



Huisartsenzorg bij overgewicht en obesitas

Samenvatting

Kloek CJJ, Tol J, Veenhof C, Van der Wulp I, Swinkels ICS. Huisartsenzorg bij overgewicht en obesitas. *Huisarts Wet* 2015;58(2):66-9.

Inleiding Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas. De NHG-Standaard Obesitas geeft de huisarts vrijheid in het uitvoeren van zijn of haar behandelbeleid bij deze doelgroep. Met dit onderzoek wilden we inzicht krijgen in het behandelbeleid van huisartsen bij patiënten met overgewicht en obesitas, en in de factoren, zoals persoonskenmerken of persoonlijke visie op dieet zorg, die gerelateerd zijn aan dit beleid.

Methoden In 2012 hebben we 800 huisartsen benaderd om een schriftelijke vragenlijst in te vullen. De vragen waren gebaseerd op de NHG-Standaard Obesitas. Door middel van beschrijvende statistiek en meervoudige lineaire regressieanalyses hebben we de factoren gerelateerd aan het bespreken van het gewicht en het verwijzingsbeleid voor voedings- en/of dieetadvies in kaart gebracht.

Resultaten Van de 307 respondenten (netto respons 39,0%) vond 82,9% het bevorderen van een gezond gewicht een belangrijk onderdeel van de huisartsenzorg. Huisartsen jonger dan 48 jaar brachten het gewicht minder vaak ter sprake bij zwaarlijvige patiënten dan hun oudere collega's. Daarnaast bespraken ze het gewicht minder vaak met patiënten met overgewicht of obesitas als er geen sprake was van een daaraan gerelateerde klacht. De huisartsen verwijzen bijna de helft van de patiënten met obesitas naar een professional, bij voorkeur een diëtist (98,3%). Huisartsen die frequent interdisciplinair contact met een diëtist hadden en huisartsen met een gezond gewicht stuurden hun patiënt met obesitas vaker door.

Beschouwing In het kader van de preventie van (ernstig) overgewicht vraagt het bespreken van gewicht en aan het gewicht gerelateerde onderwerpen bij patiënten met beginnend overgewicht vooral bij de jongere huisartsen om meer aandacht. Daarnaast blijken er tussen huisartsen verschillen te zijn in het verwijzingspercentage naar zorgverleners voor voedings- en/of dieetadvies.

INLEIDING

Het aantal volwassenen met overgewicht (BMI 25-30 kg/m²) en obesitas (BMI $\geq$ 30 kg/m²) is in de afgelopen dertig jaar in Nederland toegenomen van 33,4% tot 48,2%. Obesitas is gerelateerd aan diverse chronische ziekten, die tevens tot hoge zorgkosten leiden.¹ Huisartsen kunnen als poortwachter

van de Nederlandse gezondheidszorg een belangrijke rol spelen bij de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas. Hierbij kunnen zij de NHG-Standaard Obesitas als richtlijn gebruiken.

De NHG-Standaard Obesitas beschrijft wanneer diagnostiek, behandeling en doorverwijzing geïndiceerd zijn bij zwaarlijvige patiënten.² Diverse (internationale) onderzoeken hebben echter laten zien dat huisartsen slechts bij de helft van hun patiënten met obesitas die op het consult verschijnen het gewichtsprobleem bespreken of voorlichting geven.^{3,4} Bepaalde kenmerken van huisartsen, zoals leeftijd en het vertrouwen in effectieve dieet zorg, blijken gerelateerd te zijn aan de wijze waarop huisartsen zwaarlijvige patiënten behandelen.⁵ Ook het verwijzingsgedrag verschilt tussen huisartsen en hangt samen met de houding van huisartsen jegens andere zorgverleners,⁶ de mate van interdisciplinaire communicatie en de kosten van dieetadvies.⁷ Het is niet bekend hoe het behandelbeleid er in de Nederlandse praktijk uitziet. Wij wilden daarom factoren onderzoeken die zijn gerelateerd aan de behandeling van patiënten met overgewicht en obesitas. Meer inzicht in deze factoren kan bijdragen aan een verbetering van de zorg voor patiënten met overgewicht of obesitas.

