

Abstracts mondelinge presentaties

wat is de huidige kennis over (kosten) effectieve interventies?, (2) welke effectief bewezen/kansrijke interventies zijn er voor welke doelgroepen en binnen welke settings?, en (3) welke interventies kunnen worden gestimuleerd?

Via bekende zoekmachines (Psychinfo, Pubmed, Google, Qui), relevante sites en contactpersonen is informatie verzameld over interventies op het gebied van bevorderen stoppen met roken, en over nationale en internationale effectstudies van bestaande interventies. Daarbij is informatie gezocht over psychosociale interventies, farmaceutische interventies, omgevingsinterventies, beleidsinterventies en maatregelen en massamediale campagnes. Er worden aanbevelingen gedaan voor de doelgroepen jongeren, volwassenen, patiënten, achterstandsgroepen, zwangere vrouwen, psychiatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten.

Voor jongeren bestaan er op dit moment nog weinig stoppen-met-roken interventies en bestaat er nog relatief weinig kennis over determinanten van stoppen met roken. Aanbevelingen richten zich vooral op onderzoek en daarnaast op beleidsmaatregelen zoals het invoeren van accijnsverhoging en het terugdringen van verkooppunten van rookartikelen. Voor volwassenen bestaan er vrij veel interventies, maar de effectiviteit van veel interventies is nog niet (binnen Nederland) aangetoond. Bij het stellen van prioriteiten voor onderzoek dienen die interventies als eerste op effectiviteit onderzocht te worden die het grootste bereik hebben. Voor patiëntengroepen wordt onderzoek ter bevordering van de effectiviteit van de H-MIS en de C-MIS sterk aanbevolen. Deze interventies zijn te weinig intensief, zeker voor longpatiënten en patiënten met hart- en vaatziekten. Verder dient beleid gericht te zijn op het bevorderen en optimaliseren van de rol van de verschillende gezondheidsintermediairs. Voor lage welstandsgroepen dient meer inzicht verkregen te worden in redenen voor lage deelname aan stoppen met roken interventies, vroegtijdige uitval en hoge relapse.

Etnische verschillen in zorggebruik voor psychische klachten: Turkse, Marokkaanse en autochtone inwoners van Amsterdam vergeleken

T.J.L. Fassaert,¹ M.A.S. de Wit, W.C. Tuinebreijer,¹ J. Dekker,² A.T.F. Beekman,³ W.H.M. Gorissen,⁴ A.P. Verhoeff¹

¹GGD Amsterdam, Amsterdam

²GGZ Mentrum/VU, Amsterdam

³GGZ Buitenamstel/VU, Amsterdam

⁴AMC/De Meren, Amsterdam

E-mail: tfassaert@ggd.amsterdam.nl

Bij Turkse en Marokkaanse migranten in Nederland komen angst- en stemmingsstoornissen vaker voor dan bij autochtone Nederlanders. Tegelijkertijd bestaat de indruk dat het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) door Turkse en Marokkaanse migranten achterblijft. Dergelijke verschillen kunnen duiden op verschillen in toegankelijkheid van zorg. Onderzoek daarnaar is erg belangrijk omdat (a) nog steeds onduidelijk is of deze verschillen bestaan, (b) angst- en stemmingsstoornissen een aanzienlijke ziektelast met zich meebrengen en (c) voor beide aandoeningen effectieve behandelmethoden bestaan. Met behulp van het filtermodel van Gold-

berg en Huxley beschrijft dit onderzoek mogelijke etnische verschillen in zorggebruik in Amsterdam.

Op de periodieke Amsterdamse gezondheidsmonitor (AGM) van 2004 volgde in 2005 een 2de fase, gericht op het inventariseren van geestelijke gezondheid van Amsterdammers. Meer dan 800 inwoners van Amsterdam van Nederlandse, Turkse en Marokkaanse afkomst namen daartoe deel aan een gestructureerd interview in de eigen taal, bestaande uit verschillende gevalideerde vragenlijsten, zoals de Composite International Diagnostic Interview (CIDI) voor angst en depressie. Zorggebruik werd gemeten met de Trimbos/iMTA questionnaire for Costs associated with Psychiatric Illness (Tic-P). Gegevens worden geanalyseerd met behulp van multivariate logistische regressie-analyse, daarbij rekening houdend met sociodemografische verschillen tussen groepen.

