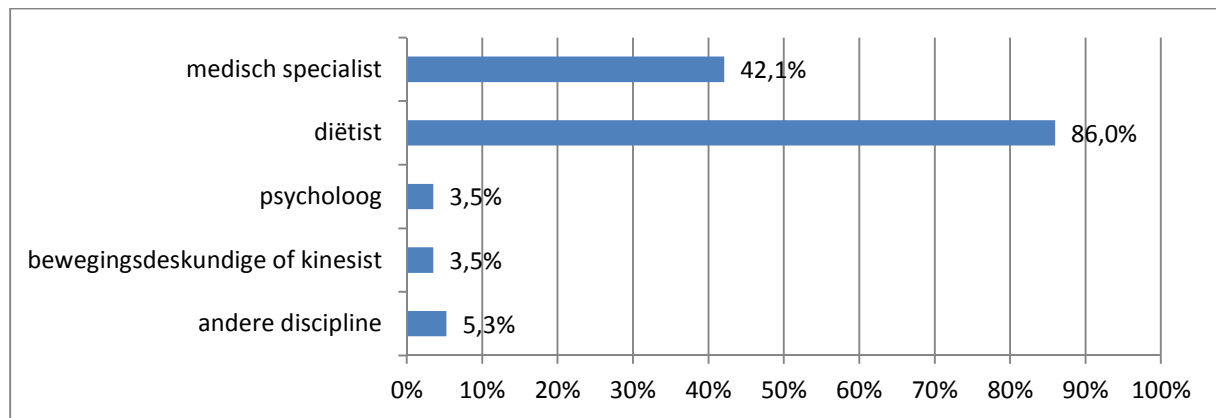
4) Verwijzing / samenwerking

Voor de aanpak van ernstige gewichtsproblemen wordt vooral samengewerkt met een diëtist (86%). De meerderheid van de huisartsen werkt met deze discipline samen, ongeacht het type praktijk waarin de huisarts werkzaam is. Bij huisartsen die werken in een (al dan niet multidisciplinaire) groepspraktijk is dit verwijsgedrag nog meer uitgesproken dan bij huisartsen die werken in een solopraktijk [$X^2_{(2)}=7.978, p<.05$]. Huisartsen die 10 à 20 minuten de tijd nemen voor een eerste of een herhaalde consultatie, werken vaker samen met een diëtist dan huisartsen die meer of minder tijd nemen [$X^2_{(2)}=6.838, p<.05$].

Vier op de tien huisartsen werkt meestal ook samen met een medisch specialist (42%), voornamelijk met een endocrinoloog en in mindere mate met een abdominale chirurg.

Een zeer beperkt aantal huisartsen werkt meestal met een psycholoog (3.5%), een bewegingsdeskundige of kinesist (3.5%) of een obesitaskliniek (andere discipline, 5%). Huisartsen die meer tijd nemen voor een eerste en/of herhaalde consultatie, werken vaker samen met een psycholoog [$X^2_{(2)}=8.363, p<.05$, herhaalde consultatie] en/of bewegingsdeskundige of kinesist [$X^2_{(2)}=9.742, p<.01$, eerste consultatie; $X^2_{(2)}=37.309, p<.01$, herhaalde consultatie]. Er werd ook een verband gevonden met het type praktijk waarin de huisarts werkt: Van de twee huisartsen die samenwerken met een bewegingsdeskundige of kinesist, werkt één in een solopraktijk en één in een

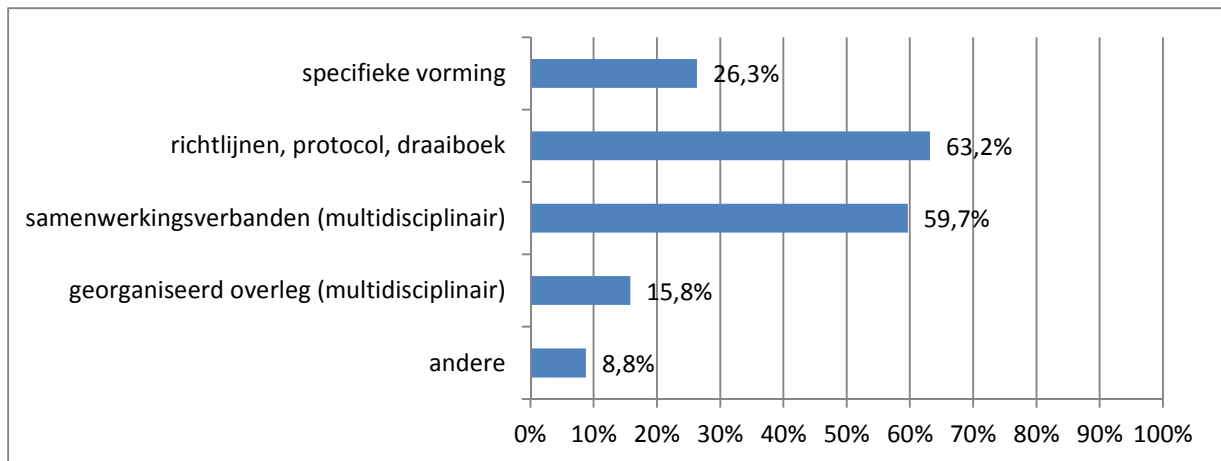
multidisciplinaire praktijk. Geen van de huisartsen die in een groepspraktijk met huisartsen werkt, werkt meestal met deze discipline samen [$X^2_{(2)}=29.018, p<.01$].



