



Wat zijn de attitudes en behandelgewoonten van huisartsen ten aanzien van patiënten met obesitas?

Referentie

Schwenke M, Luppa M, Pabst A, et al. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Fam Pract* 2020;21:169. DOI: 10.1186/s12875-020-01239-1

Duiding

Louise Joly, médecin généraliste, ULiège

De prevalentie van obesitas, gedefinieerd als een BMI ≥ 30 , bedraagt 21% in België (1). Wij legden eerder al de nadruk op het belang van de aanpak van obesitas in de eerste lijn. Gewichtsverlies maakt namelijk integraal deel uit van de behandeling van onder meer coronaire ischemie, erectiele dysfunctie, slaapapnoesyndroom, hypertensie, type 2-diabetes en gonartrose (2-15).

De huisarts vormt als eerste aanspreekpunt een cruciale schakel in de longitudinale opvolging van patiënten met obesitas (16). De kwaliteit van de arts-patiëntrelatie is hierin de hoeksteen (16). Nochtans wordt de stigmatisering van mensen met obesitas door zorgpersoneel steeds vaker aan de kaak gesteld (17). Deze nieuwe beschrijvende studie wilde nagaan in hoeverre dit fenomeen ook heerst bij huisartsen en verkent hun attitudes en behandelgewoonten ten aanzien van patiënten met obesitas.

Deze transversale studie, uitgevoerd in Duitsland, maakte gebruik van gegevens van de INTERACT-studie, een RCT die een korte procedure met 5 adviezen onderzocht (openen van de dialoog, nagaan van comorbiditeiten, vastleggen van mogelijke behandelingsopties, bepalen van doelstellingen voor gewichtsverlies en opvolgen van de patiënt tijdens het behandelingsproces) voor de behandeling van obesitas in de huisartspraktijk.

De huisartsen werden gerekruteerd via een professioneel netwerk verbonden aan een instituut voor volksgezondheid en uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen. De vragen peilden naar stigmatiserende attitudes via een objectieve schaal ('fat phobia scale', FPS), naar het sociaal-demografische profiel van de respondent, de klinische activiteit, de gepercipieerde oorzaken van obesitas, de kennis over obesitas en de verwijsgewoonten naar andere zorgverleners (diëtiste, chirurg, enzovoort). De subjectieve kennis over obesitas werd beoordeeld aan de hand van een 5-punts Likertschaal, gaande van 'geen kennis' tot 'uitstekende kennis'. Voorts moesten de huisartsen de medische zorgverlening aan patiënten met obesitas evalueren op een schaal gaande van 'slecht' (score 0) tot 'uitstekend' (score 100). De auteurs gingen vervolgens na of er verbanden konden worden gelegd tussen deze variabelen.

Van de 262 gecontacteerde huisartsen namen er 47 deel aan de enquête; ze werkten in verschillende soorten praktijken (gemiddelde leeftijd 48,5 jaar en 59,6% vrouwen). De BMI varieerde van 18,14 kg/m² tot 31,80 kg/m². Bijna twee derde van de huisartsen had een normaal gewicht (BMI van 18,6 tot 24,9 kg/m²) en bijna een derde had overgewicht (BMI van 25,0 tot 29,9 kg/m²), 1 had ondergewicht en 3 hadden obesitas (BMI >30 kg/m²). Driekwart van de ondervraagde artsen vond dat ze een goede kennis van obesitas hadden. Ze verklaarden maandelijks een derde van hun patiënten met overgewicht (BMI ≥ 25) in de praktijk te zien en gemiddeld 28 patiënten met obesitas per jaar door te verwijzen naar andere zorgverleners (diëtisten en centra voor obesitasbehandeling). Van de steekproef vond 87% van de artsen dat zij het risico van obesitas en comorbiditeiten nagingen en advies gaven over lichaamsbeweging en verandering van eetgewoonten.

Aan de kwaliteit van de medische zorgverlening voor obesitaspatiënten in Duitsland gaven de huisartsen in de studie een score van 47 op 100. Er werd hen ook gevraagd naar de oorzaken van obesitas: de hoogste scores (mediaan van 5; zeer significant) werden gegeven aan 'hoge calorie-inname', 'gebrek aan lichaamsbeweging' en 'te veel eten'; oorzaken die als belangrijk werden beschouwd (mediaan van 4) waren 'sociale omgeving', 'weinig wilskracht', 'frequente stress' en een 'gebrek aan kennis' over voeding en lichaamsbeweging; de oorzaak 'onvoldoende educatie' werd in alle antwoordcategorieën aangegeven (mediaan van 3). Fysiologische oorzaken zoals hormonale of genetische factoren en andere somatische aandoeningen werden echter als minder belangrijk gescoord (mediaan van 2).

De resultaten op de FPS wijzen op het bestaan van vooroordelen ten opzichte van mensen met obesitas (medianetotaalscore: 3,7), in volgorde van belangrijkheid: 'ze eten te graag' (4,51 +/- 0,72), 'ze eten te veel' (4,28 +/- 0,97) en 'ze hebben een gebrek aan wilskracht' (3,94 +/- 0,53). Geen enkele van de items van de FPS werd geassocieerd

met positieve attitudes (score <2,5). Artskenmerken die in verband werden gebracht met stigmatiserende attitudes waren jonge leeftijd, mannelijk geslacht en beperkte doorverwijzing naar andere zorgverleners.