Overall lijken er geen etnische verschillen in zorggebruik van eerstelijns en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg bij mensen met een diagnose stemmings- of angststoornissen. Secundaire analyses worden op dit moment uitgevoerd om mogelijke etnische verschillen in patronen in zorggebruik in kaart te brengen. Van alle respondenten die psychische klachten rapporteerden, lijken Marokkanen bijvoorbeeld vaker in zorg bij de huisarts of bedrijfsarts in vergelijking met autochtonen (OR=6.24, CI 1.08-36.2). Daarnaast lijken Turken met psychische klachten vaker dan autochtonen te worden verwezen naar de ambulante GGZ (OR=5.92, CI 1.64-21.4).

Deze voorlopige resultaten wijzen niet in de richting van een achterstand in zorggebruik door migranten met psychische klachten. Integendeel; er is lange tijd veel werk gemaakt van het verbeteren van de toegankelijkheid van de GGZ voor migranten, wat kennelijk geholpen heeft. Onderzoek naar verschillen in GGZ-gebruik op andere gebieden, zoals continuïteit van zorg, blijft echter belangrijk.

Basisvoorwaarden voor de invoering van standaarden jeugd-gezondheidszorg

M.A.H. Fleuren, M. Kamphuis

TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

E-mail: margot.fleuren@tno.nl

Vanaf 1998 worden op aanwijzing van de Minister JGZ-standaarden ontwikkeld en geïmplementeerd. De volgende JGZ-standaarden zijn verschenen: Gehoorstoornissen (1998), Visuele Stoornissen (2002), Methodiek Scoliose (2003), Aangeboren Hartafwijkingen (2005) en Secundaire Preventie (gereed in 2007).

TNO Kwaliteit van Leven heeft een raamwerk voor verspreiding en invoering van JGZ-standaarden ontwikkeld. Alle JGZ-standaarden worden conform dit raamwerk ingevoerd en geëvalueerd. Een onderdeel vormt de opzet van een ondersteuningsstructuur. Op landelijk niveau is het Samenwerkingsverband Implementatie opgericht dat bestaat uit de koepelorganisaties en beroepsverenigingen binnen de jeugdgezondheidszorg en TNO KvL (penvoerder). Bij elke Thuiszorginstelling, GGD en Stichting MOA is een implementatiecoördinator gezocht die de invoering in de eigen organisatie ter hand neemt en de schakel is naar alle individuele artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten. Voordat een standaard gepubliceerd wordt vindt een determinantenanalyse en proefimplementatie plaats.

Abstracts mondelinge presentaties

Op basis daarvan wordt de standaard bijgesteld, scholing en andere invoerstrategieën ontwikkeld.

Inmiddels is aanzienlijke ervaring opgedaan met de invoering van de JGZ-standaarden. In opdracht van VWS en gefinancierd door ZonMw heeft TNO KvL onderzoek gedaan naar de basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de JGZ-standaarden. Enerzijds is buiten de JGZ gekeken naar de invoering van standaarden bij aanpalende beroepsgroepen. Anderzijds is de huidige wijze van invoering geevalueerd bij mensen/organisaties die verschillende posities binnen de JGZ innemen (hoofden JGZ, implementatiecoördinatoren, koepel- en beroepsorganisaties).

De methodiek die ten grondslag ligt aan de invoering van de JGZ-standaarden lijkt solide, ook in vergelijking met die van aanpalende beroepsgroepen. De respondenten waren unaniem van mening dat de verspreiding en de initiële implementatie van de JGZ-standaarden redelijk goed verloopt. Het vervolgtraject na de initiële implementatie (inclusief de borging) en de evaluatie verlopen nog niet goed. Belangrijke knelpunten zijn het ontbreken van een goed beleidskader, een landelijke regie en financiering. Daardoor kunnen veel van de noodzakelijke activiteiten voor een goede invoering niet of maar deels uitgevoerd worden.

Tijdens het congres wordt ingegaan op de knelpunten en oplossingen. Daarbij komen ook de rol van het Centrum Jeugdgezondheid, het ZonMw-programma Jeugd en VWS aan bod.

Verschillen in organisatie van diabeteszorg in de eerste lijn

A.S. Fokkens, P.A. Wiegersma, S.A. Reijneveld

UMCG, Groningen

E-mail: a.s.fokkens@med.umcg.nl

Het wordt steeds duidelijker dat de behandeling van diabetes type 2 niet slechts gaat om de controle van de bloedsuiker. De complicaties die bij diabetes kunnen optreden zouden (deels) kunnen worden voorkomen door goede zorg. In een regio in Friesland maken huisartspraktijken gebruik van protocollaire diabetes zorg, het Diabetesproject Friesland Noord (DFN). Deze gestructureerde zorg bestaat uit multidisciplinaire samenwerking, educatie, registratie programma van patiënt gegevens en feedback op zorg uitkomsten.