De meerderheid van de huisartsen laat de patiënt zelf een diëtist kiezen (73%), een vierde van de huisartsen werkt samen met een vaste diëtist (27%). Beide huisartsen die meestal samenwerken met een psycholoog laten de keuze van de psycholoog aan de patiënt over.

Noden van huisartsen

De meeste huisartsen hebben nood aan een draaiboek (63.2%) en samenwerkingsverbanden met andere disciplines (59.7%). Sommige huisartsen hebben nood aan specifieke vorming (26.3%) of georganiseerd overleg (15.8%). Andere noden (8.8%) zijn specifieke organisatorische eerstelijns-kaders (secretariaat, administratie,...), gemotiveerde patiënten en “dat iedereen op de hoogte is van de correcte voedingsmaatregelen en zich niet enkel baseert op de voedingsdriehoek die hopeloos verouderd is en niet wetenschappelijk verantwoord is (wel economisch onderbouwd vanuit de landbouw(overschotten))”.



Oudere artsen (> 40 jaar) hebben meer nood aan georganiseerd overleg dan jongere artsen [$\chi^2_{(2)}=6.389$, $p<0.05$]. Er werden geen andere significante verbanden gevonden tussen noden en leeftijd.

Naarmate huisartsen meer tijd besteden aan een herhaalde consultatie, hebben ze meer nood aan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden [$\chi^2_{(2)}=8.057$, $p<0.05$]: geen van de huisartsen die minder dan 10 minuten besteedt aan een herhaalde consultatie rapporteert deze nood, de meeste (62%) huisartsen die 10 à 20 minuten besteden aan een herhaalde consultatie en alle huisartsen die meer dan 20 minuten besteden aan een herhaalde consultatie rapporteren deze nood. Er werden geen andere significante verbanden gevonden tussen de tijd van een herhaalde consultatie en de noden van huisartsen.

Er zijn geen significante verbanden tussen de noden van de huisarts en het geslacht, het type van praktijk of de duur van de eerste consultatie.

Tabel 8. Noden*Leeftijd Crosstabulation.

			Leeftijd			Total
			< 40 jaar	40-55 jaar	> 55 jaar	
Georganiseerd overleg	Ja	Count	0	4	5	9
		% within overleg	.0%	44.4%	55.6%	100.0%
		% within leeftijd	.0%	20.0%	29.4%	15.8%
		% of total	.0%	7.0%	8.8%	15.8%
	Nee	Count	20	16	12	48
		% within overleg	41.7%	33.3%	25.0%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	80.0%	70.6%	84.2%
		% of total	35.1%	28.1%	21.1%	84.2%
Total		Count	20	20	17	57
		% within overleg	35.1%	35.1%	29.8%	100.0%
		% within leeftijd	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	35.1%	35.1%	29.8%	100.0%

Tabel 9. Noden*Herhaalde consultatie Crosstabulation.

			Herhaalde consultatie			Total
			< 10 min	10-20 min	> 20 min	
Samenwerkingsverbanden (multidisciplinair)	Ja	Count	0	31	3	34
		% within samenw.	.0%	91.2%	8.8%	100.0%
		% within consultatie	.0%	62.0%	100.0%	59.6%
		% of Total	.0%	54.4%	5.3%	59.6%
	Nee	Count	4	19	0	23
		% within samenw.	17.4%	82.6%	.0%	100.0%
		% within consultatie	100.0%	38.0%	.0%	40.4%
		% of Total	7.0%	33.3%	.0%	40.4%
Total		Count	4	50	3	57
		% within samenw.	7.0%	87.7%	5.3%	100.0%
		% within consultatie	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of total	7.0%	87.7%	5.3%	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.

Er was een goede responsratio: van de 77 artsen die uitgenodigd was om deel te nemen aan de bevraging, namen er 57 aan het onderzoek deel (74%), wat de helft representeert van de huisartsen binnen het LMN West-Limburg. Zowel mannen als vrouwen (respectievelijk 61% vs. 39%) en alle drie de leeftijdscategorieën (35% jonger dan 40 jaar, 35% tussen 40 en 55 jaar en 30% ouder dan 55 jaar) waren goed vertegenwoordigd in het onderzoek. Bij de jongere artsen (< 55 jaar) namen meer vrouwen deel, bij de oudere artsen (> 55 jaar) waren er enkel mannen. De meeste artsen werken in een groepspraktijk met andere huisartsen. Een derde van de huisartsen werkt in een solopraktijk, dit waren allen artsen ouder dan 40 jaar. Slechts één van de artsen die deelnam aan het onderzoek werkt in een multidisciplinaire groepspraktijk.

