

Hoe preventief is de jeugdgezondheidszorg ?



Auke Wiegiersma, jeugdarts/epidemioloog bij de GGD in Groningen, keek onder andere naar het effect van open spreekuren op scholen voor voortgezet onderwijs en van preventieve gezondheidszonderzoeken (PGO's). De gedachte is dat beide zouden leiden tot een betere (geestelijke) gezondheid en een gezondere leefstijl, zoals minder gebruik van tabak, alcohol en softdrugs, betere voedingsgewoonten en minder frequent voorkomen van overgewicht. Daarnaast evalueerde Wiegiersma het effect van scoliose-screeningen en ging hij na in hoeverre die leiden tot een significante vermindering van het aantal operaties wegens idiopathische scoliose.

Zijn bevindingen zijn niet onverdeeld gunstig. Zo blijkt scoliose-screening niet aantoonbaar te leiden tot het terugbrengen van het aantal operaties. Wiegiersma zegt dan ook dat de JGZ de screening moet heroverwegen.

Maar daar blijft het niet bij. Ook het preventieve effect van open spreekuren blijkt twijfelachtig. Om na te gaan in hoeverre daarvan een gunstige invloed uitgaat, keek Wiegiersma naar de incidentie van (para)suicide. Hij vond geen verschillen tussen JGZ-regio's met en zonder open spreekuren.

Bovendien vond Wiegiersma geen verband tussen open spreekuren en PGO's en de mate van geestelijke gezondheid en de 'algemene gemoedstoestand' van jeugdigen. Evenmin bleek er een positief effect te constateren van meer of minder frequente PGO's en open spreekuren op risicogedrag en eetgewoonten onder leerlingen van het voortgezet onderwijs en het voorkomen van adipositas bij (ten tijde van het onderzoek) dienstplichtige mannen op 18/19-jarige leeftijd. Integendeel, in sommige gevallen vond Wiegiersma zelfs een negatief verband met leefstijlvariabelen als het gebruik van tabak, alcohol en cannabis.

Al met al roept Wiegiersma's onderzoek nogal wat twijfels op over de preventieve effectiviteit van de JGZ. Beperkt zich dat tot de activiteiten die hij heeft onderzocht?

Wiegiersma: 'Nou, mijn onderzoek kent een vrij brede range: leefstijl, geeste-

Evenals in de andere takken van de gezondheidszorg wordt ook in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) gestreefd naar evidence-based handelen. Auke Wiegiersma ging na hoe groot de empirische steun is voor een reeks van JGZ-activiteiten. Hij promoveerde op 5 oktober aan de Katholieke Universiteit Nijmegen.

lijke gezondheid, suicide. Bovendien heb ik naar de landelijke situatie gekeken. Wat dat betreft hoef je de geldigheid van de uitkomsten niet te betwijfelen. Ik heb me dus niet geconcentreerd op bepaalde buurten of scholen. Daarvoor zou je *community-intervention trials* moeten opzetten. Waarschijnlijk vind je dan dat, in bepaalde gevallen, het aanbieden van PGO's juist wel zeer effectief kan zijn.'

Wiegiersma juicht het toe dat in de sociale geneeskunde steeds meer evidence-based wordt gewerkt. Maar er is nog een verandering nodig: 'We moeten ons minder richten op het individu en meer op de groep: de buurt of de school. Dat is niet de traditie waar de meeste artsen in zijn opgevoed. Bovendien veroorzaakt het tijdsbeslag van al die PGO's dat artsen vaak niet toekomen aan een kritische reflectie op hun handelen.

'In Groningen hebben we al in 1992, op grond van onderzoek in eigen gelede- ren, besloten af te zien van de PGO's. We ontdekten dat PGO's in minder dan 1 promille van de gevallen een aandoening aan het licht brachten die een verwijzing naar

de huisarts opleverde. Let wel: een aandoening die zonder PGO mogelijk niet zou zijn opgemerkt.'

De JGZ bevindt zich op een keerpunt, meent Wiegiersma. Gedifferentieerd te werk gaan, dat wordt het parool. 'Kijk naar de situatie in een buurt of op een schooltype. Maak daar als het ware een diagnose van en bepaal dan welke preventieve maatregelen noodzakelijk zijn. Neem bijvoorbeeld de leefstijl van leerlingen in het middelbaar beroepsonderwijs. Die blijkt in veel gevallen niet erg gezond. Daar moet dus een goed programma tegenover staan.'

