

Een kwart ons per sigaret

Rookgedrag van zwangeren en geboortegewicht

H. ADRIAANSE
J.A. KNOTTNERUS
L.R. DELGADO
ET AL.

In dit onderzoek werden 796 enkelvoudig zwangere vrouwen ondervraagd over hun rookgewoonten zowel voor als tijdens de zwangerschap; daarnaast werden pariteit, bloeddruk, mate van gewichtstoename, zoutbeperking, alcoholconsumptie en duur van de zwangerschap vastgesteld. Bij de aanvang van de zwangerschap rookte 52 procent van de onderzochte vrouwen, terwijl 36 procent nog rookte in de zevende/achtste maand. Er bleek een dosis-respons relatie te bestaan tussen de rookgewoonten (langer doorroken en roken van meer sigaretten) en een lager geboortegewicht. Voor de zwangeren die na 7 maanden nog rookten, werd per gemiddeld per dag gerookte sigaret een gemiddeld geboortegewichtsverlies van 24 gram gevonden. Ook indien rekening wordt gehouden met de verschillende covariabelen, is er een onafhankelijke invloed van het roken ter grootte van 19 gram geboortegewichtsverlies per gemiddeld per dag gerookte sigaret.

Adriaanse H, Knottnerus JA, Delgado LR, Cox H, Essed GGM. Een kwart ons per sigaret. Rookgedrag van zwangeren en geboortegewicht. Huisarts Wet 1992; 35(3): 113-6.

Zie voor gegevens over de auteurs pag. 116.

Correspondentie: Dr. H. Adriaanse, vakgroep GVO, Faculteit der Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Inleiding

Als vrouwen gedurende hun zwangerschap roken, heeft dat niet alleen invloed op hun eigen gezondheid, maar ook op die van de foetus: na roken tijdens de zwangerschap komen abortus, dysmaturitas, vroeggeboorte en perinatale sterfte vaker voor.^{1,2} Sinds in 1957 in de Verenigde Staten een gemiddeld geboortegewichtsverlies van circa 200 gram bij babies van rokende moeders ten opzichte van babies van niet-rokende moeders werd gevonden, zijn vele malen vergelijkbare resultaten gerapporteerd (tabel 1). In de meeste van deze studies is echter geen rekening gehouden met de mogelijke invloed van andere factoren, zoals bloeddruk, alcoholgebruik of zoutbeperking.

Voor een effectieve voorlichting is het van belang dat vrij gedetailleerd kan worden aangegeven 'hoe slecht één sigaret is', en in hoeverre (blijven) roken tijdens het verloop van de zwangerschap ongunstig is. Ook is het voor een gericht advies van belang te weten wanneer zwangere vrouwen meestal stoppen met roken, hoe vaak en wanneer er een recidief dreigt, en hoeveel vrouwen gewoon doorroken.

De vraagstelling van dit onderzoek luidt:

- Hoeveel zwangeren roken hoeveel sigaretten in de diverse stadia van de zwangerschap; hoeveel zwangeren stoppen met roken en hoeveel van hen beginnen weer?
- Hoe groot is het gemiddelde geboortegewichtsverlies per gerookte sigaret, rekening houdend met het tijdstip in de zwangerschap waarop (nog) gerookt wordt?
- In hoeverre wordt dit gemiddelde geboortegewichtsverlies (mede) beïnvloed door andere factoren (bloeddruk, alcoholgebruik, zoutbeperking, pariteit en gewichtstoename tijdens de zwangerschap)?

Methode

Het onderzoek vond plaats in de kliniek van het Academisch Ziekenhuis Maastricht en in de twee perifere, vrij gevestigde verloskundige praktijken in de regio Maastricht; het werd uitgevoerd onder 796 en-

kelvoudig zwangere vrouwen die hier in de loop van een aaneengesloten periode van 10 maanden kwamen voor een zwangerschapscontrole in de 30e-32e week amenorroe.¹¹ Vrouwen met een twee- of meerling-zwangerschap waren uitgesloten, evenals zwangeren die wegens bijzondere complicaties waren verwezen door andere ziekenhuizen.