Doel van dit onderzoek is na gaan of diabeteszorg in huisartspraktijken waar gebruik wordt gemaakt van diabetes protocollen leidt tot een andere werkwijze dan huisartspraktijken waar geen gebruik wordt gemaakt van deze protocollen.

Er wordt een vergelijking gemaakt tussen patiënten en zorgverleners uit praktijken die deelnemen en patiënten en zorgverleners uit praktijken die niet mee doen aan een gestructureerd zorg project. De organisatie van diabeteszorg en de tevredenheid van de zorgverleners en de patiënten worden in kaart gebracht door middel van een vragenlijst (wie voert de controles uit, overleg structuur, doorverwijzing).

De eerste analyses laten zien dat in gestructureerde zorg volgens DFN meer overleg plaats vindt met de diabetesverpleegkundige en de diëtiste, er minder wordt doorverwezen naar de internist voor het instellen op insuline, de diabetespas frequenter wordt gebruikt en er meer nascholing wordt gevolgd door de huisarts. In de DFN groep wordt door de patiënten significant vaker aangegeven goede uitleg en adviezen te krijgen over voeding en voetverzorging dan in de controle groep. In de

DFN groep geeft 88% dit voor voeding aan vs 77% in de controle groep en voor voetverzorging geeft 82% dit aan in de DFN groep vs 64% in de controle groep.

Het invoeren van gestructureerde zorg protocollen leidt tot multidisciplinaire samenwerking en tot minder door verwijzingen naar de tweede lijn. Patiënten geven vaker aan dat ze goede uitleg en adviezen krijgen in de DFN groep.

Etnische verschillen in de prevalentie van prematuriteit; kan een cumulatie van risicofactoren dit verklaren?

G. Goedhart,¹ M. van Eijsden,¹ M.F. van der Wal,¹ G.J. Bonse²

¹GGD Amsterdam, Amsterdam

²AMC, Amsterdam

E-mail: ggoedhart@ggd.amsterdam.nl

Prematuriteit (zwangerschapsduur < 37.0 weken) is een van de belangrijkste oorzaken voor perinatale ziekte en sterfte, en bijbehorende medische kosten. Immigrante vrouwen in Nederland krijgen vaker een prematuur kind dan Nederlandse vrouwen. Om deze etnische verschillen te kunnen verklaren hebben we allereerst de risicofactoren voor prematuriteit, uitgesplitst naar spontane en iatrogene bevallingen, onderzocht. Vervolgens hebben we onderzocht of een cumulatie van risicofactoren onder de immigrante groepen verantwoordelijk is voor de etnische verschillen in prematuriteit.

Participanten van de Amsterdam Born Children and their Development (ABCD) studie, een prospectieve cohortstudie, vulden in het begin van hun zwangerschap een vragenlijst in. Deze gaf informatie over de volgende risicofactoren: leeftijd, pariteit, BMI, opleiding, burgerlijke staat, roken, alcoholgebruik, depressie, fysiek zwaar werk, obstetrische geschiedenis, hypertensie en vaginale klachten. De zwangerschapsduur werd verzameld door de Jeugdgezondheidszorg. Informatie over het type bevalling (spontaan of iatrogeen) kwam beschikbaar door een koppeling met de Perinatale Registratie Nederland. Het geboorteland van de zwangere en haar moeder waren bepalend bij het samenstellen van de etnische groepen. Met logistische regressie analyse werd achtereenvolgens de relatie tussen de risicofactoren en prematuriteit, en de relatie tussen een cumulatieve risico-score, etniciteit en prematuriteit onderzocht. Alleen eenlingen met een zwangerschapsduur van ≥ 24.0 weken werden geïncludeerd ($n=7494$).

Significante risicofactoren voor prematuriteit zijn het krijgen van een eerste kind, obesiteit, roken, hypertensie, en een eerdere vroeggeboorte of miskraam. Vrouwen van Surinaamse en Ghanese afkomst hebben een groter risico op prematuriteit, zowel de spontane als iatrogene vorm, dan Nederlandse vrouwen, ook na correctie voor de risicofactoren. Antilliaanse vrouwen hebben alleen een verhoogd risico op iatrogene vroeggeboortes. Turkse en Marokkaanse vrouwen hebben geen verhoogd risico. Een cumulatie van risicofactoren leidt met elke extra risicofactor tot een groter risico op prematuriteit (OR (95% CI) = 9.8 (5.1-19.2) voor > 5 risicofactoren) en tot het verdwijnen van significante etnische verschillen.

Een cumulatie van risicofactoren onder immigranten verklaard voor een groot deel de etnische verschillen in de prevalentie van prematuriteit. Preventie van prematuriteit onder immigrante groepen vraagt dus om een brede aanpak op meerdere risicogebieden tegelijk.