De huisarts als rolmodel: hoe is het gesteld met onze eigen gezondheid?

Dr. Helena Claes, KU Leuven

Promotor: Prof. Birgitte Schoenmakers, ACHG Leuven

Co-promotoren: Dr. Annemie Wuyts en Dr. Annemiek Roelofs

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-2014

Abstract

Context: Preventie wordt steeds belangrijker in de huidige gezondheidszorg. Een huisarts die zijn eigen gezondheidsadvies opvolgt, blijkt beter en meer motiverend advies te geven aan zijn patiënten.

Onderzoeksvraag: Hoe is het gesteld met de gezondheid van de Vlaams huisarts?

Methode: De studie bestaat uit een literatuurstudie gevolgd door een dwarsdoorsnede onderzoek door middel van een online vragenlijst verstuurd via de huisartsenkringen van Vlaams-Brabant. De studiepopulatie bestaat uit huisartsen uit Vlaams-Brabant met volgende inclusiecriteria: de huisartsen moeten bereikt worden via het gebruikte medium, tussen 25-65 jaar zijn en actief zijn in een huisartsenpraktijk. Er zijn geen exclusiecriteria. De uitkomstmaten in deze studie zijn fysieke activiteit, voeding en gewicht, alcohol- en rookgedrag en algemene preventieve maatregelen.

Resultaten: De vragenlijst werd ingevuld door 76 huisartsen waarvan er 57 werden geïncludeerd. Wat betreft fysieke activiteit waren de huisartsen ofwel zeer actief ofwel eerder sedentair. De meerderheid van de huisartsen gaf aan dat ze de voedingsdriehoek meestal toepasten en dat ze een normale Body Mass Index en normale middelomtrek hadden. Het BMI bleek afhankelijk te zijn van het geslacht. Twee derde van de huisartsen gaf aan nog nooit gerookt te hebben met slechts 9% huidige rokers. Ook het rookgedrag bleek afhankelijk van het geslacht. De alcoholfrequentie was hoog met twee derde van de huisartsen die meerdere keren per week dronken. Deze frequentie bleek afhankelijk te zijn van het geslacht en het aantal uren werk per week. Depressieve gevoelens en interesseverlies bleken bij iets meer dan 10% van de ondervraagden voor te komen. De preventieve maatregelen werden goed gevolgd met drie vierde van de huisartsen die in orde waren met hun tetanusvaccinatie.

Conclusie: Algemeen kan er gesteld worden dat de huisartsen uit deze enquête gezonder leven dan de populatie waardoor ze hun functie als rolmodel kunnen vervullen. Als uitzondering hierop ligt het alcoholgebruik bij de huisarts duidelijk te hoog en wordt er te weinig aandacht besteed aan zelfzorg.

Inhoudstafel

Abstract 2

Inhoudstafel 3

Inleiding 4

Methode 4

Literatuurstudie 5

Resultaten 6

Discussie 10

Conclusie 12

Dankwoord 12

Referenties 13

Bijlage 14

Inleiding

De levensstijl in onze maatschappij verandert: we gaan naar een sedentair leven met ongezonde voedingsgewoonten wat leidt tot steeds meer chronisch zieken. Deze slechte levensstijl aanpassen is een belangrijk punt geworden in de gezondheidszorg en uit literatuur (6) blijkt dat advies door huisartsen kan zorgen voor een verhoogde fysieke activiteit. De huisarts is omwille van verschillende redenen een geschikte persoon om levensstijladvies over te brengen aan zijn patiënten.

Uit een review uit 2009 (5) blijkt daarnaast dat een arts die zijn eigen gezondheidsadvies opvolgt, beter en meer motiverend advies geeft aan zijn patiënten. Huisartsen zijn voor dit advies dus een rolmodel voor hun patiënten, maar hoe is het dan gesteld met hun eigen gezondheid?

Deze studie heeft tot doel de mate van fysieke activiteit, gezonde voeding en andere parameters van een gezonde levensstijl van de Vlaamse huisarts te bestuderen.

Methode

De onderzoeksvraag luidt als volgt: hoe is het gesteld met de gezondheid van de Vlaams huisarts?

Het design van de studie was tweeledig met een literatuurstudie in PubMed met als trefwoorden (MeSH) 'general practitioner', 'health status', 'health promotion', 'risk reduction behavior'. Daarna volgde een veldstudie d.m.v. een dwarsdoorsnede onderzoek bij huisartsen. Huisartsen werden gerecruteerd om een online enquête in te vullen (vragenlijst in bijlage). Dit gebeurde via e-mails verstuurd via de elektronische mailinglijst van de lokale huisartsenkringen uit Vlaams-Brabant. De inclusiecriteria waren de volgende: de huisartsen moeten bereikt worden via het gebruikte medium, tussen 25-65 jaar zijn en actief zijn in een huisartsenpraktijk. Er waren geen exclusiecriteria.

