Wat is de rol van de huisarts bij bariatrische heelkunde en wat is zijn opinie hierover?

Gaëtan Verougstraete, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Johan Buffels, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context

Bariatrische chirurgie is bij het grote publiek goed gekend als een manier om te vermageren. Er komen regelmatig patiënten bij de huisarts met de vraag of zo'n ingreep bij hen aangewezen is. In de Huisartsenpraktijk Vijvers in Anderlecht, zagen we echter dat het advies van de huisarts vaak overgeslagen werd in de indicatiestelling van chirurgie. De follow-up van patiënten na een ingreep was vaak een moeilijke opdracht omwille van de complicaties die kunnen optreden na bariatrische chirurgie, maar ook omdat de opvolging vaak op een onregematige en onduidelijke manier gebeurde. Dit deed meerdere vragen oprijzen rond de rol van de huisarts bij bariatrische chirurgie.

Onderzoeksvragen

Wat is de rol van de huisarts bij bariatrische chirurgie en wat is zijn opinie hierover? Wat is de perceptie bij patiënten over de rol van de huisarts?

Methode

Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd in twee fasen. Eerst werden patiënten die bariatrische chirurgie hadden ondergaan, ondervraagd in een semigestructureerd interview. Nadien werden open interviews met huisartsen afgelegd. Telkens lag de nadruk op de rol van de huisarts bij bariatrische chirurgie. De interviews werden verbatim uitgeschreven en geanalyseerd volgens de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) methode

Resultaten

Zeven huisartsen en acht patiënten werden geïnterviewd. De stelling dat huisartsen vaak overgeslagen worden in de indicatiestelling werd bevestigd in de setting van dit onderzoek. Er werden meerdere redenen gegeven waarom dit gebeurt en meerdere huisartsen legden uit waarom dit tot problemen kan leiden. De follow-up na de ingreep bleek te variëren afhankelijk van in welk centrum de patiënt geopereerd was geweest en verwaterde vaak op langere termijn. De huisartsen hadden een grote verscheidenheid aan opvattingen over hun rol bij bariatrische chirurgie; hierdoor waren sommigen tevreden met hun huidige rol, anderen niet. Meerdere huisartsen plaatsten bariatrische chirurgie in de bredere context van obesitas als een maatschappelijk probleem.

Conclusie

De resultaten van dit kwalitatief onderzoek suggereren dat de rol van de huisarts niet altijd duidelijk is bij bariatrische chirurgie, zowel in de indicatiestelling als in de follow-up na de ingreep. Er is nood aan verduidelijking en betere implementatie van de follow-up na bariatrische chirurgie, bijvoorbeeld door geharmoniseerde richtlijnen.

Inhoudstabel

1. Inleiding **5**

2. Aanleiding van het onderzoek **7**

3. Oriënterend literatuuronderzoek 8

3.1 Doel **8**

3.2 Methodologie **8**

3.3 Resultaten **8**

4. Kwalitatief onderzoek **12**

4.1 Methodologie **12**

4.1.1 Interviews bij huisartsen: **12**

4.1.2 Interviews bij patiënten na bariatrische heelkunde: **12**

4.2 Resultaten **13**

4.2.1 Resultaten kwalitatief onderzoek huisartsen **13**

4.2.2 Resultaten kwalitatief onderzoek patiënten **19**

4.2.3 Communicatie van de tweede lijn met de huisarts **22**

5. Discussie **23**

5.1 Interpretatie van de resultaten **23**

5.2 Plaatsing van de resultaten in de gekende literatuur **24**

5.3 Mogelijke verbeterpunten en aanbevelingen voor de praktijk **24**

5.4 Sterktes en zwaktes **25**

5.5 Aanbevelingen voor verder onderzoek **27**

6. Besluit **28**

7. Referenties **29**

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol masterproef 31

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité 33

Bijlage 3: formulieren informed consent: Nederlandstalige versie 34

Bijlage 4 : formulieren informed consent : Franstalige versie 36

Bijlage 5: Interview met patiënten die bariatrische chirurgie hebben ondergaan 38

1. Inleiding

Obesitas is een van de meest voorkomende ziekten in de hedendaagse maatschappij. De World Health Organisation (WHO) erkende het als een wereldwijde epidemie. In 2014 was de prevalentie van obesitas in de volwassen bevolking in België 22.0% bij mannen en 20.9% bij vrouwen (1). De cijfers stijgen continu sinds een paar decennia: in 1995 was 14.0 % van de mannen en 15.6 % van de vrouwen obees. Wegens de vele risico's en comorboditeiten die obesitas met zich meebrengt, is het een belangrijk volkgezondheidsprobleem. De aanpak van obesitas is evenwel een grote uitdaging voor de maatschappij, het vormt een complexe opdracht waarbij verschillende actoren een rol moeten spelen.

Een belangrijke rol is echter weggelegd voor huisartsen. Zij kunnen obese patiënten aanspreken over hun gewicht, en de consultatie in het kader plaatsen van de gezondheidsrisico's die obesitas met zich meebrengt. Huisartsen kunnen een centrale rol spelen in de multidisciplinaire aanpak van de ziekte. De behandeling van obesitas is een langdurig proces met als belangrijkste pijlers aanpassing van het dieet en het eetgedrag, en het stimuleren van lichaamsbeweging. De langetermijnresultaten zijn vaak teleurstellend, zowel voor de patiënt als voor de huisarts.

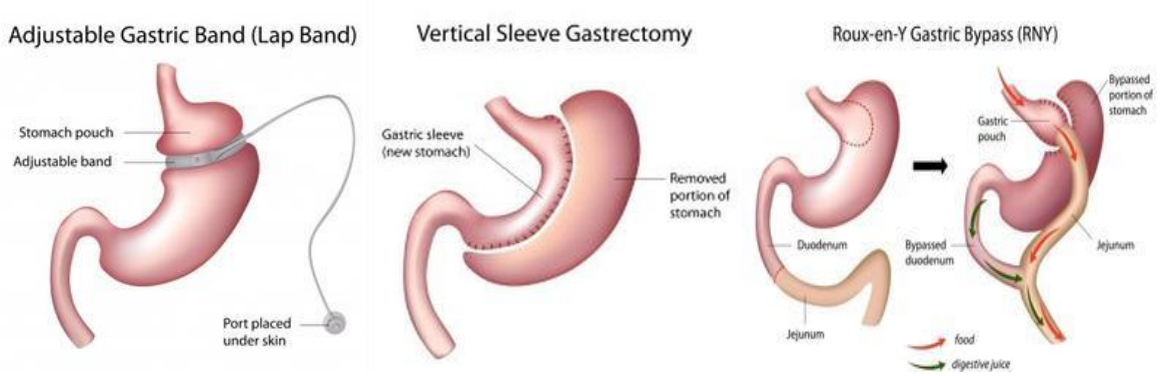
In een aantal gevallen kan bariatrische chirurgie overwogen worden. In België moeten de patiënten, om in aanmerking te komen voor terugbetaling van zo'n ingreep, voldoen aan bepaalde criteria:

- body mass index (BMI) van meer dan 40 kg/m^2, of
- BMI hoger dan 35 kg/m^2 plus een comorbiditeit: diabetes, hypertensie die met 3 antihypertensiva niet onder controle is, een slaapapneusyndroom, een vorige gefaalde bariatrische ingreep.

Verder moet de patiënt ouder dan achttien jaar zijn, in het afgelopen jaar een dieet hebben gevolgd en moet er een multidisciplinair gunstig advies zijn (bespreking door de chirurg, endocrinoloog, psychiater of psycholoog).

Deze heelkundige ingrepen ontstonden in de tweede helft van de 20ste eeuw, maar worden pas sinds de jaren 1990 (en de opkomst van laparoscopische technieken) frequent uitgevoerd (2).

Tegenwoordig zijn de drie meest uitgevoerde bariatrische ingrepen de maagring (gastric band), de sleeve gastrectomie en de gastric bypass. De maagring en de sleeve gastrectomie zijn restrictieve ingrepen; hierbij wordt het maagvolume verkleind opdat er sneller een verzadigingsgevoel optreedt. De gastric bypass is een restrictieve- malabsorptieve ingreep. Naast het sneller verzadigingsgevoel is er ook een verminderde absorptie van voedingsstoffen door de dunne darm. Hieronder afbeeldingen van deze drie technieken (3).



