

## Is een langer consult ook beter?

Betere zorg voor een lagere prijs is een beleidsdoelstelling die niet alleen in Nederland maar ook in de Verenigde Staten wordt nagestreefd. Net als bij ons in Nederland zagen de Amerikaanse huisartsen hun werklast het laatste decennium toenemen. Oorzaak was een toename van consultvragen, onder andere door een steeds verouderende populatie met meer complexe ziekten. Naast deze ontwikkeling daalde het inkomen van de Amerikaanse huisarts de laatste tien jaar met 10%. Beleidsmakers gingen ervan uit dat de huisartsen hun gedeelde inkomen wel zouden pogen aan te vullen met meer consulten van kortere duur.

Daarom werd tussen 1997 en 2005 een onderzoek uitgevoerd met de vragen of het percentage huisartsconsulten was toegenomen en of de consultduur in de genoemde jaren was afgenomen. Tevens werd onderzocht of de lengte van het consult van invloed was op de kwaliteit van de zorg. Wat bleek? In de genoemde jaren steeg het aantal huisartsconsulten met 10% per hoofd van de bevolking. De consultduur steeg van 18 naar 21 minuten ( $p < 0,001$ ). Hoewel de consultduur steeg zag men weinig effect op de verbetering van kwaliteit. Deze nam licht toe voor consulten die screening op het cardiovasculaire risicoprofiel of counseling

voor voedingsadvies bij diabetes tot doel hadden. Men zag geen effect van een langere consultduur op therapietrouw voor wat betreft de inname van medicijnen. De onderzoekers adviseerden voor de screening en counseling meer praktijkondersteuners in te zetten en tevens het honorarium van de huisarts te verhogen om meer tijd te kunnen spenderen aan deze consulten. Geluiden die de Nederlandse huisartsen niet vreemd zijn.

Hans Uijen

Chen LM, et al. Primary care visit duration and quality. Does good care take longer? *Arch Intern Med* 2009;169:1866-72.

## Slaapapnoe bij diabetes: eerst afvallen

Schijnbaar was het nog onvoldoende bewezen, maar afvallen werkt echt bij slaapapnoe. Amerikaanse onderzoekers randomiseerden in een multicenter onderzoek 264 diabetes met overgewicht (gemiddeld 102 kg) én obstructief slaap apnoe syndroom (OSAS) naar een intensief gewichtsreductieprogramma of naar *usual care* waar de gewone adviezen bij diabetes werden gegeven.

De patiënten in het intensieve programma waren na 1 jaar gemiddeld ruim 10 kg afgevallen, de *usual care* groep gemiddeld niet 1 kg. Het aantal apnoes nam sterk af in de gewichtsverliezende groep, en bij driemaal zoveel patiënten in de intensieve groep verdwenen de slaapapnoes zelfs helemaal. De mate van gewichtsreductie voorspelde voor een belangrijk deel of de apnoes verminderden of verdwenen. Dit effect trad eigenlijk pas echt op als patiënten meer dan 10 kg afvielen. Dit klopt wel met ervaringen in de praktijk: bij snurken en verdenking op OSAS is het belangrijker om de patiënt te motiveren

om af te vallen dan uitgebreide diagnostiek in te zetten. Als het patiënten lukt om écht af te vallen, dan verdwijnen de apnoes vaak als sneeuw voor de zon. Allerlei ingewikkelde apparatuur kan dan in de kast blijven.

Henk Schers

Foster GD et al. A randomized study on the effect of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes. *The Sleep AHEAD Study. Arch Intern Med* 2009;169:1619-26.



Foto: Shutterstock/  
Dwight Smith