Via een vragenlijst werden rookgewoonte en alcoholgebruik op vier momenten vastgesteld: vóór de zwangerschap, na drie en na zes maanden zwangerschap (retrospectief) en ten tijde van het afnemen van de vragenlijst. Na de geboorte werden uit de status gegevens overgenomen met betrekking tot geboortegewicht (vastgesteld met een geijkte elektronische weegschaal), zwangerschapsduur, verloop van bloeddruk en gewicht tijdens de zwangerschap, en een eventueel voorgeschreven zoutbeperking.

Het verband tussen het gemiddeld aantal sigaretten per dag* en het verlies aan geboortegewicht werd nagegaan via univariante lineaire regressie. Door middel van multipele lineaire regressie-analyse werd nagegaan in hoeverre het effect van roken op het geboortegewicht werd beïnvloed door een aantal covariabelen: hoogst gemeten diastolische bloeddruk, gewichtstoename (laatst gemeten gewicht minus aanvangsgewicht), pariteit, het al of niet gevolgd hebben van een zoutbeperkt dieet, en alcoholconsumptie (gemiddeld aantal glazen per week). Hierbij is als overall maat voor het roken het aantal per dag gerookte sigaretten gedurende de eerste 7 à 8 maanden genomen. Uiteraard is in deze analyse ook gecorrigeerd voor zwangerschapsduur (in weken).

Resultaten

Van 789 vrouwen waren complete gegevens beschikbaar. De leeftijdsverdeling van deze vrouwen was als volgt (afgeronde percentages):

<20 jaar	4%
20-29 jaar	73%
30-39 jaar	24%

* Gemakshalve wordt hier verder gesproken van het 'aantal sigaretten per dag'.

De gemiddelde leeftijd was 28 jaar. Bij bijna de helft van de vrouwen ging het om een eerste (nulliparae), bij 38 procent om een tweede (primiparae) en bij 14 procent om een derde of latere zwangerschap (multiparae).

Het gemiddelde geboortegewicht was 3311 gram (SD 514 g), en de gemiddelde zwangerschapsduur was 277 dagen (SD 12 dagen).

Bij het begin van de zwangerschap rookte 52 procent van de vrouwen. Bij drie maanden zwangerschap was dat 40 procent, bij zes maanden 38 procent en in de achtste maand 37 procent. Het gemiddelde aantal gerookte sigaretten per dag bedroeg op die vier meetmomenten respectievelijk 17, 10, 9 en 9.

Een omvangrijke minderheid van 48 procent rookte nooit (tabel 2). Ruim een derde van alle moeders rookte echter door tot in het derde trimester. Bij het begin van de zwangerschap rookte 23 procent van deze groep doorrokers <10 sigaretten per dag, 50 procent 10-19 sigaretten en 27 procent ≥ 20 sigaretten. In het derde trimester rookten zij minder: 76 procent <10 sigaretten per dag, 21 procent 10-20 en slechts 2 procent ≥ 20 . Er was een duidelijk stopgedrag na het vaststellen van de zwangerschap bij 12 procent van de totale onderzoeksgroep. Definitief stoppen bleef echter beperkt tot 9 procent; dat is circa één vijfde van de vrouwen die rookten op het moment dat de zwangerschap werd vastgesteld.

Uit de figuur blijkt dat er een sterke toename van het gemiddeld geboortegewichtsverlies was bij voortzetting van het roken tijdens de zwangerschap. Bovendien is er een duidelijke dosis-respons relatie tussen het aantal sigaretten per dag en een lager geboortegewicht. Een gemiddeld geboortegewichtsverlies van 24 gram per sigaret per dag gevonden na 7 à 8 maanden betekent bijvoorbeeld dat het verlies aan geboortegewicht bij een pakje per dag oploopt tot bijna een pond.