De keuze voor een bepaalde techniek hangt in principe af van het type persoon dat de patiënt is. Bij restrictieve technieken is de motivatie van de patiënt om zijn voedingsgewoonten aan te passen (nog) belangrijker dan bij malabsorptieve technieken: indien hij te snel eet, of veel vet- of calorierijke dranken en tussendoortjes eet, kan de resterende maag of de vernauwing uitzetten en zal de energie-opname toch te groot zijn. Patiënten die denken dat ze hun ongezonde levensgewoonten na de ingreep onvoldoende zullen kunnen aanpassen, wordt eerder een gastric bypass aangeraden (3). Een gastric bypass levert in het algemeen een groter gewichtsverlies op dan de restrictieve technieken (4), maar brengt meer risico's op complicaties met zich mee.

2. Aanleiding van het onderzoek

Ondertussen is bariatrische chirurgie bij het grote publiek goed gekend als een manier om te vermageren. Er komen regelmatig patiënten bij de huisarts met de vraag of zo'n ingreep bij hen aangewezen is.

In de huisartsenpraktijk De Vijvers in Anderlecht, waar ik mijn eerste jaar HAIO heb gedaan, was er de indruk dat het advies van de huisarts vaak overgeslagen wordt en dat de patiënt meteen bij de abdominale chirurg consulteert. Hieruit vloeide de vraag over de rol van de huisarts in de indicatiestelling van bariatrische heelkunde.

Verder werd er opgemerkt dat de patiënten na een ingreep vaak een verschillend voorstel voor follow-up kregen, afhankelijk van het centrum waar ze naartoe gingen. De rol van de huisarts was vaak onduidelijk, en de follow-up leek te verwateren op de lange termijn (onregelmatige tot onbestaande follow-up).

Daarom werd besloten een onderzoek op te stellen waarbij zowel patiënten als huisartsen bevraagd werden naar hun perceptie van de rol van de huisarts bij bariatrische chirurgie. Om de resultaten te toetsen aan de bestaande literatuur werd eveneens een oriënterend literatuuronderzoek gedaan.

3. Oriënterend literatuuronderzoek

3.1 Doel

Het doel van de literatuurstudie was om na te gaan welke literatuur er al bestaat over de rol van de huisarts bij bariatrische chirurgie, en of er in de bestaande artikels aanbevelingen worden gemaakt over de rol van de huisarts. Om een beter inzicht te krijgen in de chirurgie zelf en om de mogelijke rol van de huisarts voor en na de chirurgie beter te situeren, werd ook informatie opgezocht over de complicaties en de lange termijn effecten van bariatrische chirurgie.

3.2 Methodologie

De volgende zoekopdrachten werden tot en met maart 2017 in meerdere databanken uitgevoerd:

- In MEDLINE gaf de combinatie van volgende zoektermen: bariatric surgery (MeSH Terms) AND primary care (Title) 16 resultaten, waarvan 4 artikels weerhouden werden.
- De zoekopdracht in de Cochrane database of systematic reviews met bariatric surgery in de titel en primary care in de tekst gaf 7 resultaten, 6 trials en 1 review. Enkel de review bleek interessant, ter achtergrondinformatie.
- In Tripdatabase met 'bariatric surgery primary care' in de titel: 8 resultaten, waarvan 3 artikels weerhouden werden.

Verder werden de referentielijsten van de weerhouden artikels bekeken, waardoor nog eens drie artikels geïdentificeerd konden worden.
Inclusie- en exclusiecriteria: enkel de artikels in het Engels en Nederlands met relevante informatie omtrent de onderzoeksvraag werden weerhouden.

3.3 Resultaten

Er bestaat weinig literatuur rond de opinie van huisartsen over hun rol bij bariatrische chirurgie. Verschillende artikels die weerhouden werden en waarin huisartsen worden ondervraagd, zijn verschenen in chirurgische tijdschriften. De aanleiding van die artikels is dat er een grote discrepantie is tussen de prevalentie van obesitas in de maatschappij en het aantal patiënten dat voor bariatrische heelkunde doorverwezen wordt. De voornaamste onderzoeksvraag is dan ook wat de perceptie bij huisartsen is van bariatrische chirurgie, en welke factoren het verwijsgedrag van de huisartsen beïnvloedt.

De rol van de huisarts bij de indicatiestelling van bariatrische chirurgie

Huisartsen hebben in het algemeen weinig geloof in de doeltreffendheid van hun interventie bij obesitas, vaak vinden ze de medische begeleiding hiervan dan ook frustrerend (5, 6, 7). Ondanks de moeilijke begeleiding en de vele comorbiditeiten die obesitas met zich meebrengt, worden eerder weinig patiënten vanuit de eerste lijn doorverwezen naar de bariatrische chirurg (8).
De voornaamste redenen die huisartsen tegenhouden om te verwijzen zijn : het risico van de chirurgie, lange termijn complicaties, psychologische redenen, financiële redenen, het gebrek aan interesse van de patiënt, en de indruk dat chirurgie uiteindelijk geen voordelen zal opleveren (9).
Nog andere redenen die genoemd worden zijn gebrek aan kennis over de chirurgie, zowel over de ingreep zelf als over de gevolgen. Hierdoor voelen huisartsen zich ook niet altijd op hun gemak om de follow-up van de patiënt te begeleiden (7, 8).

Volgens één kwalitatief onderzoek zien huisartsen een belangrijke discrepantie tussen de literatuur en hun eigen ervaringen en observaties als het over de veiligheid van de ingreep gaat (5).
Een andere kwalitatieve studie komt tot licht verschillende resultaten. Het ziet een zekere paradox: huisartsen hadden een negatief oordeel over bariatrische chirurgie omwille van het feit dat er weinig evidentie is over de resultaten op lange termijn, maar waren in het algemeen positief in de verhalen van hun patiënten die bariatrische chirurgie hadden ondergaan (9).
In veel gevallen wordt de verwijzing dan ook door de patiënt voorgesteld (10).

Doordat psychische stoornissen veel voorkomen in de groep patiënten die in aanmerking komen voor bariatrische chirurgie, is het belangrijk te bekijken of de patiënt geen psychologische begeleiding nodig heeft. De literatuur vermeldt dat dit nog te weinig gebeurt, zelfs in de groep patiënten die uiteindelijk geopereerd wordt (11).

De rol van de huisarts in de follow-up na bariatrische chirurgie

Volgens de richtlijnen van het National Institute of Health and Care (NICE) zou de follow-up na bariatrische chirurgie minstens twee jaar moeten gebeuren in centra voor bariatrische chirurgie (12). Hierbij moeten onder andere volgende onderwerpen aan bod komen: dieet- en bewegingsadvies, bekijken van nutritionele status en deficiënties, monitoring van de comorbiditeiten, medicatie, psychologische ondersteuning. Nadien moet de patiënt minstens jaarlijks opgevolgd worden volgens het ‘shared care’ model van chronische ziekten (12). Wat er precies bedoeld wordt met het ‘shared care’ model is echter onduidelijk.

Een expertenpanel uit Engeland heeft in 2016 richtlijnen voor de follow-up van patiënten na bariatrische chirurgie geformuleerd (13). In de eerste twee jaren van de follow-up ziet het panel, in navolging van de NICE richtlijnen, vooral een rol voor het bariatrisch centrum. Ze vermelden de huisarts wel bij een aantal aanbevelingen.

Volgens de experten moet de huisarts binnen de 24 uur van ontslag van de patiënt een ontslagbrief krijgen met daarbij het voorstel voor postoperatieve follow-up. De huisarts heeft een rol in het tijdig verwijzen van complicaties na de ingreep.

Hieronder volgt een overzicht van de aanbevelingen van het expertenpanel voor de follow-up in de eerste twee jaar in bariatrische centra (de onmiddelijke postoperatieve periode buiten beschouwing gelaten):

- Tijdens de consultatie: nagaan van voedingspatroon, symptomen die kunnen wijzen op tekorten, gewicht en stimuleren van beweging.
- Opvolging van de hematologische en nutritionele status door bloedname en evaluatie van het nut aan supplementen aan vitaminen en mineralen. Een overzichtsfiche van Farmaka uit 2016 (14) geeft een goed overzicht, in functie van het type ingreep, van de bloedtesten die aangevraagd moeten worden en van de supplementen die voorgeschreven moeten worden.
- Evaluatie van de nood aan medicatie voor diabetes: bij remissie kan het stopgezet worden. Volgens één studie (4) is de remissie van diabetes mellitus type 2 die ze bij 72 % van de geopereerde patiënten zien echter vaak tijdelijk: na 10 jaar waren nog maar 36% van de patiënten in remissie.
- Evaluatie van de nood aan antihypertensieve en hypolipemiërende medicatie. Deze wordt niet stopgezet tenzij hier een duidelijke indicatie voor is (15).
- Na 3 tot 6 maanden moet er een herevaluatie gebeuren van de nood aan een CPAP of BIPAP bij patiënten door de pneumoloog.
- Evalueren van nood aan psychologische opvolging.
- Patiënten moeten in de eerste 18 maanden postoperatief zwangerschap vermijden. Zwangere vrouwen die een bariatrische ingreep hebben ondergaan hebben een frequentere follow-up nodig.
- Evaluatie van de medicatie: de chirurgie kan een impact hebben op de absorptie van medicatie, bijvoorbeeld: verminderde absorptie van lamotrigine, enalapril, ramipril... Bij malabsorptieve chirurgie wordt aangeraden een andere methode voor contraceptie te verkiezen boven orale anticontraceptiva (15).