Wiegiersma is een uitgesproken voorstander van een 'leerlingenweegstelsel'. Dat houdt in dat in kaart wordt gebracht in welke stedelijke gebieden of regio's bepaalde problemen onder jeugdigen vaker voorkomen dan elders. En welke gebieden daarom een zware of juist minder zware

JGZ verdienen. 'Het komt er concreet op neer dat je in het ene gebied meer jeugdartsen nodig zult hebben dan in het andere', licht Wiegiersma toe.

Hij weet dat de JGZ in toenemende mate te maken krijgt met psychosociale problematiek. Reden waarom hij het raadzaam vindt ook eens te denken aan meer psychologen of orthopedagogen bij sommige GGD's. 'Maar we moeten niet overdrijven', relativeert hij. 'Veel van die problemen zijn gebonden aan de puberteit. Ze gaan vanzelf over. Uit onderzoek blijkt dat maar

ongeveer eenderde van de jongeren op latere leeftijd daar nog nadelige gevolgen van ondervindt.'

Henk Maassen

P.A. Wiegiersma - Long term effects of preventive activities of youth health care for schoolchildren in the Netherlands, 1999 (geen handelseditie, verkrijgbaar via de GGD Groningen)



JGZ: minder op het individu, meer op de groep ...

» BRIEVEN «

Plaatsing in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de erin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. De omvang van uw ingezonden brief dient te worden beperkt tot maximaal 300 woorden. Als het even kan: aanleveren op diskette of per e-mail.

Wel of geen doktersbriefje



Hartelijk dank voor het heldere artikel 'Wel of geen doktersbriefje' (MC nr. 37/1999, blz. 1243). Zou het een idee zijn om weer eens een officieel KNMG-A4'tje te maken waar (vooral) op staat waarvoor wij geen verklaringen kunnen schrijven: tentamens/examens, annuleringsverzekeringen, huisvesting, vliegtuigstoelen met voldoende beenruimte, duikvakanties, etcetera. Misschien kan dan worden afgesloten met het advies aan de patiënt om zelf een brief te schrijven die eindigt met de zin: 'En tevens machtig ik hierbij uw medisch adviseur/controleur om schriftelijk informatie in te winnen bij mijn (huis)arts: dr. ...'
Bij voorbaat dank!

Oegstgeest, september 1999
G.A. VAN DER STEENHOVEN, huisarts

Werkdruk huisartsen



In de media hoor ik nooit iets over de (on)vanzelfsprekendheid van 24-uurs bereikbaarheid. Natuurlijk vind ik dat medische zorg 24 uur laagdrempelig beschikbaar moet zijn: tijdens werkuren voor alle hulpvragen, daarbuiten alleen voor spoedgevallen. De vraag is of dat nu nog net zo moet als het altijd is gegaan, namelijk alleen door huisartsen. Destijds is overeengekomen dat huisartsen voor het te ontvangen abonnementsgeld 7 x 24 uur bereikbare huisartsenzorg regelen. Omdat een arts dat niet alleen kan doen, geschiedt dit door middel van

een waarneemgroep. Een week telt 7 x 24 uur = 168 uur. Als elke huisarts 40 uur in zijn praktijk tijdens werkuren werkt, blijven er 128 diensturen over. Omdat 20.000 patiënten het maximum is in de waarneming, worden zij over ten hoogste acht artsen (met een norm-

praktijk) verdeeld, dus 128: 8 = 16 diensturen per arts. Conclusie: de minimale werk-/diensttijd voor de Nederlandse huisarts is 40 + 16 = 56 uur per week. Omdat vrijwel iedere huisarts meer dan veertig werkuren heeft en er op veel momenten door meer dan één huisarts wordt

dienstgedaan, zal het weinigen lukken het werk tot die 56 uur te beperken. En dan hebben we het nog niet over de tijd die wordt besteed aan bijvoorbeeld nascholing, vergaderingen en administratie. Is die indertijd gemaakte afspraak van 7 x 24 uur zorg en het daarbijbehorende honora-

Hoe preventief is de jeugdgezondheidszorg?



Reactie Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG) op het interview met dr. A. Wiegiersma in de rubriek 'Promotie' (MC nr.40/1999, blz. 1373).