Deze trend blijft bestaan na het betrekken van de verschillende covariabelen in een multiple lineaire regressie-analyse, zij het dat de onafhankelijke bijdrage van het roken telkens iets lager was (tabel 3). Er

Tabel 1 Onderzoek naar roken en gemiddeld geboortegewichtsverlies (GGV)

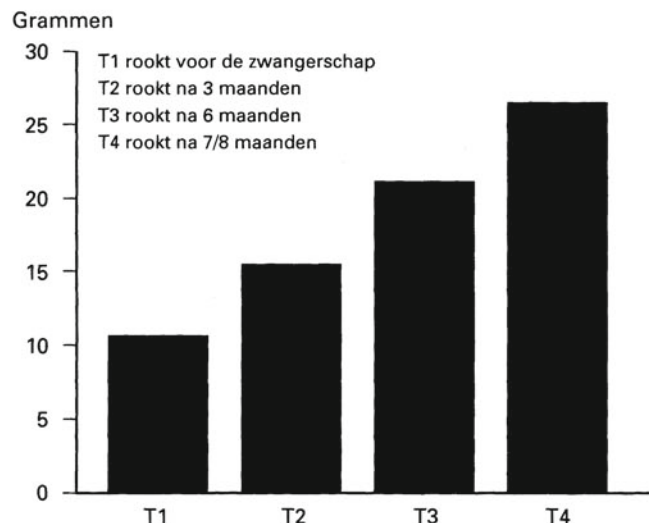
Land en jaar van onderzoek	Groeps-grootte	Rookgewoonte/aantal sigaretten per dag	GGV (grammen)
Verenigde Staten, 1957 ³	7499	roken/niet roken	200
Verenigde Staten, 1961 ⁴	2000	roken/niet roken	229
Zweden, 1964 ⁵	6363	<10 sig. p.d.	♂ 175 ♀ 151
		10-20 p.d.	♂ 186 ♀ 200
		>20 p.d.	♂ 667 ♀ 598
Nieuw Zeeland, 1978 ⁶	1248	<10 sig. p.d.	82
		10-20 p.d.	187
		>20 p.d.	305
Nederland, 1979 ⁷	2792	1- 5	121
		6-10	219
		>10	233
Nederland, 1982 ⁸	609	1- 5	147
		6-10	251
		>10	391
Nederland, 1988 ⁹	453	1- 5	195
		6-10	128
		11-15	344
		16-20	597
		>20	382

Uitgebreid literatuuroverzicht in Cox.¹⁰

Tabel 2 Classificatie van het roken van de moeder volgens Ershoff et al.¹²

Status	Zelfgerapporteerde rookgewoonte	Percentage (N=789)
Doorrokers	Rookt voor en tijdens zwangerschap op alle 4 meetmomenten	36
Vroege stoppers	Rookt voor zwangerschap stopt aan het begin	9
Midden stoppers	Rookt voor 2e en stopt voor de 4e maand	3
Late stoppers	Rookt voor 4e en stopt voor de 7e maand	2
Vroeg recidief	Rookt voor de zwangerschap, stopt, valt terug eerste maand	0
Midden recidief	Rookt voor de zwangerschap valt terug na de 4e maand	2
Laat recidief	Rookt voor de zwangerschap valt terug na de 7e maand	1
Nooit-rokers	Rookt noch voor, noch tijdens de zwangerschap	48

Figuur Gemiddeld geboortegewichtsverlies per gemiddeld per dag gerookte sigaret tijdens de zwangerschap (n=789).*



* Voor elk van de vier tijdstippen is de betreffende lineaire regressie-coëfficiënt statistisch significant ($p < 0,005$).

Tabel 3 Resultaten van de multiële lineaire regressie-analyse met als afhankelijke variabele het geboortegewicht (in grammen).