De uitkomstmaten van de studie waren de mate van fysieke activiteit, voeding en gewicht, alcohol- en rookgedrag en algemene preventieve maatregelen (tetanusvaccinatie, uitstrijkje, borstonderzoek, darmonderzoek).

De fysieke activiteit werd bevraagd via de IPAQ vragenlijst (International Physical Activity Questionnaire). Deze vragen werden verwerkt via een gestandaardiseerde procedure (http://www.ipaq.ki.se/scoring.htm). Alle resultaten van de enquête werden daarna verwerkt via Microsoft Excell en het SAS systeem (multivariaat analyse). De afhankelijke variabelen waren de mate van fysieke activiteit, de Body Mass Index, het rookgedrag, het alcoholgebruik en de preventieve onderzoeken. De onafhankelijke variabelen waren het geslacht, de leeftijd, het aantal uren werk per week en het consulteren van een vaste huisarts.

De resultaten werden uiteindelijk vergeleken met de resultaten uit de Nationale Gezondheidsenquête van 2008, bekomen via interactieve analyses op de website van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (https://hisia.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx). Als vergelijking werd gekozen voor een populatie uit Vlaams-Brabant tussen 25 en 65 jaar.

Literatuurstudie

We bewegen te weinig en eten teveel. Onze nefaste levensstijl is verantwoordelijk voor een stijging van het aantal chronische ziektes zoals o.a. cardiovasculaire ziekten, bepaalde types kanker, osteoporose en diabetes mellitus (1). Ook onze mentale gezondheid staat in verband met de mate van fysieke activiteit (7). Het is belangrijk om regelmatig aan fysieke activiteit te doen zoals internationale aanbevelingen adviseren (2): 'Volwassenen (18-65 jaar) moeten minstens 5 dagen in de week en bij voorkeur dagelijks minstens een half uur matig fysiek actief zijn'.

Uit de nationale Gezondheidsenquête van 2008 (3) blijkt dat slechts 46% van de Vlamingen aan dit minimum komt. 22% van de Vlamingen heeft zelfs een sedentaire levensstijl waarbij minder dan 10% van de energie gebruikt wordt voor lichaamsbeweging. Ook qua voeding kan het beter: slechts 39% van de Vlamingen komt aan 2 stukken fruit per dag en 27% drinkt dagelijks gesuikerde dranken. Deze slechte beweeg- en voedingsgewoontes vertalen zich uiteraard in objectieve parameters: 49% van de Vlamingen heeft een BMI>25; 17% heeft zelfs een BMI>30.

Deze levensstijl veranderen zal niet gemakkelijk zijn, zeker niet op lange termijn. Zo blijkt ook uit de Cochrane review (2) waarin men aantoont dat professioneel advies omtrent fysieke activiteit een matig effect heeft op korte- tot middellange termijn. Aangezien 97% van de Vlamingen een vaste huisarts heeft en 80% van hen in de laatste 12 maanden contact had met hun huisarts (3), lijkt de huisarts een geschikte zorgverlener om zo'n levensstijladvies te geven. Daarnaast blijken artsen een erg geloofwaardige en gerespecteerde bron te zijn voor gezondheidsadvies. (5) Uit een recente review (4) vinden eerstelijnszorgverleners dit zeker een belangrijke taak. Ondanks een aantal barrières zoals te weinig tijd, te weinig vergoeding en te weinig training (5), blijken de zorgverleners meer advies over fysieke activiteit te geven als ze zelf fysiek actief zijn (6). Het is immers aangetoond (5) dat dokters die hun eigen gezondheidsadvies volgen, hun patiënten beter en meer motiverend advies geven. Dit is onder andere gerapporteerd voor fysieke activiteit, roken, voeding en ander levensstijladvies.

Resultaten

Reden van exclusie	Aantal
<25 jaar	1
>65 jaar	3
Geen huisarts	1
Geen demografische gegevens	14

Tabel 1: Reden van exclusie

De online enquête werd door 76 huisartsen uit Vlaams-Brabant ingevuld. Hiervan werden er 19 geëxcludeerd (zie tabel 1) omdat ze niet aan de inclusiecriteria beantwoordden of geen demografische gegevens invulden.

In tabel 2 bevinden zich de demografische gegevens van de 57 geïncludeerde huisartsen.