Onlangs is in Nijmegen dr. Wiegiersma gepromoveerd op een proefschrift waarin de effectiviteit van de jeugdgezondheidszorg in twijfel wordt getrokken. Het proefschrift bevat forse uitspraken over het nut van preventieve onderzoeken in de jeugdgezondheidszorg, hoewel maar een paar onderwerpen van de tientallen onderwerpen die tijdens een preventief onderzoek worden besproken, zijn onderzocht. Bovendien heeft het proefschrift dusdanige methodologische gebreken, zoals het ontbreken van voormetingen, dat op grond van dit onderzoek geen uitspraken mogelijk zijn. Eén voorbeeld hiervan is dat Wiegiersma stelt dat er geen verschil in aantal operaties wegens scoliose te zien is bij gescreende en niet-gescreende kinderen. Hij maakt hier een denkfout: het doel van screening op scoliose is niet het voorkomen van operaties, maar het vroegtijdig opsporen van afwijkingen. En dat lukt kennelijk wel: een eenvoudige berekening aan de hand van de door Wiegiersma in zijn proefschrift gegeven tabel 2.1 geeft aan dat gescreende kinderen gemiddeld zes maanden eerder worden geopereerd dan niet-gescreende kinderen. Bij een ernstig invaliderende progressieve ziekte als scoliose mag dan niet worden gesteld dat screening geen effect heeft.

De NVJG stelt op objectieve gronden dat preventieve onderzoeken buitengewoon effectief zijn voor het bewaken van de vaccinatiegraad, voor advies op maat bij lichamelijke en psychisch-sociale problemen en voor tijdige opsporing van bepaalde afwijkingen als doofheid en slecht zien.

Naast de preventieve onderzoeken worden veel collectief gerichte activiteiten gedaan, zoals voorlichting aan groepen, advies aan scholen en cursussen voor ouders. Het effect van de jeugdgezondheidszorg blijkt onder andere uit de daling van het aantal sterfgevallen aan wiegendood, het vrijwel verdwijnen van polio en difterie en het lage aantal tienerzwangerschappen bij Nederlandse meisjes.

Naast de preventieve onderzoeken voor groepen kinderen en de collectieve activiteiten gebeurt er nog veel meer in de jeugdgezondheidszorg. De minister van VWS overweegt om binnenkort een landelijk basispakket voor de jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19 jaar in te stellen. Er is subsidie voor het maken van standaarden voor de jeugdgezondheidszorg. Standaarden geven wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor onderzoek, signalering en verwijzing. Er vinden peilstation-onderzoeken plaats die inzicht geven in de gezondheidstoestand van de Nederlandse jeugd.

De jeugdgezondheidszorg heeft de zorg over vier miljoen kinderen. De NVJG is van mening dat voor een goede zorg gedegen wetenschappelijk onderzoek nodig is. Helaas zijn voor dit grote en belangrijke werkterrein in Nederland slechts twee deeltijdhoogleraren jeugdgezondheidszorg aangesteld.

Zeist, oktober 1999
M.M. WAGENAAR-FISCHER, voorzitter NVJG

>> BRIEVEN <<

Plaatsing in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de erin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. De omvang van uw ingezonden brief dient te worden beperkt tot maximaal 300 woorden. Als het even kan: aanleveren op diskette of per e-mail.

Zilveren Kruis



Als een van de grootste ziekenfondsen zou Zilveren Kruis voorop moeten lopen in toonaangevend gedrag. Helaas is daarvoor geen sprake.

Reeds bijna twee jaar is Zilveren Kruis achter met zijn betalingen die binnen dertig dagen aan de specialist horen te worden voldaan. Dit kan oplopen tot zestien à twintig rekeningen in de tijdsspanne van een halfjaar.

Rekeningen worden zonder begeleidend schrijven gerecentreerd. Er worden betaalstaten verstuurd, maar zonder opgave van reden wordt toch niet uitbetaald. Wilt u een klacht indienen, dan kan dat altijd. U moet alleen geen reactie verwachten. Ook hoeft de specialist geen aanspraak te maken op de gederfde rente, zoals landelijk is afgesproken. Allemaal zaken die niet door de beugel kunnen. Voor de patiënt die bij Zilveren Kruis is verzekerd, zal dit een probleem worden. Als dit niet snel verandert, zullen zij direct moeten betalen voor een behandeling, of zij zullen worden geweigerd. Voor dit ziekenfonds is een kwaliteitstoetsing, zoals de specialisten en de ziekenhuizen die ook ondergaan, zeer aan te bevelen.

Hilversum, november 1999
A.R. WIEGEL, OOGARTS

Naschrift

Zilveren Kruis wil zich graag ontwikkelen tot een mensgerichte verzekeringsmaatschappij die midden in de samenleving staat. Aandacht en zorgvuldigheid ten opzichte

van klanten, zorgverleners en andere relaties, staan daarin centraal.