Onafhankelijke variabele	Regressie coëfficiënt	Standard error van regressie-coëfficiënt	p-waarde
Intercept (grammen)	- 2252		
Roken (gemiddeld aantal gerookte sigaretten per dag)	- 19	3,0	<0,005
Pariteit*)			
- monopariteit	69	34,1	0,04
- multipariteit	221	47,3	<0,005
Zoutbeperking (ja=1, nee=0)	- 98	33,3	<0,005
Zwangerschapsduur (weken)	149	9,9	<0,005
Gewichtstoename (kilogrammen)	20	3,4	<0,005
Hoogste diastolische bloeddruk (mm Hg)	- 5	1,7	0,01
Alcoholgebruik (gemiddeld aantal glazen per week)	10	9,5	0,27

Multiële correlatiecoëfficiënt=0,60. Verklaarde variantie=0,36.

* De variabele pariteit is geconstrueerd met behulp van twee dummy variabelen 'monopariteit' en 'multipariteit'. Bij nullipariteit hebben deze beide variabelen de waarde 0. Bij monopariteit geldt: 'monopariteit'=1 en 'multipariteit'=0. Bij multipariteit geldt: 'monopariteit'=0 en 'multipariteit'=1. Te zien is dat monoparae en multiparae kinderen krijgen die gemiddeld 69 gram respectievelijk 221 gram zwaarder zijn dan die van nulliparae.

waren geen relevante interacties tussen de diverse onafhankelijke variabelen.

Verder bleek dat meer rokende zwangere een voortijdige bevalling hadden dan niet-rokende zwangere (6 versus 3), maar het verband tussen roken en geboortegewicht wordt hierdoor nauwelijks verklaard.

Beschouwing

Met betrekking tot de methodologie van dit onderzoek kan worden opgemerkt dat de rapportage van het roken deels retrospectief was. Informatie over gedragingen over langere tijd wordt echter altijd grotendeels retrospectief verworven, doordat het zelden mogelijk c.q. wenselijk is de proefpersonen gedurende die tijd continu te observeren. Van belang is vooral dat de beantwoording van de vragen over het roken gedurende de zwangerschap in dit onderzoek niét beïnvloed werd door kennis over de uitkomst van de zwangerschap (die immers pas later bekend werd). In die zin was het onderzoek dus blind opgezet.

Niet minder dan 52 procent van de vrouwen bleek te roken bij de aanvang van de zwangerschap, en 37 procent rookte nog in het derde trimester. Slechts 9 procent van de vrouwen slaagde erin te stoppen en het roken tot en met het laatste meetmoment niet te hervatten.

Bijna tien jaar eerder, in 1978/79, werd in een vergelijkbaar onderzoek een percentage van 57 procent rokende zwangere gevonden.⁷ De daling van het percentage rokende zwangere die zich in deze tien jaar heeft voorgedaan, is overigens beperkt gebleven tot vrouwen uit de midden- en hogere sociaal-economische klassen.¹³

In ons onderzoek werd opnieuw een aanzienlijke invloed van het roken van de moeder op het geboortegewicht vastgesteld. Wij vonden verder een duidelijke dosis-respons relatie met betrekking tot het aantal gerookte sigaretten en het langer (door)roken tijdens de zwangerschap. Babies van moeders die in de 30e-32e zwangerschapsweek zeiden te roken, hadden een gemiddeld geboortegewichtsverlies per gemiddeld per dag gerookte sigaret van bijna een kwart ons. Dat betekent dat de baby van een moeder die een pakje sigaret-

ten per dag blijft roken, uiteindelijk circa een pond lichter wordt geboren dan wanneer zij niet gerookt zou hebben. Dit sterke verband blijft bestaan indien relevante covariabelen (met name ook de zwangerschapsduur) in de analyse worden betrokken; de onafhankelijke bijdrage van roken is dan nog altijd bijna 20 g gemiddeld geboortegewichtsverlies per sigaret per dag is. Voorts blijkt in dit onderzoek het aantal voortijdige bevallingen (<37 weken) tweemaal zo hoog bij rokende als bij niet-rokende moeders, maar het gaat hier om zeer kleine aantallen.