Karakteristiek	Aantal	Procent
Totaal	57	100
Geslacht		
Man	30	53
Vrouw	27	47
Leeftijd		
25-34 jaar	11	19
35-44 jaar	7	12
45-54 jaar	16	28
55-65 jaar	23	40
Aantal uren werk per week		
20-30u	1	2
30-40u	5	9
40-50u	13	23
50-60u	25	44
Meer dan 60u	13	23
Praktijkvorm		
Solopraktijk	33	58
Duopraktijk	13	23
Groepspraktijk	9	16
Wijkgezondheidscentrum	0	0
Geen antwoord	2	3

Tabel 2: Demografische gegevens

Van de 57 respondenten waren er drie mannen meer dan vrouwen, meer dan de helft (30) waren vijftigplussers (met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar), negentig procent werkte fulltime (minstens 40u per week) en een kleine meerderheid werkte als solo-arts.

Het aantal uren werk per week bleek gelijkaardig bij mannen en vrouwen uit de enquête. Wel bleken vooral de mannelijke respondenten ouder te zijn dan 55 jaar (19) en solo te werken (21).

Van de 23 oudste huisartsen werkten er 18 in een solo-praktijk.

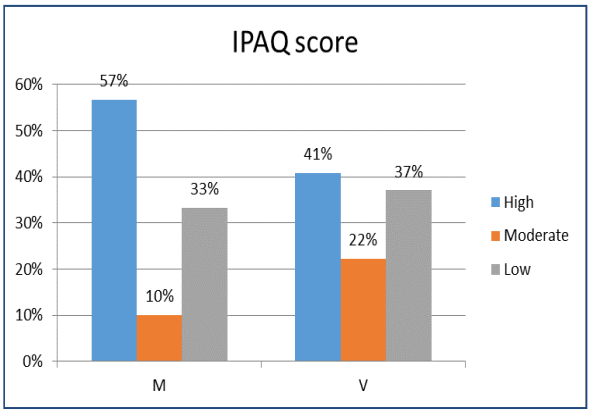
Fysieke activiteit

De fysieke activiteit werd berekend op basis van de IPAQ vragenlijst. Zo werden er drie categorieën van fysieke activiteit bekomen nl. hoge fysieke activiteit (met een positief effect op de gezondheid), matige fysieke activiteit (geen effect) en lage fysieke activiteit (sedentariteit met een negatief effect).

IPAQ score	Huisartsen	Populatie
High	49%	26%
Moderate	16%	36%
Low	35%	38%
Aantal respondenten	57	208

Tabel 3: IPAQ score

Uit de enquête (tabel 3) bleek dat bijna de helft van de ondervraagden een hoge fysieke activiteit had. Een kleine groep behaalde een matige fysieke activiteit en ongeveer dubbel zoveel behaalde een lage fysieke activiteit.



Vrouwen bleken het slechter te doen dan mannen met minder hoge fysieke activiteit en meer sedentariteit (zie figuur 1). Er kon voor deze resultaten geen statistische correlatie worden gevonden. Er was geen correlatie tussen fysieke activiteit en andere onafhankelijke variabelen zoals aantal uren werk, leeftijd of het consulteren van een vaste huisarts.

Figuur 1. IPAQ score - geslacht

Voeding en gewicht

In tabel 4 werd de toepassing van de voedingsdriehoek bij de dagelijkse maaltijden weergegeven. De meerderheid van de ondervraagde huisartsen bleek deze regelmatig te gebruiken. Er bleek een verschil tussen mannen en vrouwen namelijk drie vierde van de vrouwen beweerde altijd of meestal wel de voedingsdriehoek te gebruiken ten opzichte van de helft van de mannen.

Voedingsdriehoek	**Huisartsen**
Altijd	9%
Meestal wel	57%
Evenveel wel dan niet	18%
Meestal niet	14%
Nooit	2%
Aantal respondenten	56

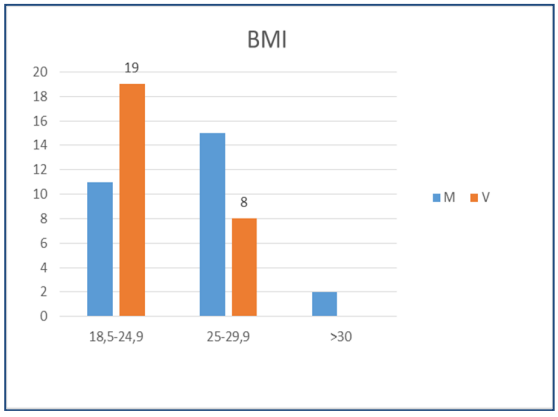
Tabel 4: Voedingsdriehoek

Het gewicht werd bevraagd op basis van de Body Mass Index (BMI) en middelomtrek.

Body Mass Index	**Huisartsen**	**Populatie**
Ondergewicht <18,5	0%	1%
Normaal 18,5-24,9	55%	49%
Overgewicht 25-29,9	42%	34%
Obesitas >30	4%	16%
Aantal respondenten	55	311

Tabel 5: Body Mass Index

De Body Mass Index werd opgedeeld in de vier gebruikelijke categorieën. Uit de enquête bleek geen enkele huisarts ondergewicht te hebben, iets meer dan helft had een normaal BMI en een kleine helft bleek overgewicht of obesitas te hebben (tabel 5).