Het door de heer Wiegel beschreven gedrag past geenszins in het streven van Zilveren Kruis en dat betreuren wij zeer!

Zilveren Kruis kampt al langer met problemen in de administratie en de dienstverlening. Dit jaar hebben wij belangrijke stappen gezet ter verbetering van de service, waaronder de afhandeling van declaraties. Wij zullen dan ook contact opnemen met de heer Wiegel om een einde te maken aan de door hem beschreven onzorgvuldige gang van zaken.

Noordwijk, november 1999
MW. O. KOLENBURG-KEUNE, hoofd afdeling Communicatie, Zilveren Kruis

Hoe preventief is de jeugdgezondheidszorg? (2)



Hoewel het mijn voorkeur heeft de discussie over (de toekomst van) de jeugdgezondheidszorg (JGZ) tot de beroepsgroep en relevante beleidsmakers te beperken, noopt de ingezonden brief van mw. Wagenaar-Fischer, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (MC nr. 42/1999, blz. 1422) mij tot een weerwoord.

Wat mij het meest verontrust en doet vrezen voor de toekomst van de JGZ is het sterk defensieve karakter van haar reactie. In plaats van het profielschrift te zien als een aanzet tot een kritische bezinning op het eigen handelen en een verdere evaluatie van preventieve activiteiten, verliest

de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg zich in details, met als expliciet doel om, koste wat het kost, de huidige werkwijze te handhaven. Ik wil hierbij nog voorbijgaan aan het feit dat de wijze waarop dit gebeurt op zijn minst weinig wetenschappelijk is.

Ik wil bij dezen met nadruk pleiten voor een open discussie, waarbij het beantwoorden van de vraag op welke wijze de JGZ een effectieve bijdrage kan leveren aan het bevorderen van de gezondheid van jeugdigen, vooropstaat. Niet ten overvloede, want het betreft hier ook jeugdigen als MBO-leerlingen, schoolverlaters, spijbelaars en randgroepjongeren. Dit is dus niet (alleen) een opportune selectie van jongeren die vanwege schoolbezoek zo eenvoudig bereikbaar zijn.

Groningen, november 1999
DR. P.A. WIEGERSMA, jeugdarts/epidemioloog

Zorg voor diabetespatiënten



Als student farmacie en toekomstig medewerker in de gezondheidszorg wil ik enkele opmerkingen plaatsen naar aanleiding van het artikel van Van Leeuwen c.s. (Medisch Contact nr. 43/1999, blz. 1482).

In dit overzicht wordt voor patiënten met diabetes type 2 een zorgmodel beschreven dat uitgaat van samenwerking tussen alle partijen in de eerste lijn: artsen, diabetesverpleegkundigen, diëtisten, wijkverpleegkundigen en de diabetesdienst van het SCAL.

Volgens mij is de apotheek ook één van de partijen in de eerste lijn die een belangrijke bijdrage kan leveren aan het optimaliseren van de zorg voor de diabetespatiënten. De apotheek zorgt behalve voor een goede farmacotherapeutische begeleiding ook voor andere diensten, waaronder voorlichting over bloedglucosemeters en de uitgifte van de diabetespas. Dat de zorg voor de diabetespatiënt in de apotheek centraal staat, blijkt onder meer uit de *diabetes-check*, die naar aanleiding van het totstandkomen van de Farmaceutische Patiënten Zorg (FPZ)-standaard 'Diabetes mellitus type 2' is opgezet. Ik hoop dan ook dat het niet opnemen van de apotheek in dit artikel berust op een misverstand.

Ik ben het helemaal met de visie van de auteurs eens dat de zorg voor de diabetespatiënt wordt geoptimaliseerd door goede samenwerking met alle partijen. Als ik naar de figuur bij het artikel kijk, krijg ik de indruk dat de auteurs voor de huisarts een belangrijker rol in gedachten hebben dan voor de andere partijen. De huisarts staat immers bovenaan en is in vette letters gedrukt. Volgens mij wordt het beste resultaat bereikt wanneer samenwerking is gebaseerd op gelijkwaardigheid en respect voor ieders specifieke inbreng. In de toekomst hoop ik me met alle bovengenoemde, toekomstige collega's in te zetten voor een goede diabeteszorg!

Groningen, november 1999
SANDER BOGSTEEDE, student farmacie, na doctoraal bezig met apothekersopleiding