METHODEN

Voor een uitgebreide beschrijving van de methode en de gebruikte vragenlijst verwijzen we naar het originele artikel.⁸

Vragenlijst

In december 2012 hebben we een schriftelijke vragenlijst gestuurd naar 800 huisartsen die zijn aangesloten bij de Landelijke Huisartsenregistratie van het NIVEL. De vragenlijst bestond uit 26 meerkeuzevragen, waarvan er 12 gebruikt zijn voor dit onderzoek. De vragen waren gebaseerd op de NHG-Standaard Obesitas. Negen onderzoekers en de Nederlandse Vereniging van Diëtisten hebben de vragenlijst getest en geëvalueerd.

Wat is bekend?

- De prevalentie van overgewicht en obesitas is hoog.

Wat is nieuw?

- De huisarts voelt zich verantwoordelijk voor de zorg voor patiënten met obesitas.
- Het bespreken van gewicht bij beginnende gewichtsproblematiek verdient in het kader van de preventie meer aandacht, vooral bij jonge huisartsen.
- Huisartsen verschillen in hun verwijzingsgedrag bij patiënten met overgewicht of obesitas. Huisartsen geven hierbij de voorkeur aan de diëtist.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: C.J.J. Kloek, onderzoeker; J. Tol, onderzoeker; dr. I.C.S. Swinkels, senior onderzoeker. UMC, Utrecht: prof.dr. C. Veenhof, hoogleraar fysiotherapiewetenschap. VUmc, Amsterdam: dr. I. van der Wulp, senior onderzoeker • Correspondentie: c.kloek@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Kloek CJJ, Tol J, Veenhof C, Van der Wulp I, Swinkels ICS. Dutch General Practitioners' weight management policy for overweight and obese patients. *BMC Obesity* 2014;1:2. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.



Foto: Luuk van der Lee Fotografie/Hollandse Hoogte

Statistische analyses

De gegevens hebben we geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma STATA, versie 12. Om inzicht te krijgen in het huidige behandelbeleid van Nederlandse huisartsen bij patiënten met overgewicht en obesitas hebben we gebruikgemaakt van beschrijvende statistiek. De antwoorden over de frequentie van het bespreken van het gewicht hebben we numeriek gecodeerd, zodat het mogelijk was om een somscore te berekenen. De somscore 'gewicht bespreken' liep van 7 tot 28 punten, waarbij een hogere score aangaf dat huisartsen het gewicht vaker met hun patiënten bespraken. Met behulp van lineaire regressieanalyses hebben we vervolgens onderzocht welke factoren gerelateerd waren aan het bespreken van het gewicht en het verwijzingspercentage van patiënten met overgewicht of obesitas. Aan de hand van univariate analyses hebben we getest in hoeverre geslacht, leeftijd, functie, BMI, visie op de eigen zorgtaken, perceptie ten aanzien van andere zorgverleners op het terrein van overgewicht en obesitas, de mate van contact tussen huisarts en diëtist, praktijkvorm en stedelijkheid gerelateerd waren aan het bespreken van gewicht en verwijzingsgedrag. Factoren met een significante associatie ($p < 0,15$) hebben we opgenomen in een multivariabele lineaire regressieanalyse. Bij deze analyse beschouwden we associaties met een p -waarde kleiner dan 0,05 als significant.