Figuur 2. Body Mass Index - geslacht

Het BMI bleek afhankelijk te zijn van het geslacht (OR: 3,228; 95% CI: 1,004-10,374) waarbij de mannelijke collega's een hoger BMI bleken te hebben (figuur 2). Het BMI was onafhankelijk van aantal uren werk, leeftijd en een vaste huisarts.

De middelomtrek werd opgedeeld in tabel 6 op basis van cardiovasculair risico nl. geen, een licht verhoogd en een verhoogd risico. Ook hier had de helft van de huisartsen een normale middelomtrek (zonder verhoogd risico) maar had de andere helft dus wel een (licht) verhoogd risico.

CV risico	**Middelomtrek MAN**	**Huisartsen MAN**	**Middelomtrek VROUW**	**Huisartsen VROUW**	**Huisartsen TOTAAL**
Geen	<94 cm	52 %	<80 cm	48%	50%
Licht verhoogd	94-102 cm	48%	80-88 cm	24%	36%
Verhoogd	>102 cm	0%	>88 cm	28%	14%
Aantal respondenten		25		25	50

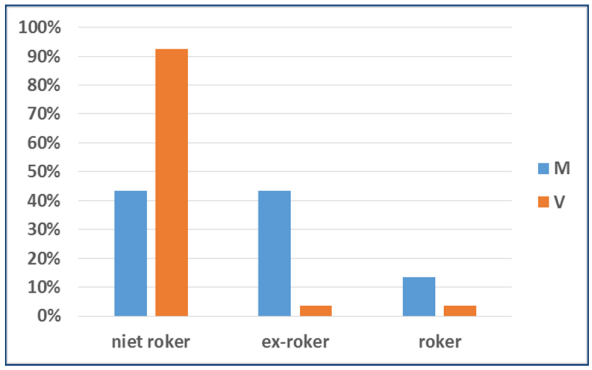
Tabel 6: Middelomtrek aan de hand van cardiovasculair risico

Rookgedrag

Het rookgedrag werd opgedeeld in drie categorieën nl. niet roker, ex-roker en roker (zowel dagelijks als occasioneel). Uit de enquête (tabel 7) bleek twee derde van de huisartsen nooit gerookt te hebben en slechts 9% was een actieve roker.

Rookgedrag	**Huisartsen**	**Populatie**
niet roker	67%	54%
ex-roker	25%	25%
roker	9%	21%
Aantal respondenten	**57**	**299**

Tabel 7: Rookgedrag



Figuur 3: Rookgedrag versus geslacht

Het rookgedrag bleek afhankelijk te zijn van het geslacht (OR: 23,048; 95% CI: 3,473-152,954) met minder (ex-)rokers bij de vrouwelijke collega's (figuur 3). Het rookgedrag was onafhankelijk van aantal uren werk, leeftijd, soort praktijk en vaste huisarts

Alcoholconsumptie

Het alcoholgebruik werd samengevat met de frequentie van gebruik in tabel 8 en aantal consumpties per gebruik in tabel 9. Bijna twee derde van de ondervraagde huisartsen dronk meerdere keren per week alcohol. Bijna 30% dronk per keer minstens 3 consumpties.

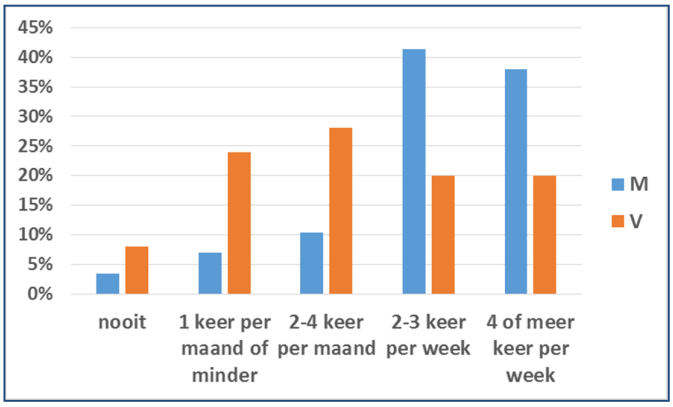
Frequentie van alcoholgebruik	**Huisartsen**	**Populatie**
Nooit	6%	7%
1 keer of minder per maand	15%	17%
2-4 keer per maand	19%	22%
2-3 keer per week	31%	26%
4 of meer keer per week	30%	28%
Aantal respondenten	54	301

Tabel 8: Frequentie van alcoholgebruik

De frequentie van alcoholgebruik bleek afhankelijk te zijn van geslacht (OR: 6,527; 95% CI: 1,617-26,342) met vooral mannelijke huisartsen die frequenter bleken te drinken (figuur 4). Ze is ook afhankelijk van het aantal uren werk per week (OR: 12,496; 95% CI: 2,060-75,816) waarbij artsen die meer dan 50u werken per week meer frequent dronken. De frequentie was onafhankelijk van leeftijd en een vaste huisarts.