De auteurs concluderen dat huisartsen betere competenties zouden moeten hebben in de omgang met patiënten met obesitas om stigmatiserende attitudes te verminderen.

Deze studie is, ondanks de kleine steekproef, vrij goed uitgevoerd. De methodologie op basis van een gevalideerde schaal (FPS) (18) beperkt het risico van respons bias (sociaal wenselijke antwoorden); deze bias had zich wel kunnen voordoen indien men opteerde voor interviews. Dit is een beschrijvende studie en kan alleen correlaties aantonen. Ze bevestigt nochtans bevindingen uit andere studies (16) en observaties uit interviews met patiënten en zorgpersoneel (19). Een interessant punt is dat het percentage patiënten ouder dan 18 jaar met overgewicht in de patiëntenpopulatie van de respondenten (1/3) lager ligt dan het percentage beschreven in de algemene bevolking (53% van de vrouwen en 67% van de mannen in Duitsland, 49% van de Belgische bevolking) (1)

Deze studie wijst artsen er nogmaals op dat het moeilijk is een niet-oordelende houding aan te nemen ten opzichte van patiënten en dat een stigmatiserende houding mogelijk geassocieerd is met minder goede kwaliteit van zorg. Deze vaststellingen nopen bijgevolg tot het opzetten van een studie van goede methodologische kwaliteit met als doel: de objectieve beoordeling van de doeltreffendheid van een niet-oordelende houding op het partnerschap met de obesitaspatiënt en op de doelstelling om de gezondheidsrisico's te verminderen.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Praktijkrichtlijnen focussen op de evidence-based aspecten van de behandeling van obesitas. Domus Medica beveelt bijvoorbeeld aan dat actief advies over lichaamsbeweging en voeding moet worden gegeven aan patiënten met obesitas of in geval van overgewicht met comorbiditeit (20). Het individuele karakter van de aanpak staat hierbij voorop.

Besluit

Deze beschrijvende studie van goede methodologische kwaliteit ondanks een kleine steekproef legt stigmatiserende attitudes van huisartsen bloot tegenover patiënten met obesitas.

Referenties

1. Van der Heyden J, Nguyen D, Renard F, et al. Gezondheidsonderzoek 2018. Belgian Health Examination survey (BELHES). Sciensano, 2018. Rapportnummer: 2019/14.440/89. Beschikbaar op: www.enquetesante.be
2. De Backer G. Obesitas reduceert levensverwachting. *Minerva* 2003;2(10):159-61.
3. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy : a life-table analysis. *Ann Intern Med* 2003;138:24-32. DOI: 10.7326/0003-4819-138-1-200301070-00008
4. Avonts D. Veranderen van leefstijl verbetert erectiele functie bij obese mannen. *Minerva* 2005;4(4):59-61.
5. Esposito K, Giugliano F, Di Palo C et al. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:2978-84. DOI: 10.1001/jama.291.24.2978
6. Van Royen P. Gewichtsreductie reduceert pijn en verbetert het functioneren van personen met knieartrose? *Minerva* 2008;7(3):44-5.
7. Christensen R, Bartels EM, Astrup A, Bliddal H. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2007;66:433-9. DOI: 10.1136/ard.2006.065904
8. Michiels B. Overgewicht als onafhankelijke risicofactor voor coronair hartlijden. *Minerva* 2008;7(5):66-7.
9. Bogers RP, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, et al; for the BMI-CHD Collaboration Investigators. Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels: a meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300 000 persons. *Arch Intern Med* 2007;167:1720-8. DOI: 10.1001/archinte.167.16.1720
10. Chevalier P. Langdurige remissie van type 2-diabetes mellitus met een intensief gewichtscontroleprogramma. *Minerva* 2019;18(5):57-61.
11. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet* 2018;391:541-51. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)33102-1
12. De Cort P. Kan gewichtsverlies de bloeddruk doen dalen? *Minerva* 2003;2(4):47-8.
13. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook N, et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention, phase II. *Ann Intern Med* 2001;134:1-11. DOI: 10.7326/0003-4819-134-1-200101020-00007
14. Laekeman G. Effect van gewichtsvermindering bij obese patiënten met diabetes mellitus type-2 en met het slaapapnoesyndroom. *Minerva* bondig 27/05/2010.

15. Foster GD, Borradaile KE, Sanders MH, et al; Sleep AHEAD Research Group of Look AHEAD Research. A randomized study on the effect of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes. *Arch Intern Med* 2009;169:1619-26. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.266
16. Schwenke M, Luppia M, Pabst A, et al. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Fam Pract* 2020;21:169. DOI: 10.1186/s12875-020-01239-1
17. Carof S. Grossophobie: sociologie d'une discrimination invisible. Editions de la Maison des sciences de l'homme; 2021. (Interventions). DOI: 10.4000/lectures.50839
18. Bacon J, Scheltema K, Robinson B. Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes* 2001;25:252-7. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801537
19. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros »: Un enjeu conflictuel entre soignants et soignés. *Anthropologie & Sante*, 2017;14 (geraadpleegd op 29/07/2021). DOI: 10.4000/anthropologiesante.2396
20. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Belgische richtlijn. *Ebpracticonet/Domus Medica* 1/04/2006.