RESULTATEN

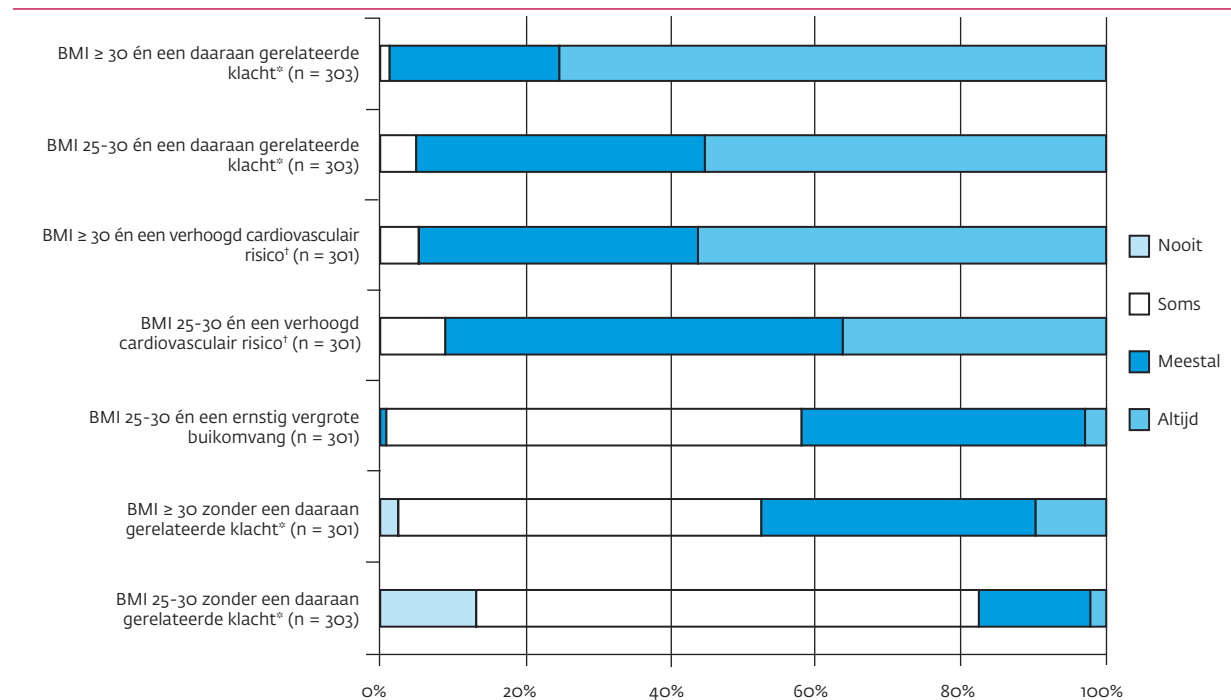
Profiel van de respondenten

Van de 800 verstuurde vragenlijsten hebben de aange-

schreven huisartsen er 12 blanco geretourneerd (1,5%) vanwege adreswijzigingen of ingegaan pensioen. Van de overgebleven 788 huisartsen hebben er 307 (netto respons: 39,0%) de vragenlijst ingevuld geretourneerd. De kenmerken van de respondenten verschilden niet significant van die van de non-respondenten. Bijna evenveel mannen (51,4%) als vrouwen (48,6%) hebben de vragenlijst ingevuld. Hun gemiddelde leeftijd was 48,3 jaar (sd 9,2) en de meeste huisartsen werkten als zelfstandig gevestigde. De meerderheid (51,5%) van de respondenten werkte in een stedelijk gebied.

Gewicht bespreken

De meerderheid van de huisartsen (82,9%) was het eens met de stelling dat het bevorderen van een gezond gewicht een belangrijk onderdeel van huisartsenzorg is. Daarnaast vonden bijna alle huisartsen (90,8%) dat zij patiënten met obesitas voorlichting moeten geven over hun gezondheidsrisico's. De invloed van geneesmiddelengebruik (21,5%), psychosociale problemen (32,3%) en omgevingsfactoren op het gewicht (35,5%) bespreken ze echter minder vaak. De **[figuur]** laat zien met welke frequentie huisartsen het gewicht ter sprake brengen in verschillende stadia van overgewicht en obesitas. Bij een lager BMI en/of afwezigheid van aan het gewicht gerelateerde klachten en/of risico's zijn de huisartsen minder snel geneigd het gewicht te bespreken. De gemiddelde score voor het bespreken van gewicht was 21,1 (sd 2,7). Huisartsen ouder dan 48 jaar ($0,06$; $p < 0,05$) en huisartsen die het bevorderen van een

Figuur Frequentie van gewicht bespreken tijdens het huisartsenconsult, bij verschillende patiëntengroepen

* Bijvoorbeeld artrose, diabetes mellitus type II.

† Bijvoorbeeld hart- en vaatziekten in de familie, hoge bloeddruk.

Tabel Factoren gerelateerd aan het verwijzpercentage van huisartsen naar een andere zorgverlener voor voedings- en/of dieetadvies (n = 248)

Variabele	Coëfficiënt (95%-BI)	p-waarde
BMI huisartsen		
■ < 25	Referentie	Referentie
■ ≥ 25	-11,6 (-19,5 tot -3,7)	< 0,01
Frequent contact met diëtist		
■ nee	Referentie	Referentie
■ ja	11,8 (4,2 tot 19,3)	< 0,01
Diëtist in praktijk/gebouw		
■ nee	Referentie	Referentie
■ ja	0,9 (-6,6 tot 8,5)	0,81
Visie over zorgtaken van de huisarts: taak van de huisarts		
Patiëntenvoorlichting over gezondheidsrisico's van obesitas		
■ (helemaal) niet mee eens	Referentie	Referentie
■ neutraal	17,5 (-8,9 tot 44,0)	0,19
■ (helemaal) mee eens	24,1 (4,2 tot 44,0)	0,02
Gewicht bespreken		
■ score 7-18	Referentie	Referentie
■ score 19-20	-4,7 (-16,1 tot 6,6)	0,41
■ score 21-22	0,1 (-10,6 tot 10,8)	0,98
■ score 23-28	10,5 (-0,5 tot 21,4)	0,06
Intercept	19,6 (-2,3 tot 41,5)	

