Cultuursensitieve implementatie van levensstijlaanpassingen bij obesitas: een kwaliteitsverbeterend project.

Haio: YUKSEL Yasemin , U.A.
Promotor: BOMBEKE Katrien , U.A.
Praktijkopleider: ALLARD Sabine , De Meyere Evelien , Foerts Greta

Context: Obesitas kan zowel lichamelijke als psychologische gevolgen hebben voor de gezondheid en toch lijkt het in het straatbeeld enkel toe te nemen. Volgens de meest recente cijfers van 2018 via Sciensano, heeft 49.3% van de volwassen bevolking in België een BMI van 25 kg/m² of meer en 15.9% een BMI van 30 kg/m² of meer. Een goed therapeutisch of preventief beleid zou kunnen leiden tot de initiëring van een levensstijlaanpassing. Deze zou in het verlengde moeten liggen van de verwachtingen van de patiënt om ze te kunnen volhouden. Indien er bijvoorbeeld weinig invulling is vanuit de eigen thuiscultuur, stuit de patiënt tegen een eerste barrière: het lijkt onmogelijk om allerlei eetgewoonten aan te passen. De huisarts lijkt ideaal geplaatst voor dit ‘maatwerk’. Een uitgewerkt en in de praktijk efficiënt en haalbaar plan van aanpak rond obesitas bij patiënten met een taalbarrière en een andere cultuur zou dus zeker handvaten reiken en ook voor andere multidisciplinaire teams een hulpmiddel kunnen zijn in de toekomst. Met dit masterproefonderwerp wil ik graag exploreren wat de mogelijkheden zijn binnen het multidisciplinair team van het wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop te Lier. Voor de aanvang van deze studie bestond de aanpak uit het aanhalen van het problematische gewicht bij een geassocieerd gezondheidsprobleem en het formuleren van een kort advies hierrond. We zagen echter geen enkele vooruitgang, konden geen betrokkenheid opmerken met het oog op gewicht, of de patiënt kwam niet opdagen op een vervolgconsult in het kader van obesitas.

Onderzoeksvraag: In deze studie bekijken we welk cultuursensitief aanbod levensstijlaanpassingen bij patiënten, met een diverse cultuur en bij wie een taalbarrière wordt ondervonden door de arts, met obesitas beter kan ondersteunen in de context van een wijkgezondheidscentrum door het gebruik van vragenlijsten, dagboeken en gespreksvoering en door het opvolgen van parameters. Tevens worden barrières in deze hulpverlening in kaart gebracht voor zowel patiënten als hulpverleners. We onderzoeken of deze praktijkverbetering kan gezien worden aan de hand van verschillende indicatoren: * Procesindicatoren aangaande motivatie (patiënten en hulpverleners): 1) Continuïteit: patiënten komen op geplande momenten 2) Evolutie in attitude en gedrag van hulpverlener * Procesindicatoren aangaande kennis en inzicht bij patiënten: 1) Levensstijl: goede en slechte levensgewoonten kunnen benoemen 2) Obesitas: de mogelijke gevolgen kunnen benoemen * Resultaatsindicatoren aangaande gezondheid: 1) Verbetering in persoonlijke levensstijl: voeding, beweging, abusus 2) Verbetering in parameters: gewicht, BMI, buikomtrek, bloeddruk 3) Verbetering in cardiovasculaire risico score 4) Verbetering in obesitas geassocieerde klachten 5) Verbetering in bloedresultaten indien indicatie tot herhaling van bloedname: lipidenprofiel, nuchtere glucose en bij diabetes: HbA1c%

Methode: een kwaliteitsverbeterend praktijkproject in een wijkgezondheidscentrum met 1400 ingeschreven patiënten. Zeven patiënten met diverse cultuur, taalbarrière en obesitas en hun hulpverleners worden opgevolgd gedurende drie maanden door vragenlijsten, visueel beeldmateriaal en gesprekken. Deze praktijkverbetering wordt geëvalueerd aan de hand van volgende criteria: gevoel van vertrouwd te zijn met het obesitasconsult en om hierin te slagen bij de hulpverlener, kennis en inzicht over voeding en beweging bij de patiënt, continuïteit van aanwezigheid van de patiënt op afgesproken contactmomenten en verbetering in klinische parameters (gewicht, BMI, buikomtrek, bloeddruk, cardiovasculaire risico score, obesitas

geassocieerde klachten en indien indicatie tot bloedname: lipidenprofiel, nuchtere glucose, HbA1c%). Barrières in het proces worden hierbij ook in kaart gebracht.

Resultaten: Kennis en inzicht bij de patiënt verbeterde op vlak van beweging bij vier van de zeven patiënten en op vlak van voeding en gevolgen van obesitas bij respectievelijk één en twee van de zeven patiënten. Er werd bij sommige patiënten een kleine verbetering gezien in gewicht, BMI, buikomtrek, lipidenprofiel en obesitas geassocieerde klachten maar niet in cardiovasculair risico score en bloeddruk. Eén patiënt kreeg een nieuwe diagnose van diabetes na de bloedresultaten tijdens deze studie. Voor drie van de zeven patiënten verdwenen de obesitas geassocieerde klachten, voor andere drie van de zeven werden de klachten slechter en bij één patiënt verbeterden de klachten. De studie toonde geen verbetering voor de hulpverleners op vlak van gevoel van vertrouwd te zijn met het obesitasconsult en om hierin te slagen. De ervaren barrières waren het niet komen opdagen van patiënten, dat ze geen tolk wilden of geen begrip hadden voor het turven in het eet- en bewegingsdagboek. Op vlak van materiaal waren er ook barrières zoals afwezigheid van bereidingswijzen, hetzelfde kleurgebruik in de bewegingsdriehoek en in de voedingsdriehoek en de moeilijkheid om input uit de intake over te dragen naar het vervolgconsult in het sjabloon in CareConnect. De barrières wat de organisatie betreft zijn als volgt: onduidelijk beleid rond niet komen opdagen op consult (voor zowel hulpverleners als patiënten), uitval van hulpverleners en minder gestructureerde teamvergadering. Rond de hulpverleners merkten we op dat het aanstellen van bepaalde hulpverleners voor deze obesitas opvolging een hefboom kan zijn, net zoals het ruim houden van de taakinvulling hierrond. Verdere hefbomen zijn: gebruik van categorieën zodat de patiënt zelf kan kiezen, bondige registratie, telefonische hercontactname na gemiste afspraak, hulpverleners die zelf de tijd tussen opvolgconsultent kunnen bepalen, het gevoel hebben als patiënt te kunnen doorverwezen worden binnen en buiten het team.

Conclusie: Visueel beeldmateriaal zou een hulpmiddel kunnen zijn voor patiënten met een diverse cultuur, bij wie een taalbarrière wordt ondervonden door de arts, om de algemeen aanvaarde gezondheidsnormen op vlak van voeding en beweging beter te kunnen begrijpen. De opvolging hiervan kan geïnitieerd worden door een gewichtsmeting bij een consult bij de huisarts bij een klacht met een associatie aan obesitas. Methoden om de opvolging in medische software te kunnen bijhouden kunnen nader bekeken worden zodat de hulpverleners het gevoel krijgen dat ze hierin kunnen slagen, ook bij tijdstekort. Idealiter is opvolging een wisselwerking tussen verschillende actoren in een multidisciplinair team zodat er geruststelling of medisch advies kan plaatsvinden bij het ontstaan van nieuwe problemen.