- Indien de patiënt zich niet presenteert op follow-up consultaties, raadt het expertenpanel aan dat zowel de patiënt als de huisarts door het bariatrisch centrum verwittigd worden. De patiënt moet dan herinnerd worden van het belang van nutritionele monitoring en inname van voedingssupplementen.
- Op het einde van de twee jaren moet het bariatrisch centrum een ontslagbrief sturen naar huisarts en patiënt met de nodige informatie om verdere follow-up te kunnen verzekeren.

Voor de follow-up na de eerste 2 jaren stelt het expertenpanel vier verschillende 'shared care' modellen voor, met telkens een verschillende rol voor huisarts en specialist. Er wordt geen voorkeur geuit voor een bepaald model. De aanbevolen follow-up is dan weinig verschillend van hetgeen dat hierboven voorgesteld wordt: jaarlijkse opvolging van nutritionele status, gewicht, evaluatie van comorbiditeiten, bekijken van de nood aan supplementen en bloedonderzoek (13).

Complicaties van bariatrische chirurgie

Doordat huisartsen met complicaties van bariatrische chirurgie geconfronteerd kunnen worden is het belangrijk dat ze een idee hebben van de mogelijke complicaties na de ingreep.
De belangrijkste complicaties na een ingreep zijn braken, galstenen (tot bij 30% van de patiënten, vooral als ze snel vermageren), dumping syndroom, vitaminen en mineralen deficiënties, ulceraties en stenose van de anastomosen, dyspepsie, lekkage bij gastric sleeve of ter hoogte van de anastomosen bij gastric bypass, interne hernia, slipping van de maagring, en gastro-intestinale bloeding (16, 17, 18).

Resultaten van bariatrische chirurgie op lange termijn

De resultaten van bariatrische chirurgie op lange termijn zijn uiteraard een heel belangrijk aspect van de chirurgie. Hier bestaat helaas nog maar weinig literatuur over. Een belangrijke review uit 2014 kon geen uitspraak doen over de resultaten op lange termijn; slechts één van de geïncludeerde studies had patiënten langer dan vijf jaar opgevolgd. Hierdoor is de impact van lange termijn complicaties en de nood aan revisie operatie mogelijks onderschat (19).
Een grote prospectieve studie (4) met controlegroep toont positieve effecten op de fysische gezondheid: reductie van gewicht, comorbiditeiten gepaard aan obesitas en mortaliteit op lange termijn. Het toont wel een iets hoger risico op alcoholabusus.
Er is weinig literatuur over de lange termijn effecten op de mentale gezondheid. Er wordt voorgesteld meer randomised clinical trials op te zetten die de chirurgische en niet-chirurgische behandeling van obesitas vergelijken op langere termijn (meer dan vijf jaar), met daarbij ook evaluatie van de levenskwaliteit van de patiënt (19).

4. Kwalitatief onderzoek

4.1 Methodologie

4.1.1 Interviews bij huisartsen:

Er werd besloten een kwalitatief onderzoek bestaande uit open interviews met huisartsen uit te voeren. Nederlandstalige huisartsen uit de regio Brussel werden gerekruteerd als een convenience sample. De lijst waaruit huisartsen werden gecontacteerd werd verkregen via de website van de Brusselse Huisartsen Kring. De huisartsen werden gerekruteerd via e-mail en via telefoon. Er werd getracht om huisartsen uit verschillende leeftijdscategorieën en die werkzaam waren in verschillende type praktijken te includeren.
De deelnemers werden in het begin van het interview volledig geïnformeerd over het doel van het onderzoek.
De interviews werden opgenomen als geluidsfragment. Elk interview nam ongeveer 20-25 minuten in beslag. Er werd op voorhand een topiclijst gemaakt met onderwerpen die zeker aan bod moesten komen, en er was ruimte voor de deelnemer om nieuwe elementen aan te brengen. Nadien werden de interviews verbatim uitgeschreven. Er werd gekozen om ze te analyseren volgens de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) methode, beschreven door Bernadette Dierckx de Casterlé (20).
Elk interview werd meermaals grondig herlezen en geconceptualiseerd. De resultaten van het geconceptualiseerd schema van het interview werden besproken met een peer die ook de interviews had gelezen. Op basis van de schema's kon een conceptenlijst opgesteld worden, aan de hand waarvan de tekst gecodeerd werd.

4.1.2 Interviews bij patiënten na bariatrische heelkunde:

Het kwalitatief onderzoek met de patiënten was een semigestructureerd interview. De patiënten werden gerekruteerd uit de patiëntenpopulatie van het wijkgezondheidcentrum Medikuregem in Anderlecht, Brussel. Over een periode van vier maanden werden patiënten met een bariatrische ingreep in de voorgeschiedenis en die op consultatie kwamen bij hun huisarts, aangesproken door de huisarts en uitgenodigd om terug te komen bij de onderzoeker. Het opzet van de studie werd tijdens de eerste consultatie al kort uitgelegd. Ongeveer zeventig procent van

de aangesproken patiënten aanvaardde het interview en had een afspraak met de onderzoeker in de daaropvolgende weken. Het opzet van het interview werd nog eens uitgelegd, waarna de patiënten het informed consent formulier ondertekenden.

De interviews duurden 10-15 minuten, en werden als geluidsfragment opgenomen. Er was op voorhand een vragenlijst opgesteld, die ook vertaald werd naar het Frans. Het interview werd zo opgesteld dat er eerst een paar gesloten vragen werden gesteld om gegevens te verzamelen over de ingreep zelf en de follow-up, waarna open vragen werden gesteld over de rol die de huisarts had gehad bij de bariatrische chirurgie. De meeste patiënten die geïnterviewd werden waren Franstalig, en in die gevallen werd het interview in het Frans afgelegd. Teneinde de lectuur te vergemakkelijken, werden sommige van de quotes in de resultaten weergegeven dus naar het Nederlands vertaald.

Er werd gekozen om de interviews met de patiënten eveneens te analyseren volgens de QUAGOL methode (20).

4.2 Resultaten

4.2.1 Resultaten kwalitatief onderzoek huisartsen

Zeven huisartsen werden geïnterviewd, met volgende karakteristieken:

HA nummer	Leeftijdscategorie	Geslacht	Type praktijk
1	30-35	man	Groep
2	35-40	man	Groep
3	>65	man	Groep
4	>65	man	Groep
5	35-40	man	Duo
6	55-60	man	Duo
7	55-60	vrouw	Duo

Alle huisartsen werken in of in de onmiddellijke nabijheid van Brussel (stedelijke omgeving).

<u>Wat is de rol van de huisarts bij bariatrische chirurgie en wat is hun opinie hierover?</u>

De meeste geïnterviewde huisartsen plaatsen hun rol bij bariatrische chirurgie graag in het breder kader van de rol van de huisarts bij obesitas. Ze zien obesitas als een maatschappelijk probleem, waar veel bij komt kijken. Een aantal huisartsen ervaart een zekere onmacht tegenover de obesitasepidemie. De mensen bewegen minder, in steden bijvoorbeeld, onder

andere door de luxe van openbaar vervoer om korte afstanden te overbruggen. Er is een overaanbod aan (dikwijls ongezond) eten, kinderen krijgen vaak ongezonde levensgewoonten van thuis uit. De huisartsen zeggen dat ze als huisarts zeker een rol hebben bij obesitas in het aanspreken van de patiënt over zijn gewicht. De vergelijking met een kort motivationeel interventiegesprek bij rokers wordt gemaakt. Er is nood aan meer sensibilisatie:

'Obesitas wordt te weinig gezien als een ziekte, terwijl het de levensduur met een paar levensjaren verkort en veel comorbiditeiten met zich meebrengt' (HA6)

'Het is waarschijnlijk nuttig van de problemen veel vroeger te detecteren, bespreekbaar te maken. En van te gaan naar een soort niet-medische oplossing' (HA3)

'We kunnen veel meer mensen aanspreken over zwaarlijvigheid, als je weet dat dat 6 levensjaren kost, zoals roken…Daar hebben wij een grote rol in. Net als bij roken.. Kleine interventie zodat mensen denken over hun gedrag' (HA5)

Hoe en in welke mate de huisartsen het probleem obesitas aanpakken valt buiten het bereik van de onderzoeksvraag, hier werd dus niet verder op ingegaan.