Aantal glazen per keer	Huisartsen
1 of 2	67%
3 of 4	22%
5 of 6	2%
7 tot 9	4%
Ik drink geen alcohol	5%
Aantal respondenten	54

Tabel 9: Aantal consumpties per keer



Figuur 4: Alcoholfrequentie versus geslacht

Depressieve gevoelens en interesseverlies

Er werd in de enquête gevraagd naar depressieve gevoelens en interesseverlies in de laatste twee weken. De resultaten werden met een draaitabel verwerkt en weergegeven in tabel 10. De percentages geven het aantal artsen met depressieve gevoelens of interesseverlies weer per subcategorie. Zo bleken vooral artsen die minder dan 50u werken met depressieve gevoelens en interesseverlies te zitten. Er werden hier geen statistische correlaties berekend.

Huisartsen	Depressieve gevoelens	Interesseverlies	Aantal
Totaal	13%	14%	56
Man	10%	17%	30
Vrouw	15%	12%	26
Meer dan 50u werken	11%	8%	37
Minder 50u werken	16%	26%	19

Tabel 10: Depressieve gevoelens en interesseverlies

Algemene preventie

In de enquête werden een aantal preventieve maatregelen bevraagd die in tabel 11 worden samengevat. Drie vierde van de huisartsen bleek in orde met de tetanusvaccinatie. Meer dan 80% van de vrouwen was in orde met de cervixkankerscreening; evenveel van de vrouwelijke 50-plussers was dit ook met borstkankerscreening.

Er konden geen statistische correlaties worden bepaald omdat er onvoldoende sample was.

Preventief onderzoek	Huisartsen	*Aantal*	Populatie	*Aantal*
Tetanusvaccinatie	75%	57	70%	295
Colonkankeronderzoek	26%	57	5%	281
Colonkankeronderzoek >50j	43%	30	8%	124
Cervixuitstrijkje (V)	85%	27	72%	158
Borstkankerscreening (V)	56%	27	48%	155
Borstkankerscreening (V) >50j	86%	7	78%	67

Tabel 11: Preventieve maatregelen

Vaste huisarts

Uit de enquête bleek 25% van de respondenten een vaste huisarts te consulteren. Tabel 12 toont de resultaten verkregen in een draaitabel met Microsoft Excell. In onze resultaten waren het vooral mannelijke artsen, artsen die minder dan 50u werken en artsen ouder dan 45 jaar die een vaste huisarts hadden. Hierop werd geen statistische analyse uitgevoerd.

Vaste huisarts	Percentage	Aantal respondenten
Totaal	25%	57
Man	30%	30
Vrouw	19%	27
Meer dan 50u werken	18%	38
Minder dan 50u werken	37%	19
Ouder dan 45 jaar	31%	39
Jonger dan 45 jaar	11%	18

Tabel 12: Vaste huisarts

Discussie

Deze studie vertrok vanuit het principe dat een arts beter gezondheidsadvies verleent als hij zelf zijn eigen advies volgt. Er werd bestudeerd hoe goed de huisartsen uit Vlaams-Brabant zich aan preventief gezondheidsadvies houden. De uitkomstmaten van deze studie waren de mate van fysieke activiteit, voeding en gewicht, rook- en alcoholgewoontes en algemene preventieve maatregelen.

Wat betreft fysieke activiteit scoort de helft van de respondenten goed met een hoge graad van fysieke activiteit (met positieve effecten op de gezondheid) ten opzichte van slechts een vierde van de bevolking (tabel 3). Daartegenover scoort meer dan één derde van de huisartsen slecht met een sedentaire levensstijl, evenveel dus als de populatie. De huisartsen bleken dus ofwel zeer actief, ofwel minimaal actief te zijn, met slechts een kleine groep matige fysieke activiteit. Uit de opmerkingen van de respondenten bleek vooral tijdsgebrek en continue beschikbaarheid een reden voor de lage graad van fysieke activiteit. In vergelijking met een studie in Estland uit 2009 (8) zijn de huisartsen uit Vlaams-Brabant duidelijk meer sedentair; in vergelijking met een studie uit Noord-Ierland uit 2007 (9) blijken de huisartsen uit onze studie het dan weer beter te doen met meer hoge fysieke activiteit en minder sedentariteit. Er blijft natuurlijk ruimte voor verbetering om de huisartsen, en dus onrechtstreeks de bevolking, meer fysiek actief te maken. Uit literatuur (5) blijkt dat het zinvol is om studenten geneeskunde aan te moedigen tot gezonde levensstijl met een cursus fysieke activiteit, nadruk op preventieve geneeskunde of extra curriculaire sportactiviteiten.