gezond gewicht een belangrijk onderdeel van huisartsenzorg vonden (0,71; $p < 0,05$) waren eerder geneigd om het gewicht ter sprake te brengen.

Samenwerking met andere zorgverleners

De meeste huisartsen (83,7%) gaven aan dat er in hun praktijk/gebouw een of meer deskundigen op het gebied van voedings- en/of dieetadvies werken. Bijna de helft (46,0%) rapporteerde frequent contact te hebben met een diëtist. De meerderheid (98,3%) van de respondenten zag de diëtist als een (zeer) geschikte zorgverlener om dieetbehandeling te geven bij patiënten met obesitas. Bijna eenderde (32,8%) achtte zichzelf geschikt om een dieetbehandeling te geven. Het gemiddelde (door de huisarts gerapporteerde) verwijzpercentage van obesitaspatiënten naar een andere zorgverlener voor voedings- en/of dieetadvies was 47,7% (sd 27,8). De belangrijkste reden voor de huisarts om niet door te verwijzen naar een diëtist was een gebrek aan motivatie bij de patiënt (63,8%). De [tabel] laat de factoren zien die in de univariate analyses geassocieerd waren ($p < 0,15$) met het verwijzpercentage naar een andere zorgverlener voor voedings- en/of dieetadvies. Huisartsen die zelf overgewicht of obesitas hadden rapporteerden een lager verwijzpercentage voor voedings- en/of dieetadvies, vergeleken met huisartsen met een gezond gewicht. Huisartsen die frequent contact hadden met een diëtist en huisartsen die het hun taak achtten om patiënten met obesitas voor te lichten over ge-

zondheidsrisico's waren eerder geneigd om hun patiënten door te verwijzen voor voedings- en/of dieetadvies ($p < 0,05$).

BESCHOUWING

Wij hebben onderzocht wat de visie is van huisartsen ten aanzien van de preventie en behandeling van patiënten met overgewicht of obesitas. Daarnaast hebben we een aantal factoren in kaart gebracht die van invloed zijn op de wijze waarop huisartsen hierin de praktijk mee omgaan. De resultaten van dit onderzoek leiden tot een drietal belangrijke conclusies.

Allereerst is gebleken dat de meeste huisartsen (82,9%) het bevorderen van een gezond gewicht als een belangrijk onderdeel van de huisartsenzorg zien. De huisartsenzorg ten aanzien van overgewicht en obesitas blijkt echter in mindere mate gericht te zijn op primaire preventie. Dit bleek uit het feit dat huisartsen het gewicht minder vaak ter sprake brengen bij minder ernstige gewichtsproblematiek of bij afwezigheid van aan het gewicht gerelateerde klachten en/of risico's. Deze resultaten komen overeen met die van ander onderzoek.⁹ Als de huisarts de patiënt in een vroeg stadium van gewichtstoename aanspreekt op zijn of haar gewicht, kan dat echter bewustwording creëren, de eerste stap van gedragsverandering.¹⁰ Het is daarom belangrijk dat huisartsen zich hiervan bewust zijn. Ook het bespreken van de rol van geneesmiddelen, psychosociale problemen en omgevingsfactoren verdient hierbij aandacht.

De tweede belangrijke conclusie is dat bepaalde kenmerken van de huisarts, zoals leeftijd, BMI en het verantwoordelijkheidsgevoel voor overgewicht- en obesitaszorg, gerelateerd zijn aan het uiteindelijke behandelbeleid. Zo blijken jonge huisartsen het gewicht minder vaak te bespreken dan oudere huisartsen. Dit zou verklaard kunnen worden aan de hand van de resultaten van eerdere onderzoeken, waarbij jonge huisartsen een negatieve houding jegens patiënten met obesitas rapporteerden.⁵ Daarnaast bleek dat huisartsen die zelf een te hoog BMI hebben, hun patiënten minder vaak doorsturen voor voedings- en/of dieetgebied. Mogelijkerwijs geloven zwaardere huisartsen niet in een effectieve behandelvorm voor gewichtsproblematiek, maar dit punt verdient nog meer onderzoek.