<u>De rol van de huisarts bij de indicatiestelling</u>

Bijna alle huisartsen zijn het erover eens dat de huisarts in de indicatiestelling voor bariatrische chirurgie een centrale rol zou moeten spelen. Eén huisarts heeft hierover een licht afwijkende mening in de zin dat hij de verantwoordelijkheid voor een doorverwijzing niet volledig op zich zou willen nemen; hij verwijst de patiënt liever naar de endocrinoloog die op zijn beurt kan doorverwijzen naar de chirurg.

De opinie is dat de huisarts een centrale rol zou moeten spelen, maar in de praktijk verloopt het vaak anders; alle huisartsen hebben ervaring met patiënten die meteen bij de abdominale chirurg consulteren en de huisarts overslaan. Dit roept verschillende vragen op, namelijk:

1) *Waarom wordt de huisarts overgeslagen?*

Meerdere huisartsen halen redenen aan waarom de patiënt de huisarts overslaat:
Sommige patiënten hebben zelf al de beslissing genomen dat ze willen geopereerd worden, soms omwille van druk vanuit hun omgeving of van de media, of ze hebben via kennissen over een

bepaald centrum gehoord, of ze zien ze het als een mirakeloplossing en de weg van de minste weerstand.
Volgens één huisarts is het ook een gevolg van een overaanbod aan bariatrische chirurgie, deels veroorzaakt door het feit dat abdominale chirurgen minder ingrepen hebben dan vroeger, en dat de interventies vaak ook minder complex zijn geworden.
Nog twee andere mogelijke redenen worden gegeven door HA6 en HA7, namelijk gebrek aan kennis bij patiënten over de medische consequenties van de ingreep op hun lichaam, en schaamte:

'Mensen zien bariatrische chirurgie als een plastische ingreep, voor ze naar de chirurg gaan weten ze niet altijd welke neveneffecten deze chirurgie kan hebben op hun lichaam. En wanneer ze naar de plastische chirurg gaan komen ze meestal ook niet eerst bij ons' (HA6)

'Ik heb het al meegemaakt dat een patiënt uit schaamte het niet heeft willen bespreken met mij. Ik kende ze goed want ik volgde haar op voor een ander probleem… en plots bleek dat ze geopereerd was geweest' (HA7)

2) *Wat zijn de mogelijke problemen als de huisarts overgeslagen wordt?*

Alhoewel dat volgens de huisartsen bepaalde centra voor bariatrische chirurgie strenge criteria hanteren, zijn de meeste huisartsen van mening dat patiënten die meteen naar een bariatrisch centrum gaan in sommige gevallen te snel worden geopereerd. Er worden financiële argumenten gegeven:

'De huisarts heeft een globaal beeld van de patiënt en kennis over welke moeite de patiënt al heeft gedaan. De chirurg zal meer voor zijn eigen winkel zal praten denk ik' (HA5)

Maar verschillende huisartsen uiten ook twijfels over de oppuntstelling zelf:

'De grootste ontgoocheling voor mij is de psychiater, omdat ik nog nooit een negatief advies heb gehoord' (HA2)

'Ik heb nog nooit een negatief advies geweten door een psycholoog en verder: *'Ik heb nog geen enkele patiënt gehad die naar zon' centrum is geweest en die vermagerd is zonder chirurgie' (HA3)*

Een ander probleem die zich voordoet als de huisarts overgeslagen wordt is dat de huisarts zich een toeschouwer kan voelen bij het proces. Hierdoor kunnen frustraties ontstaan; één huisarts noemt de follow-up daarom ook '*een situatie die ik niet gewenst heb, je zit dan met de gebakken peren*' (HA3)

3) *Zou er iets moeten veranderen in het proces van de oppuntstelling voor bariatrische chirurgie?*

Verschillende huisartsen vinden dat bariatrische centra verplicht het advies van de huisarts zouden moeten vragen in de oppuntstelling. Eén huisarts meldt van universitaire ziekenhuizen al een vragenlijst te krijgen toegestuurd wanneer een patiënt niet eerst bij hem op consultatie is geweest.

Andere huisartsen vinden dat hun advies misschien niet altijd nodig is, zolang de oppuntstelling goed gebeurt en de patiënt goed geïnformeerd wordt. Hierbij wordt door één huisarts wel de opmerking gegeven dat een chirurg soms onvoldoende uitleg geeft, of heel wat uitleg geeft maar in niet altijd verstaanbare termen voor de patiënt.

Wanneer de patiënt niet meteen bij de bariatrische chirurg consulteert hebben huisartsen uiteraard een heel andere rol in de indicatiestelling van de chirurgie.

Volgens de huisartsen komt bariatrische chirurgie meestal ter sprake ter aanleiding van een vraag van de patiënt zelf. Alle huisartsen zijn namelijk van mening dat het hun taak is om de patiënt aan te spreken over zijn gewicht, maar de meesten brengen bariatrische chirurgie zelden zelf ter sprake. Redenen die hiervoor worden aangehaald zijn dat ze barrieres of contra-indicaties zien om door te verwijzen (zie verder in de tekst).

Enkele huisartsen zeggen dat ze bariatrische chirurgie soms wel zelf ter sprake brengen, als de patiënt veel comorbiditeiten of klachten heeft omwille van de obesitas. Een huisarts zegt expliciet dat je het moet durven bespreken, en een open houding moet aanhouden:

'Als er een probleem op tafel wordt gelegd… kniepijn, diabetes, en de boodschap is: je moet vermageren, dan moet je geen schrik hebben om dat erbij te bespreken, zo kun je direct de juiste informatie geven… heel veel mensen hebben er ook al over nagedacht' (HA2)

De meeste huisartsen beschouwen hun rol dan vooral als het goed informeren van de patiënt. Ze leggen allemaal aan de patiënt uit dat bariatrische chirurgie een proces is, waarbij de patiënt bij verschillende stappen moet worden begeleid. Ze benadrukken het belang van de mogelijke contra-indicaties te identificeren en van het bespreken van de levensstijlgewoonten.

Eén huisarts (HA3) heeft een 'vrij vernietigend oordeel over bariatrische chirurgie', hij vindt vooral dat hij meer tijd en krediet moet krijgen om patiënten te begeleiden, en dat obesitas vroeger aangepakt moet worden. Enkel als alle andere mogelijkheden uitgeput zijn en bij een aantal risicopatiënten, zal hij chirurgie overwegen.

De huisartsen zien meerdere redenen om bariatrische chirurgie af te raden. Als potentiële contra-indicaties worden genoemd: psychologische situatie die niet onder controle is, emotionele eters, zwangerschapswens, non-compliance…
Een aantal huisartsen zegt veel rekening te houden met lange termijncomplicaties: als de patiënt terug in gewicht bijkomt na een aantal jaar heeft hij opnieuw hetzelfde probleem, maar daarbij ook schuldgevoelens omwille van het falen van de chirurgie.

'…na een tijd komt het allemaal weer terug. En dan zit je in dezelfde miserie, je hebt uzelf getoond dat je geen karakter hebt, je hebt ergens een litteken. Ik denk dat het op termijn veel meer kwaad dan goed doet als het niet loopt zoals het zou moeten lopen, dus ik stuur mijn patiënten niet rap door' (HA2)

Verder is er een huisarts die zegt dat zijn persoonlijke vooroordelen tegenover obesitas een rol spelen in zijn verwijsgedrag, en dat hij een verwijzing ziet als een nederlaag van de arts-patiënt relatie:

'Mijn perceptie is dat een verwijzing een soort nederlaag is van de art-patiëntrelatie, dat het me niet gelukt is om vermagering te begeleiden… Ik heb ook een persoonlijke remming in de zin dat ik een probleem heb met patiënten die aan een teveel lijden… Dat teveel stoot mij een beetje af, ik heb daar geen neutrale houding tegenover' (HA4)

De communicatie met de abdominale chirurg verloopt meestal via briefwisseling. Hierover zijn er een paar klachten van de huisartsen: veel communicatie gebeurt postfactum, na de chirurgie. Anderzijds bevat de communicatie niet altijd de informatie van alle preoperatieve onderzoeken, of waarom bepaalde ingreep werd verkozen boven een ander type ingreep. De meerderheid had geen klachten over de communicatie .