De voedingsgewoontes van de huisartsen waren goed met twee derde van de respondenten die de voedingsdriehoek meestal toepasten. Deze resultaten konden niet vergeleken worden met de bevolking omdat de vraagstelling in de twee enquêtes verschillend was.
Qua gewicht scoorden de huisartsen goed (tabel 5) met vergelijkbare resultaten voor Body Mass Index en middelomtrek. De Body Mass Index was afhankelijk van het geslacht met een hoger BMI bij de mannelijke respondenten (figuur 2). De huisartsen hadden beduidend minder obesitas dan de populatie (tabel 5). De middelomtrek kon niet vergeleken worden omdat dit niet werd bevraagd in de Gezondheidsenquête. Algemeen kunnen we besluiten dat de huisartsen het redelijk goed doen op vlak van voeding en gewicht.

Wat betreft het rookgedrag doen de huisartsen het beter dan de populatie (tabel 7), met slecht 9% rokers ten opzichte van 21% in de bevolking. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met de resultaten uit een eerdere MaNaMa proef bij Vlaamse huisartsen (10). Rookgedrag werd toen, net zoals in deze studie, geassocieerd met het geslacht (meer mannelijke huisartsen roken). Daarnaast vond men toen dat huidige rokers (meestal dus mannen) vaker alleenstaand waren, >60u werken en vaak solo werken. In vergelijking met een studie uit Noord-Ierland (9) roken de huisartsen uit Vlaams-Brabant wel dubbel zoveel als de Ierse collega's. Wat roken betreft kan er besloten worden dat de huisartsen er beter voor staan dan de populatie, waardoor dit een positief effect kan hebben op hun gezondheidsadvies.

Dit staat in tegenstelling tot de alcoholconsumptie, waar huisartsen minstens even frequent drinken als de populatie en waarbij 30% minstens drie consumpties per gelegenheid drinkt. Slecht 6% van de artsen blijkt nooit te drinken. De resultaten zijn hier weer vergelijkbaar met de MaNaMa proef van 2 jaar geleden (10). Ook toen zag men dat 1 op 3 huisartsen een risicodrinker is en dat er meer alcoholgebruik is bij mannelijke collega's en bij artsen die meer uren per week werken. Daarnaast bleken onder andere hoge werkdruk en huidig roken toen onafhankelijke variabelen. De Noord-Ierse collega's (9) bleken het qua alcoholgebruik veel beter te doen met slechts één op tien van de respondenten die teveel per gelegenheid drinkt en bijna één op vijf die nooit drinken. Ook de Canadese huisartsen (11) deden het beter met 96% van de huisartsen die maximum 3 consumpties per gelegenheid dronken. De Vlaamse huisartsen doen het op vlak van alcoholgebruik dus slechter dan hun buitenlandse collega's en minstens even slecht als de Vlaamse bevolking.

Het mentale welzijn werd in de enquête slechts kort bevraagd met twee vragen over depressieve gevoelens en interesseverlies in de laatste twee weken. Vooral huisartsen die minder dan 50u werken per week bleken hier iets hoger op te scoren, alhoewel hier geen statische correlaties werden berekend. Uit literatuur (12) blijkt dat veel artsen kampen met mentale problemen maar dat er veel schroom bestaat om hulp te zoeken bij een collega.

Wat de preventieve onderzoeken betreft, deden de huisartsen het telkens beter dan de populatie, zoals blijkt uit tabel 11.

Vaste huisarts	**Huisartsen**	**Populatie**
Ja	25%	95%
nee	75%	5%
Aantal respondenten	**57**	**319**

Tabel 13: Vaste huisarts in vergelijking met populatie

Het consulteren van een vaste huisarts was geen uitkomstmaat van deze studie maar het wordt toch verder besproken omdat het een parameter kan zijn voor de preventie en zelfzorg van de huisartsen. Slecht één vierde

van de respondenten blijkt een vaste huisarts te consulteren t.o.v. 95% van de populatie (tabel 13). De artsen die een vaste huisarts hebben zijn in onze studie vaak een man, werken minder dan 50u of zijn ouder dan 45 jaar. De resultaten uit onze studie worden bevestigd door de resultaten uit twee reviews (12 en 13) waarin men beschrijft dat veel artsen geen vaste huisarts hebben. Veel artsen schreven medicatie voor zichzelf voor en blijven werken als ze ziek zijn. Men beschreef een aantal barrières om een collega te consulteren zoals tijdsgebrek en verlegenheid. Die verlegenheid kon gaan over schaamte om de patiëntenrol op zich te nemen maar ook om een collega te storen voor een mogelijk banale ziekte. Dokters voelen ook druk van collega's en patiënten om gezond over te komen, omdat dit een indicator zou zijn van hun competenties. De reviews geven aan dat er vermoedelijk eerst culturele veranderingen moeten gebeuren om het stigma van een zieke dokter te doorbreken, voordat artsen er een gewoonte van maken om gebruik te maken van de gezondheidszorg. Aangezien het welzijn (fysiek, mentaal en psychosociaal) van een arts een indicator is voor zijn patiëntenzorg, kan dit de gezondheidszorg alleen maar ten goede komen.