De meervoudige schadelijkheid van het roken van tabak voor moeder en baby, en voor kinderen van rokende ouders in het algemeen, is uitvoerig gedocumenteerd. Voor zwangeren is het risico op dysmaturitas, vroeggeboorte en perinatale sterfte verhoogd.^{1 2 14-18} Ofschoon het negatieve effect op het geboortegewicht al lang bekend is en hoewel er voorlichtingsstrategieën zijn ontwikkeld,¹⁹ heeft de boodschap dat stoppen met roken eens te meer voor zwangeren gewenst is, slechts in beperkte mate effect gehad. Zwangere vrouwen als doelgroep verdienen nog steeds een hoge prioriteit in het Nederlandse anti-rookbeleid. Het gaat om een grote groep personen, met een minstens even grote groep 'afhankelijke derden'. Vroedvrouwen, artsen, zelfhulp- en andere vrouwen-groepen hebben een belangrijke taak in het terugdringen van het roken onder zwangeren. De huisarts kan hierbij een sleutelrol vervullen. Daarbij gaat het niet alleen om het geven van advies, maar vooral ook om ondersteuning en begeleiding, want stoppers kunnen onder druk van de omstandigheden weer beginnen met roken. Dergelijke steun kan ertoe bijdragen dat het schijnbaar onhaalbare haalbaar wordt en niet een bron van schuldgevoel.

Dankbetuiging

Met dank aan de gynaecologen en verloskundigen van het Academisch Ziekenhuis Maastricht, de eerstelijnsverloskundigen mw. A. Heuts-Verstraten, Zr. Bernardi-Kok, mw. A.C.M. Renkens-Gommans en mw. M. Mulder-Lamkin, en onderzoeksassistente mw. T. Seegers, voor hun medewerking aan dit onderzoek.

Literatuur

- ¹ Van der Velde WJ, Treffers PE. Smoking in pregnancy. The influence on percentile birth weight, mean birth weight, menstrual age, perinatal mortality and maternal diastolic blood pressure. *Gynecol Obstet Invest* 1985; 19: 57-63.
- ² Himmelberger DH. Cigarette smoking during pregnancy and the occurrence of spontaneous abortion and congenital abnormality. *Am J Epidemiol* 1978; 108: 470-9.
- ³ Simpson WJ. A preliminary report on cigarette smoking and the incidental prematurity. *Am J Obstet Gynecol* 1957; 73: 808-15.
- ⁴ Zabriskie J. Effect of cigarette smoking during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1963; 4: 405-11.
- ⁵ Kullander S, Källen B. A prospective study of smoking and pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1971; 50: 83-94.
- ⁶ Fergusson D, Horwood L, Shannon F. Smoking during pregnancy. *N Zeal Med J* 1979; 41: 3.
- ⁷ De Jonge GA, Van der Klaauw MM. De frequentie van roken voor tijdens en na de zwangerschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 34: 1537-43.
- ⁸ Beganovic N. Roken in de zwangerschap; een onderzoek in Den Helder. *Tijdschr Jeugdgez* 1982; 5: 75-7.
- ⁹ Van der Star M, Waardenburg C. Geboortegewicht gewogen, een onderzoek naar determinanten van het geboortegewicht in Lelystad en Urk en geboortegewicht als indicator. Wageningen: Vakgroep Gezondheidsleer, Landbouw Universiteit Wageningen, 1988.
- ¹⁰ Cox H. De invloed van moederlijk roken op het geboortegewicht. Maastricht: Vakgroep GVO, Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
- ¹¹ Knottnerus JA, Delgado LR, Knipschild PG, et al. Haematologic parameters and pregnancy outcome. *J Clin Epidemiol* 1990; 5: 461-6.
- ¹² Ershoff DH, Mullen PD, Quin VP. A randomized trial of a serialized self-help smoking cessation program for pregnant women in an HMO. *Am J Publ Health* 1989; 2: 182-7.
- ¹³ Verkerk PH, Van Noord-Zaadstra BM. Leefstijl, omgevingsfactoren, uitkomsten van zwangerschap en gezondheid. Leiden: NIPG/TNO 1991.
- ¹⁴ Fielding J. Smoking and pregnancy. *N Eng J Med* 1978; 198: 337.
- ¹⁵ Tager IB, Weiss ST, Muñoz A, et al. A longitudinal study of the effects of maternal smoking on pulmonary function in children. *N Eng J Med* 1983; 309: 699-703.
- ¹⁶ Knol K, Colombijn RM. Daarom moeten ouders niet roken. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 2047-8.