<u>De rol van de huisarts in de follow-up</u>

De meeste huisartsen zeggen dat de centra voor bariatrische chirurgie een follow-up voorstellen, maar dat de organisatie ervan verschilt van centrum tot centrum. Meerdere

huisartsen vergelijken het met de follow-up van andere chronische ziekten, wat vaak ook moeizaam verloopt.

'Ik ken weinig patiënten, maar dat is voor veel chronische ziekten zo, die zeggen 'het is nu 6 maanden of een jaar geleden, het wordt tijd om langs te gaan voor een bloedname'. Dus het loopt niet perfect' (HA2)

Verschillende huisartsen zien voor zichzelf een actieve rol in de follow-up (bloednames, patiënt blijven activeren en aanmoedigen, de patiënt doorsturen bij complicaties).
Meerdere huisartsen vinden dat ze een gebrek aan kennis hebben als het gaat over de gevolgen van de operatie, bijvoorbeeld: of er aanpassingen in de medicatie moet gebeuren, wat de klachten zijn bij tekorten.
Eén huisarts (HA1) vindt dat de follow-up best hoofdzakelijk door de chirurg gebeurt, omdat huisartsen minder competent zijn in zaken zoals het dieet en complicaties na de operatie.

De meeste huisartsen spreken van het belang van multidisciplinariteit in de follow-up; samenwerking met de specialist, een diëtiste. Eén huisarts meldt ook dat hij het nuttig zou vinden dat de patiënt na de operatie terug zou gaan bij de psycholoog:

'Om te zien wat het heeft als psychologisch gevolg op mijn leven, wat is positiever en negatiever, heb ik bepaalde gewoontes verloren en andere bijgekregen?' (HA4)

Betreffende de complicaties op lange termijn hebben alle huisartsen ervaring met nieuwe gewichtstoename na verloop van tijd. Verder was er een huisarts die boelimia zag vervangen worden door alcoholisme.
Een huisarts (HA3) zag veel andere complicaties; oesofagitis, dyspepsie, ischemie van de resterende maagwand. Hij waarschuwt ook voor het feit dat de complicaties op lange termijn nog niet goed gekend zijn en vraagt zich af of osteoporose en ondervoeding op oudere leeftijd niet meer en meer gaan verschijnen als complicaties.

4.2.2 Resultaten kwalitatief onderzoek patiënten

Patiënt nummer	Leeftijd	Geslacht	Tijd tussen datum chirurgie en datum van interview	Type operatie
1	26	Vrouw	< 1 jaar	Sleeve Gastrectomie
2	26	Vrouw	< 1 jaar	Maagring
3	31	Vrouw	< 1 jaar	Sleeve gastrectomie
4	42	Man	7 jaar	Gastric bypass
5	22	Vrouw	3 jaar	Sleeve Gastrectomie
6	29	Vrouw	3 jaar	Gastric bypass
7	32	Man	< 1 jaar	Sleeve Gastrectomie
8	45	vrouw	< 1 jaar	Gastric bypass

De geïnterviewde patiënten werden in vijf verschillende centra voor bariatrische chirurgie geopereerd.

<u>Reden van de bariatrische chirurgie</u>

De patiënten zeggen allemaal dat de voornaamste reden voor de operatie vermageren was. Een aantal patiënten haalt ook aan dat complicaties gerelateerd aan hun obesitas ook een rol speelden: bijvoorbeeld rugpijn en psychologische problemen.

'Ik ben vroeger een paar keer gekomen om advies te vragen over mijn rugpijn. Mijn huisarts vertelde mij dat hij niets voor mij kon doen zolang ik niet vermagerde. Maar door de rugpijn bewoog ik niet veel en kon ik moeilijk kilo's kwijtraken' (Patiënt 6)

'Ik was in een bepaalde periode heel veel bijgekomen en nadien lukte het mij niet meer om te vermageren.. Ik voelde me niet goed in mijn vel…' (Patiënt 7)

<u>De rol van de huisarts in de indicatiestelling voor bariatrische chirurgie</u>

Geen enkele patiënt zegt via de huisarts op het idee te zijn gekomen om zich te laten opereren. Eén keer wordt gezegd dat de diëtiste een rol heeft gespeeld. In de andere gevallen kregen de patiënten het idee van een operatie via familieleden en kennissen (voornamelijk personen uit hun omgeving die al een operatie hadden ondergaan) en internet.

'Ik kwam een oude kennis tegen die ik eerst niet herkend had, ik was onder de indruk… ze zei me dat ze geopereerd was en door wie…' (Patiënt 8)

De meerderheid van de patiënten heeft bariatrische chirurgie wel met de huisarts besproken voor de operatie, maar is op eigen initiatief (en niet na doorverwijzing) naar de abdominale chirurg geweest. Er is een grote verscheidenheid in het traject van de patiënten. Sommige patiënten waren al jarenlang begeleid in de behandeling van obesitas, bij andere patiënten had de huisarts bariatrische chirurgie eerder afgeraden maar besloot de patiënt toch een chirurg te consulteren.

'Ik was vastberaden om mij te laten opereren.. En voor de specifieke vragen denk ik dat je beter naar een specialist gaat' (Patiënt 1)

'Ik was al verschillende keren bij de diëtiste geweest, had al verschillende diëten gevolgd, in overleg met mijn huisarts. Maar ik had niet zoveel resultaten, dus wou ik het advies van de specialist ook eens horen' (Patiënt 7)

De patiënten die op voorhand de operatie besproken hebben, zeggen dat ze vooral informatie en morele steun verwachtten van de huisarts. Volgens één patiënt is de huisarts goed geplaatst om advies te geven, en kan hij dat ook op een objectievere manier doen.

'Mijn huisarts was eerder tegen de operatie, hij wou dat ik er langer over zou nadenken. Ik had verwacht dat hij me wat meer gesteund zou hebben' (Patiënt 1)

'Mijn huisarts kent mij en heeft een globaal beeld over mijn medisch dossier, ik vond het belangrijk om zijn advies te hebben. Ik denk ook dat hij een objectieve mening heeft' (Patiënt 8)

Eén patiënte had de operatie op voorhand helemaal niet besproken met de huisarts. Als reden daarvoor zegt de patiënte:

'Ik voel geen intimiteit met mijn huisarts op dat vlak, ook al hebben we een goede relatie. Ik ben een vrij onafhankelijke vrouw en heb alles zelf uitgezocht' (Patiënt 2)

<u>Impact van de bariatrische chirurgie</u>

De meerderheid van de geïnterviewde patiënten is tevreden over de ingreep. Wanneer wordt gepeild naar de impact van de chirurgie op hun lichaam, spreken ze vooral over de vermagering. Meerdere patiënten komen zeggen ook dat hun zelfbeeld veranderd is, en dat de verwachtingen over de ingreep vaak niet helemaal juist waren.

'In het begin dacht ik sneller af te vallen.. de chirurg en de huisarts hebben mij uitgelegd dat mijn resultaten eigenlijk al goed waren' (Patiënt 3)

'Ik ben in 7 jaar 60 kilogram afgevallen. Uiteraard doet dat iets met iemand, ik word nu ook helemaal anders bekeken…ik ben fier op mijn parcours' (Patiënt 4)

De patiënten die zeggen dat ze niet tevreden zijn van de ingreep, zeggen dat vooral omwille van het feit dat ze weinig zijn vermagerd na de ingreep. Eén patiënt zegt dat de gastric bypass volgens de chirurg bij haar mislukt is.

<u>De rol van de huisarts in de follow-up na bariatrische chirurgie</u>
De meeste patiënten zagen een rol voor de huisarts in de follow-up na de operatie.

'Hij kan de bloednames doen en moet op de hoogte zijn van mijn gezondheid. De verdere opvolging gebeurt samen met de diëtiste van het wijkgezondheidscentrum, dus is hij wel goed op de hoogte' (Patiënt 5)

'Hij heeft een belangrijke rol, maar ik zie hem nu vooral omwille van een depressie. Ten opzichte van de sleeve.. Tja, ik weet het niet.. Hij moet er wel rekening mee houden' (Patiënt 7)

'Ik kom vooral naar mijn huisarts als ik pijn heb, voor de rest denk ik niet dat hij in de opvolging een grote rol heeft' (Patiënt 1)

De follow-up bevatte een aantal verschillen afhankelijk van waar de patiënt zich had laten opereren. De frequentie waarmee patiënten voor de opvolging naar de abdominale chirurg moesten terugkeren verschilde. Sommige patiënten moesten eerder bij een voedingsdeskundige verbonden aan het ziekenhuis gaan. Dit was een probleem daar deze deskundige een huisarts was: de consultatie voor patiënten van een wijkgezondheidscentrum werd dus niet terugbetaald. Een aantal patiënten zei ook dat de follow-up voor hen niet zo duidelijk was, en dat er nu eigenlijk nog maar weinig follow-up plaatsvond.