Conclusie

Algemeen kan er gesteld worden dat de huisartsen uit deze enquête gezonder leven dan de populatie waardoor ze hun functie als rolmodel kunnen vervullen. Als uitzondering hierop ligt het alcoholgebruik bij de huisarts duidelijk te hoog en wordt er te weinig aandacht besteed aan zelfzorg.

Het advies uit deze studie luidt als volgt:

- Besef dat je een rolmodel bent voor je patiënten en volg je eigen gezondheidsadvies op
- Vermijd een sedentaire levensstijl
- Pas op met alcohol als ontspanning na een drukke werkdag
- Zorg voor jezelf en zoek een vertrouwenspersoon waar je terecht kan met fysieke of mentale problemen

Dankwoord

Deze masterproef werd begeleid en gestuurd door mijn promotor, Dr. Birgitte Schoenmakers. Ik wil haar dan ook bedanken voor haar snelle reacties, bruikbare tips en nuttige feedback.

Daarnaast wil ik ook mijn twee prakijkopleiders en co-promotoren bedanken: Dr. Annemie Wuyts en Dr. Annemiek Roelofs. Bedankt voor de hulp en het luisterend oor.

Ik bedank ook de deelnemende huisartsen aan het onderzoek voor de persoonlijke informatie die ze met mij wouden delen.

Tot slot wil ik mijn familie bedanken voor de steun en het nalezen van mijn masterproef. Meer specifiek bedank ik Yves Langeraert voor meerdere brainstormsessies, de hulp bij de statistische verwerking van de gegevens en het geduld waarmee hij mij ondersteunde tijdens de hele masterproef.

Referenties

1. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. Emily T Hébert, Margaret O Caughy and Kerem Shuval. Br J Sport Med 2012; 46: 625-631.

2. Interventions for promoting physical activity. Foster C, HillsdonM, ThorogoodM, Kaur A,Wedatilake T. The Cochrane Library, 2012.

3. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II – Leefstijl en Preventie. Gisle L, Hesse E, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J, Tafforeau J. Brussel : Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

4. Vlaamse consensustekst in verband met evenwichtige voeding en beweging, ten behoeve van zorgverstrekkers. Brussel : Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012.

5. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counseling practices. F Lobelo, J Duperly, E Frank. Br J Sports Med 2009; 43: 89-92.

6. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. C Raina Elley, N Kerse, B Arroll, E Robinson. BMJ 2003; 326: 793-799.

7. Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. Br J Sports Med 2009; 43 (14): 1111-4.

8. Physical activity of Estonian family doctors and their counselling for a healthy lifestyle: a cross-sectional study. K Suija, U Pechter, J Maaroos, R Kalda, A Ratsep, M Oona, H Maaroos. BMC Family Practice 2010; 11 (48)

9. Questionnaire survey of physical activity in general practitioners (PHIT GP Study). F McGrady, K McGlade, M Cupples, M Tully, N Hart, K Steele. The Ulster Medical Society 2007

10. Middelenmisbruik bij de Vlaamse huisarts. MaNaMa proef huisartsgeneeskunde. F Saeys, H Cammu. 2012 VUB.

11. Health practices of Canadian physicians. E Frank, C Segura. Canadian Family Physician 2009; 66: 810-811

12. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. M Kay, G Mitchell, A Clavarino, J Doust. British Journal of General Practice, 2008: 501-508

13. Physician wellness: a missing quality indicator. J Wallace, J Lemaire, W Ghali. Lancet 2009; 374: 1714-21

Bijlage: Vragenlijst

Beweging

Denk bij deze vragen aan de lichaamsbeweging die u doet op uw werk, in huis en in de tuin, tijdens verplaatsingen, en in uw vrije tijd als ontspanning, lichaamsbeweging of sport.

Zware lichamelijke inspanning

= een intense lichamelijke inspanning waarbij u veel sneller en dieper ademt dan gewoonlijk

1. Op hoeveel dagen deed u tijdens de **afgelopen 7 dagen** activiteiten die een **zware** lichamelijke inspanning vereisen zoals zwaar tilwerk, spitten, aerobics, joggen, voetbal,...?