Ten derde geven de onderzoeksresultaten diverse aanknopingspunten voor een verbetering van het verwijlsbeleid van huisartsen voor voedings- en/of dieetadvies. Huisartsen gaven aan de helft van de patiënten met obesitas door te verwijzen voor voedings- en/of dieetadvies. Dit percentage verschilde echter tussen huisartsen. Volgens de Zorgmodule Voeding zou dit percentage veel hoger kunnen liggen.¹¹ Huisartsen noemen het gebrek aan motivatie bij de patiënt als de belangrijkste reden om de patiënt niet door te verwijzen naar de diëtist. De huisarts kan een belangrijke rol spelen door ongemotiveerde patiënten te wijzen op het overgewicht en het gewicht vaker te bespreken.¹⁰ Ten slotte kunnen huisartsen en andere zorgver-

leners op voedings- en/of dieetgebied meer investeren in het onderlinge contact, bijvoorbeeld door het houden van interdisciplinair patiëntenoverleg.¹² Eerdere onderzoeken wezen op het bestaan van problemen in de interdisciplinaire communicatie tussen huisartsen en diëtisten.^{6,7} Dit onderzoek onderstreept het belang van frequent contact, aangezien de aanwezigheid van een diëtist in hetzelfde gebouw geen reden voor extra verwijzingen bleek te zijn, maar frequent contact met de diëtist wel.

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen dat van invloed kan zijn op de interpretatie van de resultaten. Zo baseren we ons op verwijspercentages die de huisarts zelf heeft gerapporteerd. In de toekomst wordt het mogelijk om vervolgonderzoek uit te voeren met objectieve gegevens die afkomstig zijn van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn.¹³

CONCLUSIE

Al met al blijkt dat huisartsen zich verantwoordelijk voelen voor overgewicht- en obesitas bij hun patiënten. Met het oog op preventie verdient het bespreken van beginnend overgewicht echter meer aandacht, vooral bij de jongere huisartsen. Daarnaast moet er meer aandacht komen voor het wisselend verwijlsbeleid voor voedings- en/of dieetadvies. De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om meer consistentie te krijgen in het overgewicht- en obesitasbeleid van huisartsen. ■

LITERATUUR

- 1 RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Bilthoven: RIVM, 2014. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht>.
- 2 Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteven R, Cleyndert GA, et al. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010;53:609-25.
- 3 Galuska DA, Will JC, Serdula MK, Ford ES. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? JAMA 1999;282:1576-8.
- 4 Tham M, Young D. The role of the general practitioner in weight management in primary care – a cross sectional study in General Practice. BMC Fam Pract 2008;9:66.
- 5 Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. Obesity 2009;17:1710-6.
- 6 Mathus-Vliegen EMH. De 'ideale diëtist' is flexibel en toegankelijk. Huisarts Diëtist 2006;61:142-7.
- 7 Pomeroy SEM, Worsley A. Enhancing the dietary management of general practice patients through collaborative care: perspectives of general practitioners and dietitians. Nutrition Dietetics 2009;66:81-6.
- 8 Kloek CJ, Veenhof C, Van der Wulp I, Swinkels ICS. Dutch General Practitioners' weight management policy for overweight and obese patients. BMC Obesity 2014;1:2.
- 9 Smith AW, Borowski LA, Liu B, Galuska DA, Signore C, Klabunde C, et al. US primary care physicians' diet-, physical activity-, and weight-related care of adult patients. Am J Prev Med 2011;41:33-42.
- 10 Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am psychol 1992;47:1102-14.
- 11 Zorgmodule Voeding. http://www.nationaalkompas.nl/object_binary/o19464_Zorgmodule-Voeding-2012.pdf.
- 12 Mitchell LJ, MacDonald-Wicks L, Capra S. Increasing dietetic referrals: perceptions of general practitioners, practice nurses and dietitians. Nutrition Dietetics 2012, 69:32-38.
- 13 Tomita MR, Tsai BM, Fisher NM, Kumar NA, Wilding G, Stanton K, et al. Effects of multidisciplinary internet-based program on management of heart failure. J Multidiscip Healthc 2008;2009:13-21.