4.2.3 Communicatie van de tweede lijn met de huisarts

Er werd in het elektronisch medisch dossier van de geïnterviewde patiënten nagekeken hoe de communicatie met de chirurg was verlopen. Voor alle patiënten behalve één was er een verslag van de abdominale chirurg betreffende de oppuntstelling terug te vinden. Bij de meerderheid van de patiënten ontbraken de resultaten van de onderzoeken die waren gebeurd tijdens de oppuntstelling. Bij één patiënt was er een verslag van de psycholoog terug te vinden.

5. Discussie

5.1 Interpretatie van de resultaten

Eén de aanleidingen van het onderzoek, namelijk dat het advies van de huisarts vaak overgeslagen wordt in de indicatiestelling van bariatrische chirurgie, werd bevestigd in de setting van dit onderzoek. Er werden meerdere verklaringen gegeven hiervoor. Eén reden werd door beide onderzoeksgroepen vermeld: bariatrische chirurgie wordt door sommige patiënten eerder als een esthetische ingreep gezien, en in dit geval consulteren ze meteen bij de abdominale chirurg.

De meeste huisartsen die ondervraagd werden vonden het zeker niet ideaal om overgeslagen te worden. Ze vonden echter dat dit enigszins aanvaardbaar was zolang de oppuntstelling van bariatrische chirurgie goed gebeurde. Dit was volgens de ervaringen van een aantal huisartsen niet altijd het geval; ze uitten twijfels over het preoperatief gunstig advies van sommige patiënten. Vooral de psychologische evaluatie werd in vraag gesteld.

Het is opmerkelijk dat er verschillen waren in opvattingen van huisartsen omtrent hun rol bij de indicatiestelling voor bariatrische chirurgie. Hierdoor waren sommige huisartsen eerder positief over hun huidige rol, terwijl anderen er negatief over dachten.
Het verschil in perceptie is mogelijks ook te verklaren door de diverse ervaringen van samenwerking met bariatrische centra: afhankelijk van het centrum kan de communicatie met huisartsen anders verlopen. De huisartsen hebben laten blijken dat patiënten in sommige centra sneller geopereerd worden dan in andere. Deze heterogeniteit kan de indruk van de huisartsen over de centra waar ze het vaakst mee samenwerken beïnvloeden.

Een andere aanleiding van het onderzoek was de observatie dat de follow-up op een onregelmatige en onduidelijke manier gebeurde. Dit werd ook bevestigd. De voorgestelde follow-up bleek te variëren afhankelijk van het centrum waar de patiënten geopereerd werden.

Sommige huisartsen vergeleken de follow-up met wat ze ondervinden bij het begeleiden van chronische ziekten, namelijk dat het vaak moeizaam verloopt. Ze onderstreepten het belang van multidisciplinariteit. Een aantal huisartsen haalde aan dat ze een gebrek aan kennis en/ of informatie hadden over bepaalde specifieke moeilijkheden die kunnen optreden na chirurgie.

Uit de interviews van de patiënten bleek geen eensgezindheid over de rol van de huisarts in de follow-up; sommigen vonden dat de huisarts rekening moest houden met de chirurgie, anderen zagen een actievere rol weggelegd voor de huisarts.

Tenslotte plaatsten meerdere huisartsen de bariatrische chirurgie in de bredere context van obesitas als maatschappelijk probleem, waarin de huisarts een essentiële rol heeft maar ook vaak met een zekere onmacht wordt geconfronteerd.

5.2 Plaatsing van de resultaten in de gekende literatuur

Er bestaat weinig literatuur over de opinie van huisartsen over hun rol bij bariatrische chirurgie. De gevonden literatuur focuste eerder op de redenen waarom huisartsen niet verwijzen voor bariatrische chirurgie. Meerdere huisartsen waren in dit onderzoek vrij terughoudend om door te verwijzen naar een abdominale chirurg en de redenen om niet door te verwijzen kwamen overeen met de aangehaalde redenen in de literatuur. Er kon nog een reden toegevoegd worden, namelijk dat een doorverwijzing voor chirurgie door één huisarts gezien werd als een falen van zijn begeleiding van obesitas.

De beschikbare literatuur gaf geen verdere verklaringen voor het overslaan van huisartsen in de indicatiestelling.

Alhoewel er richtlijnen bestaan voor de follow-up na bariatrische heelkunde (bijvoorbeeld de richtlijnen van NICE), omvatten die vooral de twee eerste jaren na de ingreep. Ze veronderstellen dat de opvolging in de eerste twee jaren vooral in bariatrische centra plaatsvindt en halen geen duidelijke rol aan voor de huisarts. De antwoorden van de huisartsen en patiënten in dit onderzoek tonen aan dat de implementatie van de richtlijnen nog niet optimaal is, en bevestigen dat er een onduidelijkheid bestaat over de rol van de huisarts.

5.3 Mogelijke verbeterpunten en aanbevelingen voor de praktijk

- Actieve rol in de indicatiestelling: Om de huisarts actiever te betrekken in de indicatiestelling voor bariatrische heelkunde werd er de suggestie gemaakt het advies van de huisarts te verplichten in de indicatiestelling.

- Communicatie met abdominale chirurg: Alhoewel een meerderheid van de huisartsen geen klachten hadden over de communicatie met de abdominale chirurg, hadden sommige huisartsen wel opmerkingen hierover: veel communicatie gebeurt postfactum, na de ingreep, en er is vaak geen volledig verslag van de preoperatieve onderzoeken.
- Follow-up na chirurgie: verdere educatie van huisartsen over de follow-up na bariatrische chirurgie lijkt aangewezen, bijvoorbeeld door multidisciplinaire focusgroepen. Dit is in het bijzonder aangewezen in de gevallen waarbij de patiënt onregelmatig of niet terugkeert naar de opvolgconsultaties in het bariatrisch centrum.
- Richtlijnen: Er is nood aan verduidelijking en betere implementatie van de follow-up na bariatrische chirurgie, bijvoorbeeld door geharmoniseerde richtlijnen.

5.4 Sterktes en zwaktes

Sterktes van de studie

Het voorafgaand literatuuronderzoek heeft vastgelegd dat er maar weinig literatuur beschikbaar is rond de rol van de huisarts bij bariatrische chirurgie en zijn opinie hierover. Deze studie kan een eerste aanzet zijn voor verder onderzoek rond dit onderwerp.

Daar het onderzoek gaat over perceptie en ervaringen (rol van de huisarts), werd er gekozen voor een kwalitatief onderzoeksopzet zodat verschillende ideeën en interpretaties aan bod konden komen in een 'real life' setting.

Het onderzoek werd georganiseerd om zoveel mogelijk subjectiviteit vanwege de onderzoeker uit te sluiten: dezelfde, op voorhand vastgelegde, vragenlijst werd gebruikt als leidraad voor alle interviews. De interviews werden verbatim uitgeschreven. De uitgewerkte opnames werden bekeken door zowel de onderzoeker als een peer. Een korte uitleg van de doelstelling van de studie (namelijk de focus op de rol van de huisarts en niet op de relevantie van de bariatrische chirurgie in bepaalde gevallen) werd voorafgaand gegeven aan de geinterviewde persoon.

Zowel de visie van patiënten als van huisartsen werd bevraagd in open gesprekken. De deelnemers waren gemotiveerd getuige de vele anekdotes die ze aanhaalden.

Zwaktes van de studie:

Bij het literatuuronderzoek werden enkel artikels in het Engels en het Nederlands bekeken.

Grootte van de groepen: Deze studie kon maar een gelimiteerd aantal patiënten (N=8) en huisartsen (N=7) bij elkaar brengen. Alhoewel de grootte van de onderzoeksgroep minder relevant is voor een kwalititatief dan een kwantitatief onderzoek, beperkt dit toch in zekere mate de overdraagbaarheid van de resultaten. Het geeft echter een mogelijk start- of vergelijkingspunt voor een bredere studie.