- ¹⁷ Mc Cormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *New Eng J Med* 1985; 312: 82-90.
- ¹⁸ Barker DJD, Osmond C, Winter PD, Margarets B. Weight in infancy and death from IHD. *Lancet* 1989; ii: 577-80.
- ¹⁹ Windsor RA. Planning and evaluating health education methods for pregnant smokers. *Hygie* 1986; 3: 38-43.

Auteurs

Dr. H. Adriaanse, universitair docent vakgroep GVO, Faculteit der Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg; Prof. dr. J.A. Knottnerus, hoogleraar huisartsgeneeskunde, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg; Drs. L.R. Delgado, assistent Facultad de Medicina, Decanato, Universidad de Montevideo, Uruguay; Mw. H. Cox, student Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg; Prof. dr. G.G.M. Essed, hoogleraar vakgroep Gynaecologie, Faculteit der Geneeskunde/Academisch Ziekenhuis, Maastricht. ■

Abstract

Adriaanse H, Knottnerus JA, Delgado LR, Cox H, Essed GGM. 25 grams per cigarette. Smoking behaviour during pregnancy and birth weight. *Huisarts Wet* 1992; 35(3): 113-6.

In this study, parity, blood pressure, weight gain, salt restriction, alcohol consumption and duration of pregnancy of 796 singular pregnant women were recorded in the 30th to 32nd week of pregnancy. All women were also interviewed about their smoking habits before as well as during pregnancy. At the beginning of pregnancy 52% of the women smoked and 36% still did so during the seventh and eighth months. A dose-response relationship was found between the number of cigarettes smoked and the decrease in birth weight. An average birth weight decrease of nearly 25 grams was found per cigarette smoked on the average per day after seventh months. Even when several co-variables were taken into account there remained a negative influence of smoking on birth weight of 19 grams per cigarette smoked on the average per day.

Key words Birth weight; Smoking.

Correspondence Dr. H. Adriaanse, Department of Health Education, Universiteit of Limburg, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

Standaarden

Wat moeten we met de standaarden?

De ontwikkeling van de 'Richtlijnen voor het handelen en de praktijkvoering van de huisarts', kortweg standaarden, gaat snel. Er zijn er inmiddels 24 gepubliceerd, waarvan er 21 betrekking hebben op het medisch handelen.

In het begin was mijn enthousiasme groot, al was ik mij niet bewust van de consequenties van de implementatie van de standaarden. Vooral het praktijkmanagement vroeg meer aandacht; het organiseren van een diabetenspreekuur bijvoorbeeld ging vrij moeizaam. Ook gerichte nascholing was noodzakelijk, zoals voor het aanleggen van een enkeltape. Later bemerkte ik dat de werkbelasting van de doktersassistente en het handhaven van continuïteit een belangrijke rol speelden. Toch overheerste het enthousiasme.

Allengs is hier verandering in gekomen. De toenemende vloed van standaarden begint een gevoel van vertwijfeling op te roepen. Moet ik dat allemaal doen? Ik dreig het niet meer bij te kunnen houden. Uit mijn collegiale contacten maak ik op dat ik niet de enige ben die dit ervaart.

Wat is de bedoeling van de standaarden?

'Richtlijn' betekent onder andere 'aanwijzing van een te volgen gedrag of handelswijze', terwijl het in juridische zin een betekenis heeft van 'bindend voorschrift'. Het gebruik van het woord richtlijn geeft dus aan dat het om meer dan een advies gaat.