   ... dagen/week (indien uw antwoord '0 dagen' is, ga naar vraag 8)

2. Hoeveel tijd besteedt u op zo'n dag gewoonlijk aan **zware** lichamelijke activiteiten?

Minder dan 15 minuten / 15-30 minuten / 30-60 minuten / Meer dan 60 minuten

Matige lichamelijke activiteiten

= matige lichamelijke inspanning waarbij u iets sneller en dieper ademt dan gewoonlijk

3. Op hoeveel dagen deed u tijdens de **afgelopen 7 dagen** activiteiten die een **matige** lichamelijke inspanning vereisten zoals het dragen van lichte lasten, het fietsen op een normaal tempo, lichte sporten zoals dubbelspel bij tennis, zwemmen,...? (NIET wandelen of stappen!)

   ... dagen/week indien uw antwoord '0 dagen' is, ga naar vraag 10

4. Hoeveel tijd besteedt u op zo'n dag gewoonlijk aan **matige** lichamelijke activiteiten?

Minder dan 15 minuten / 15-30 minuten / 30-60 minuten / Meer dan 60 minuten

Wandelen

= wandelen of stappen, zowel op het werk als thuis, als stappen om u van de ene plaats naar de andere te verplaatsen en elke andere vorm van wandelen die u doet voor recreatie, sport, oefening of vrije tijd

5. Op hoeveel dagen hebt u tijdens de **afgelopen 7 dagen** gedurende **minstens 10 minuten** aan één stuk **gewandeld of gestapt**?

   ... dagen/week indien uw antwoord '0 dagen' is, ga naar vraag 12

6. Hoeveel tijd besteedt u op zo'n dag gewoonlijk aan **wandelen of stappen**?

Minder dan 15 minuten / 15-30 minuten / 30-60 minuten / Meer dan 60 minuten

*Lichaamsbeweging in uw **vrije tijd***

7. Hoe kan u het best uw vrijetijdsbesteding in het **afgelopen jaar** omschrijven?
   - *Harde training en competitiesport meer dan 1 keer per week*
   - *Joggen en andere recreatiesporten of tuinieren, tenminste 4 uur per week*
   - *Joggen en andere recreatiesporten of tuinieren, minder dan 4 uur per week*
   - *Wandelen, fietsen of andere niet-inspannende activiteiten ten minste 4 uur per week*
   - *Wandelen, fietsen of andere niet-inspannede activiteiten, minder dan 4 uur per week*
   - *Lezen, tv-kijken of andere zittende activiteiten*
8. Bent u gedurende uw vrije tijd tenminste **1 keer per week** lang genoeg met een lichaamsbeweging (zoals joggen, fietsen,...) bezig zodat u ervan zweet?
   - *Ja*
     - *Minder dan 15 minuten*
     - *15-30 minuten*
     - *30-60 minuten*
     - *Meer dan 60 minuten*
   - *Nee*

Voeding en gewicht

9. Wat is uw BMI?
   - *In te vullen*
10. Wat is uw middelomtrek? (dit is de buikomtrek ter hoogte van de navel)
    - *In te vullen cm*

11. Duid op de volgende schaal aan in hoeverre u de aanbevlingen van de actieve voedingsdriehoek volgt

    Altijd / Meestal wel / Evenveel wel dan niet / Meestal niet / nooit

Algemene preventie

12. Hebt u een vaste huisarts of een vaste huisartsenpraktijk, behalve uzelf? (een huisarts die u doorgaans contacteert in geval van gezondheidsproblemen) *Ja / Nee*
13. Rookt u? *Ja / Nee, ik ben een ex-roker / Nee, ik heb nooit gerookt*
14. Hoe vaak drinkt u alcohol?

Nooit / 1 keer per maand of minder/ 2-4 keer per maand / 2-3 keer per week / 4 of meer keer per week

15. Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen drinkt u dan gewoonlijk op een dag?

Eén of 2 / 3 of 4 / 5 of 6 / 7 tot 9 / 10 of meer / ik drink geen alcohol

16. Werd u de voorbije 2 weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?

Ja / Nee

17. Werd u de voorbije 2 weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed? *Ja / Nee*
18. Welke van volgende preventiemaatregelen volgt u zelf op (zoals aangegeven in de Gezondheidsgids van Domus Medica)?
    - *Cardiovasculair risicoprofiel met o.a. SCORE, bloeddrukmeting, cholesterol of glycemie*
    - *Tetanusvaccinatie*
    - *Colonkankerscreening d.m.v. iFOBT of colonoscopie*
    - *Vrouwen: Cervixkankerscreening d.m.v. uitstrijkje*
    - *Vrouwen: Borstkankerscreening met klinisch of radiologisch onderzoek*
    - *Geen van bovenstaande*