Selectie van de onderzoeksgroep:

- Alle geinterviewde huisartsen hebben hun praktijk in Brussel stad. Men kan zich afvragen of de stedelijke vestiging, de nabijheid van (verschillende) ziekenhuizen en de misschien meer toegankelijke informatie over bariatrische chirurgie geen invloed heeft op de perceptie van de huisarts (over zijn rol bij bariatrische chirurgie?). Een vergelijking met een groep huisartsen in een niet stedelijke omgeving zou eventueel kunnen verduidelijken of de omgeving de perceptie beïnvloedt.
- Alle patiënten werden vanuit één praktijk gerekruteerd, een wijkgezondheidscentrum, maar er was een heterogeniteit in het profiel van de patiënten. De samenstelling van de onderzoeksgroep kan leiden tot in verschillende levens- en zelfbeeldbeschouwingen, inclusief variaties in het opvolgen van life-style advies, therapietrouw en in percepties van de rol van de arts (chirurg en/of huisarts).
- De meeste patiënten in de ondervraagde groep ondergingen nog maar onlangs bariatrische chirurgie (minder dan één jaar geleden) en dus vallen ze in de korte-termijn opvolgingsperiode. De herhaling van de interviews met deze patiënten binnen enkele jaren zou misschien een ander, breder beeld geven van een mogelijke rol van de huisdokter in de opvolging.
- Patiënten die uiteindelijk geen bariatrische chirurgie hebben ondergaan omdat de huisarts het had afgeraden zijn niet ondervraagd geweest.

Verwerking van de gegevens:

Alhoewel er voor gezorgd werd dat de informatie zo objectief mogelijk verzameld zou worden door de onderzoeker kan men een invoer van de onderzoeker (en zijn eigen belevingen als huisarts) niet volledig uitsluiten.

Er kon geen terugkoppeling van de uitgeschreven tekst georganiseerd kon worden.

5.5 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Deze resultaten geven een eerste aanzet voor verder onderzoek. De resultaten zouden bevestigd moeten worden door een bredere studie met grotere groepen, buiten stedelijke omgeving, over een langere tijdspanne om de korte en lange termijn follow-up van de ingreep beter te kunnen evalueren.

Om de rol van de huisarts rond bariatrische chirurgie verder te optimaliseren zou men bariatrische chirurgen kunnen interviewen, zodat hun verwachtingen tegenover huisartsen en hun suggesties voor samenwerking kunnen meegenomen worden.

Er is een nood aan meer uitgewerkte richtlijnen over de rol van de huisarts bij bariatrische chirurgie, gebaseerd op de verwachtingen van de verschillende actoren (huisartsen, chirurgen, diëtisten, psychologen, patiënten).

6. Besluit

De resultaten van dit kwalitatief onderzoek suggereren dat de rol van de huisarts niet altijd duidelijk is bij bariatrische chirurgie, zowel in de indicatiestelling als in de follow-up na de ingreep.

Zowel de geïnterviewde huisartsen als de patiënten haalden meerdere redenen aan waarom het advies van de huisarts vaak wordt overgeslagen in de indicatiestelling. Meerdere huisartsen legden uit waarom dit tot problemen kan leiden.

De follow-up na bariatrische heelkunde werd door meerdere huisartsen vaak als moeizaam omschreven, omdat de follow-up onregelmatig en onduidelijk gebeurt. Er is nood aan duidelijkere omschrijving van de rol van de huisarts in de follow-up, en betere implementatie van de richtlijnen voor de follow-up na bariatrische chirurgie.

Dankwoord

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die mij bijzonder veel geholpen hebben met de uitwerking van mijn masterproef;
Mijn promotor Professor Johan Buffels, die mij op weg heeft geholpen om het opzet van mijn masterproef, veel geduld heeft getoond bij de realisatie het project en altijd bereid was om deskundig advies en feedback te geven.
De collega's van het wijkgezondheidscentrum Medikuregem, die altijd bereid waren om te helpen als ik steun nodig had.
De collega huisartsen en patiënten die zich met enthousiasme hebben laten interviewen.
En tenslotte mijn moeder voor haar bereidheid om zich met gretigheid te verdiepen in om het even welk project waarbij haar kinderen ondersteuning kunnen gebruiken.

7. Referenties

1. WHO (World Health Organisation): Obesity. Estimates by country. Interactive graph. [Online]. Beschikbaar via www.who.int [laatst geraadpleegd op 31 juli 2017]
2. Faria G. A brief history of bariatric surgery. . Porto Biomedical Journal 2016, 2 : 90-92
3. Maagverkleining door obesitaschirurgie of bariatrische heelkunde: hoe en voor wie? |gezondheid.be (2015). [Online] Beschikbaar op: http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=15305 [Geraadpleegd op 31 juli 2017]
4. Sjöström L. Review of the key resultsfrom the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled interventionstudy of bariatric surgery. J Intern Med 2013;273:219-234
5. Funk LM, Jolles SA, Greenberg CC, Schwarze ML, Safdar N, McVay MA, Whittle JC, Maciejewski ML, Voils CI . Primary care physician decision making regarding severe obesity treatment and bariatric surgery: a qualitative study. Surg Obes Relat Dis 2016, 12: 893-901
6. Balduf LM, Farrell TM. Attitudes, beliefs, and referral patterns of PCPs to bariatric surgeons. J Surg Res 2008, 144: 49-58
7. Tork S, Meister KM, Uebele AL, Hussain LR, Kelley SR, Kerlakian GM, Tymitz KM. Factors influencing primary care physicians' referral for bariatric surgery. JSLS 2015, 19 (3)
8. Auspitz M, Cleghorn MC, Azin A, Sockalingam S, Quereshy FA, Okrainec A, Jackson TD . Knowledge and perception of bariatric surgery among primary care physicians: a survey of family doctors in Ontario. Obes Surg 2016, 26: 2022-8
9. Claridge R, Gray L, Stubbe M, Macdonald L, Tester R, Dowell AC. General practitioner opinion of weight management interventions in New Zealand. J Prim Health Care 2014, 6(3): 212-220
10. Avidor Y, Still CD, Brunner M, Buchwald JN, Buchwald H. Primary care and subspecialty management of morbid obesity: referral patterns for bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis 2007, 3: 392-407
11. Jagadesham VP, Sloan M, Ackroyd R. Bariatric surgery: implications for primary care. Br J Gen Pr 2014, 64 (625): 384-5
12. Obesity: identification, assessment and management | Guidance and guidelines | NICE. (2014) [online] Beschikbaar op: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/chapter/1-recommendations [Geraadpleegd 4 augustus 2017].

13. O'Kane M, , Parretti HM, Hughes CA, Sharma M, Woodcock S, Puplampu T, Blakemore AI, Clare K, MacMillan I, Joyce J, Sethi S, Barth JH. Guidelines for the follow-up of patients undergoing bariatric surgery. Clin Obes. 2016, 6(3):210-24
14. Bariatrische heelkunde – opvolging (overzichtsfiche) | Farmaka (2016) [Online]. Beschikbaar via: https://www.farmaka.be/nl/documentatie/publicaties?form=filter&q=bariatrische+heelkunde [Geraadpleegd op 1 augustus 2017]
15. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, Heinberg LJ, Kushner R, Adams TD, Shikora S, Dixon JB, Brethauer S; American Association of Clinical Endocrinologists; Obesity Society; American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient – 2013 update. Endocr Pract. 2013 Mar-Apr;19(2):337-72
16. Abell TL, Minocha A. Gastrointestinal complications of bariatric surgery: diagnosis and therapy. Am J Med Sci. 2006 Apr;331(4):214-8
17. Patel JJ, Mundi MS, Hurt RT, Wolfe B, Martindale RG. Micronutrient Deficiencies after Bariatric Surgery: An Emphasis on Vitamins and Trace Minerals. Nutr Clin Pract. 2017; 32(4):471-480
18. Lee C, Kelly J, Wassef W. Complications of bariatric surgery. Curr Opin Gastroenterol. 2007;23:636–43
19. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, FramptonGK. Surgery for weight loss in adults. CochraneDatabaseof Syst Rev 2014, Issue 8
20. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud 2012, 49: 360-371

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol masterproef

Titel: Wat is de perceptie van de huisarts over zijn rol bij bariatrische chirurgie?

Student(en):
Gaëtan Verougstraete

Promotor:
Johan Buffels (johan.buffels@med.kuleuven.be - u0051401 - Vakdid. en Practica Huisartsgeneeskunde)

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

Het onderzoek is: Prospectief observationeel onderzoek

Gebruikte methode: andere: Prospectief onderzoek met focusgroepen van huisartsen, en telefonisch interview van patiënten en abdominale chirurgen

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:

Bariatrische chirurgie is bij het grote publiek goed gekend als een manier om te vermageren. Er komen regelmatig patiënten bij de huisarts met de vraag of zo'n ingreep bij hen aangewezen is. We zien echter in de praktijk dat het advies van de huisarts vaak overgeslagen wordt en dat patiënten meteen bij een abdominaal chirurg consulteren.
Anderzijds menen wij op te merken dat verschillende neveneffecten optreden na bariatrische chirurgie, zowel op psychisch als op organisch vlak.
Inzake follow-up bij patiënten die een ingreep ondergingen bestaat er vaak onduidelijkheid over de procedure en de taakverdeling.
Dit doet meerdere vragen oprijzen rond de rol van de huisarts bij bariatrische chirurgie.