Zo goed als alle huisartsen besteden minstens 10 minuten aan een eerste consultatie. Bij een eerste consultatie neemt bijna 1 op 5 huisartsen meer dan 20 minuten de tijd, bij een herhaalde consultatie is dit 1 op 20. Er is een verband tussen het type praktijk waarin de arts werkt en de tijd die de arts neemt voor een herhaalde consultatie, waarbij artsen die deel uitmaken van een (al dan niet multidisciplinaire) groepspraktijk geneigd zijn meer tijd te besteden aan een herhaalde consultatie. Bij artsen die in een solopraktijk werken, varieert de tijd voor een herhaald consult het sterkst tussen artsen.

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). Ook een bloedafname gebeurt bij veel huisartsen standaard, zeker in het geval van obesitas (80% vs. 50% bij overgewicht). Nog geen derde van de huisartsen (28%) meet standaard de buikomtrek bij patiënten met overgewicht, bij patiënten met obesitas neemt dit percentage slechts in lichte mate toe (37%). Gezien deze meting wordt aanbevolen in richtlijnen voor de aanpak van overgewicht door huisartsen (BASO consensus; DomusMedica, 2006; Huisartsendraaiboek Eetexpert, 2013) omdat het een onafhankelijke risicofactor is voor ziekte, bovenop BMI, zouden we dit percentage hoger verwachten. Het bevragen van het welbevinden behoort dan weer bij meer 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 door de meeste huisartsen samengewerkt met een diëtist (86%). Vier op de tien huisartsen werkt meestal ook samen met een medisch specialist. Het gaat daarbij voornamelijk om vaste samenwerking met een endocrinoloog en in mindere mate met een abdominale chirurg. Slechts een heel beperkt aantal huisartsen werkt vaak samen met een psycholoog, bewegingsdeskundige/kinesist of een andere discipline. Uit de analyses blijkt ook dat huisartsen die meer tijd nemen voor een eerste of een herhaalde consultatie vaker doorverwijzen naar een andere discipline.

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

Om de eerstelijnszorg voor gewichtsproblemen te verbeteren is het sterk aan te raden om het huisartsen**draaiboek** voor de aanpak van overgewicht bij volwassenen dat dit jaar ontwikkeld werd door Eetexpert.be vzw bekend te maken, aangezien een ruime meerderheid van de huisartsen (63%) de nood aan richtlijnen, een protocol of draaiboek rapporteren. Dit draaiboek is gebaseerd op recente richtlijnen en wetenschappelijke inzichten, waarbij ook de link wordt gemaakt met de draaiboeken ontwikkeld voor diëtisten en psychologen, waardoor multidisciplinaire samenwerking wordt gestimuleerd. Belangrijk zal zijn ook een draaiboek voor de aanpak bij kinderen met overgewicht te ontwikkelen.

Ruim de helft van de huisartsen brengt hun nood aan **meer samenwerking tussen disciplines**. Opvallend is dat naarmate huisartsen meer tijd besteden aan een herhaalde consultatie, ze meer nood hebben aan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Anderzijds zien we ook dat de artsen die meer tijd nemen voor een herhaalde consultatie ook vaker doorverwijzen naar andere disciplines. Er is dus een verband tussen de tijd die de huisarts neemt voor de individuele consultatie met de patiënt en de nood aan en mate van samenwerking met andere disciplines. Dit is bijzonder aangezien men zou kunnen vermoeden dat artsen die zelf weinig tijd hebben of nemen voor een uitgebreide consultatie de patiënt misschien sneller zouden doorverwijzen naar een andere discipline. We zien hier echter het tegenovergestelde gebeuren. Mogelijk komt in een uitgebreide consultatie meer informatie naar voor op basis waarvan de huisarts de inbreng van andere disciplines nodig acht. Om samenwerking tussen disciplines te bevorderen is het mogelijk van belang om ervoor te zorgen dat

de huisarts ook voldoende tijd kan nemen voor de individuele consultatie. Samenwerking bevorderen ten koste van individueel patiëntencontact is mogelijk contraproductief. Uit de bevraging bleek daarnaast dat huisartsen voornamelijk hun weg vinden naar diëtisten en medisch specialisten bij de aanpak van overgewicht en obesitas. Kennismaking met de verschillende hulpverleners en hun mogelijke bijdrage aan de problematiek lijkt dus eveneens een belangrijke stap in het bevorderen van de multidisciplinaire samenwerking. Zowel vanuit het LMN West-Limburg als vanuit Eetexpert worden inspanningen gedaan om een netwerkboek/sociale kaart op te stellen voor de regio, waarbij een inventarisatie wordt gemaakt van de zorgverstrekkers betrokken bij de problematiek van overgewicht en obesitas. Ook het voorzien van een gezamenlijk dossier of gemakkelijke gegevensuitwisseling is daarbij belangrijk.

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. 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** (16%). Vooral oudere artsen (>40 jaar) rapporteren deze nood. 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.

Meer info: An Vandeputte (projectcoördinatie) & Laura Debray (projectverantwoordelijke)

Eetexpert.be vzw

Bergstraat 60

3220 Holsbeek

info@eetexpert.be