Vraagstelling:

Wat is de perceptie bij de huisartsen over hun rol bij bariatrische heelkunde? Wat zijn mogelijke verbeterpunten, zowel pre- als postoperatief?

Subvragen bij het onderzoek zijn:

- Wat is de rol geweest van de huisarts bij patiënten die bariatrische heelkunde hebben ondergaan? Wat is hun opinie daarover?
- Wat denken abdominale chirurgen over de rol van de huisarts bij bariatrische heelkunde?
- Is er een verschil tussen een regio zoals Brussel, waar een groot aanbod van specialisten is en waar patiënten misschien sneller de stap zetten om naar een specialist te gaan, en een landelijke regio?

Methodologie:

Het onderzoek loopt in twee fasen;

- In een eerste fase worden patiënten die bariatrische heelkunde hebben ondergaan gerecruteerd. De recrutering gebeurt op basis van gegevens in het elektronisch medisch dossier (zoektermen: maagoperatie, maagband, gastrectomie), waarna aan de patiënten die in aanmerking komen voor het onderzoek een toestemmingsformulier wordt opgestuurd. Indien hun akkoord wordt bereikt, wordt een telefonisch interview gepland. Daarin wordt ingegaan op wat de rol is geweest van de huisarts bij de operatie van de patiënt, en wat de opinie van de patiënt daarover is.
- Tevens worden abdominale chirurgen die bariatrische chirurgie uitvoeren gecontacteerd. Mits toestemming gebeurt ook met hen een telefonisch interview over hun perceptie van de rol van de huisarts bij bariatrische heelkunde.
- De tweede fase van het onderzoek is een kwalitatief onderzoek op basis van focusgroepen van huisartsen. Manier van recruteren: huisartsen worden schriftelijk uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgroep. Een focusgroep bestaat uit 4 tot 12 huisartsen. Er worden twee focusgroepen gevormd; één in de Brusselse regio, een ander in een meer landelijke regio.De analyse en rapportering van het kwalitatief onderzoek gebeurt conform richtlijnen die hiervoor bestaan. (zie referenties).
  Risico's: geen
  Voordelen: De informatie verkregen uit de telefonische interviews met patiënten en chirurgen, en de reflectie binnen een focusgroep kan leiden tot een groter inzicht bij huisartsen over hun rol bij bariatrische heelkunde.

Referenties:

Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud 2012 Mar;49(3):360-71. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21996649

Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Int J Qual Health Care. 2007 Dec;19(6):349-57 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872937

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Wat is de perceptie van de huisarts over zijn rol bij bariatrische chirurgie?" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Wat is de perceptie van de huisarts over zijn rol bij bariatrische chirurgie?" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 3: formulieren informed consent: Nederlandstalige versie

Informatie voor de patiënt

De rol van de huisarts bij bariatrische heelkunde

Geachte Mevrouw, Heer,

In het kader van zijn master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Gaëtan Verougstraete een onderzoek naar de rol van de huisarts bij bariatrische heelkunde. Dit onderzoek gebeurt in de periode van maart 2016 tot maart 2017, onder toezicht van de Katholieke Universiteit Leuven.

We willen nagaan wat de rol van de huisarts is bij patiënten die een ingreep ondergaan om te vermageren (bvb gastric bypass, maagbandoperatie). We vragen ons af welke rol de huisarts heeft zowel voor als na de ingreep, en wat de opinie van de patiënt zelf is over deze rol. (Bijvoorbeeld: Heeft de huisarts een rol gespeeld door door te verwijzen naar de chirurg, in welke mate kwam de patiënt na de ingreep terecht bij de huisarts,…)
Op basis van de gegevens in het elektronisch medisch dossier kwam ik te weten dat U zo'n ingreep heeft ondergaan. Daarom zou ik U graag willen includeren in de studie.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek wordt U gevraagd om mondeling een vragenlijst te beantwoorden. Het interview duurt 10 tot 15 minuten.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoeker of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Gaëtan Verougstraete

Toestemming voor deelname aan het onderzoek

De rol van de huisarts bij bariatrische heelkunde

1. Ik bevestig dat Dr.....
   mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder dat ik moet verantwoorden waarom, en zonder dat het voor mij nadelige gevolgen veroorzaakt.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.

5. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Ik verklaar hierbij dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 4 : formulieren informed consent : Franstalige versie

Lettre informative

Le rôle du médecin généraliste dans la chirugie bariatrique

Chère Madame, cher Monsieur,

Dans le cadre de sa formation de master complémentaire en médecine générale, le Dr. Gaëtan Verougstraete fait une étude sur le rôle du médecin généraliste dans la chirurgie bariatrique. Cette étude se déroule de mars 2016 à mars 2017, sous la supervision de la Katholieke Universiteit Leuven (KUL).

Nous voulons voir quel rôle le médecin généraliste a chez des patients qui sont opérés par par exemple gastric bypass, anneau gastrique et sleeve gastrectomie. On se demande quel rôle le médecin généraliste a eu tant avant qu'après l'opération, et ce que sont les attentes du patient envers son médecin généraliste.

Selon votre dossier médical électronique, vous avez eu une opération en chirurgie bariatrique, c'est pourquoi j'aimerai bien vous inclure dans l'étude.

Si vous êtes d'accord de participer à l'étude il vous sera demandé de répondre oralement à un questionnaire. L'interview dure 10 à 15 minutes.

Toutes les données seront traitées de manière confidentielle , dans le cadre de la loi relative à la protection de la vie privée.

Votre participation est libre, vous pouvez à chaque instant décider de vous retirer de l'étude sans que cela ait de conséquence par rapport à votre traitement et suivi chez votre médecin généraliste.

En signant le formulaire ci-dessous vous consentez à participer à l'étude.

Si vous avez encore des questions à propos de l'étude, vous pouvez contacter le chercheur ci-dessous ou votre médecin généraliste.

Nous apprécions votre participation et vous remercions d'avance !

Dr. Gaëtan Verougstraete

Formulaire de consentement éclairé

Le rôle du médecin généraliste dans la chirurgie bariatrique

1. Je soussigné,

   ……..

   déclare avoir lu le document d'information et accepte de participer à l'étude de Dr.……..

2. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'étude et j'ai été informé de ce qu'on attend de ma part. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé, signé et daté, précédé d'un résumé de l'objectif de la recherche.

3. Je suis libre de participer ou non, de répondre aux questions, complètement ou non, d'abandonner ma participation à l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage pour moi.

4. J'accepte que ces données fassent l'objet de traitements ultérieurs à des fins scientifiques, en relation directe avec les objectifs de la recherche ci-dessus mentionnés, dans le respect de la loi belge du 8 septembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Mon nom, les réponses et mes informations personnelles seront gardés confidentiels. Les responsables scientifiques de cette étude et les personnes qui traiteront les données s'engagent à respecter cette confidentialité de données.

5. Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Nous vous remercions d'apposer la mention « lu et approuvé ».

_____ _____

Signature du patient *Date*

Je confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'étude à la personne mentionnée ci-dessus.
Le sujet confirme son accord de participation par sa signature personnelle datée.

_____ _____

Signature de la personne qui procure l'information *Date (jour/mois/année)*

_____

Nom de la personne qui procure l'information

Bijlage 5: Interview met patiënten die bariatrische chirurgie hebben ondergaan

1) Wanneer bent u geopereerd geweest? Welke operatie was het?
2) Wat was de voornaamste reden (of indicatie) voor de operatie?
3) Hoe bent u op het idee gekomen van de operatie? (via familie/ kennissen, internet, huisarts, specialist ?)
4) a. Heeft u met uw huisarts overlegd over de mogelijkheid van een operatie?
   b. Indien ja; weet u nog wat u van uw huisarts verwachtte? Praktische informatie, informatie over de operatie zelf, zijn mening erover?
   Indien nee; waarom niet?
5) Hoe is de operatie verlopen? Zijn er complicaties geweest?
6) Weet u of uw huisarts geïnformeerd is geweest over de ingreep?
7) Een paar vragen over de opvolging na de ingreep:
   - Waar en hoe bent u opgevolgd geweest na de ingreep?
   - Heeft u de indruk dat u voldoende wordt opgevolgd en dat de organisatie van de opvolging na zo'n ingreep duidelijk is?
   - Ziet u zelf een rol voor de huisarts in de opvolging na de ingreep?
8) Heeft u enige verdere commentaar?

   Bedankt voor uw medewerking!