De doelstellingen van het NHG bij het formuleren van standaarden zijn:

- het nader concretiseren van het Basistakenpakket;
- het bieden van houvast aan de huisarts;
- het terugdringen van onaanvaardbare verschillen in aanpak;
- het bieden van een basis voor toetsing en nascholing;
- het bieden van een basis voor werkafspraken met specialisten.¹

De ontstaanswijze van een standaard is duidelijk. Opvallend daarbij is, dat er geen onderzoek naar de toepasbaarheid wordt vermeld. De opmerking van de directeur van het NHG 'dat het NHG een uitgebreide procedure volgt om de haalbaarheid te toetsen',² lijkt mij dan ook niet reëel, maar het is mogelijk dat de becommentariering van de standaard door vijftig aselect gekozen collega's als een 'uitgebreide procedure' wordt bestempeld.

Het is nog steeds niet duidelijk wat de betekenis van de standaarden voor de beroepsgroep is. De voorzitter van het NHG heeft herhaaldelijk aangedrongen op 'een niet mis te verstane uitspraak' van de LHV.³ Deze uitspraak zou dan

betrekking moeten hebben op de normerende werking van standaarden, het tempo van invoering en de keuze van onderwerpen.⁴ Later wordt het normerend aspect niet meer genoemd, maar ligt de klemtoon op 'hulpmiddel bij deskundigheidsbevordering en houvast voor het dagelijks handelen'.⁵

Begin 1992 is er nog steeds geen uitspraak van de LHV en het lijkt er ook niet op dat die er op korte termijn komt. Inmiddels is de realiteit dat er een Basistakenpakket ligt dat aangeeft wat de huisarts doet. De standaarden moeten aangeven hoe hij zou moeten handelen, althans zo wil het NHG het. Uitspraken als 'de maatschappelijke realiteit vereist zulks' van de directeur van het NHG lijken tendentius.² Als een ontwikkeling maatschappelijk relevant is, dan is het aan de maatschappij die ontwikkeling te stimuleren en niet aan een beperkt aantal beroepsgeenoten en/of adnemen.

Inmiddels heeft de commissie Deskundigheidsbevordering van het NHG het 'Diffusieproject' geïnitieerd met als doel na te gaan:

- in hoeverre huisartsen in Nederland op de hoogte zijn van de NHG-Standaarden;
- in hoeverre de huisartsen achter het standaardenbeleid van het NHG staan;
- in hoeverre zij het eens zijn met de richtlijnen in de standaarden;
- welke problemen zij bij het werken met de standaarden ervaren;
- wat zij feitelijk met de verschillende standaarden hebben gedaan.¹

De bevindingen ten aanzien van de standaarden Diabetes Mellitus type II en Orale Anticonceptie lijken duidelijk positief.⁶ De geënuqueterden waarschuwen voor een eenzijdig optreden van het NHG, terwijl een verplichtend karakter als bezwaarlijk wordt ervaren.

De aandachtspunten van het Diffusieproject hebben mij er toe aangezet voor mezelf na te gaan hoe ik tot nu toe met de standaarden ben omgegaan. Daarbij blijkt dat ik geen kennis heb genomen van 5 van de 21 standaarden (Acute Keelpijn, Oogheelkundige Diagnostiek, Perifeer Arterieel Vaatlijden, Ulcus Cruris Venosum en Otitis Media met Effusie bij Kinderen). Met 11 standaarden ben ik goed bekend, met de rest wat minder. Ik ben het vrijwel altijd eens met de inhoud van de standaarden, hoewel ik hier en daar moeite heb met de categorieën (bijvoorbeeld bij hypertensie).

Bij 12 standaarden geeft implementatie geen problemen. Vier van de standaarden veroorzaken een extra belasting voor het management van de praktijk, terwijl er in 5 gevallen een duidelijke aanslag op de tijd van zowel praktijkassistente als huisarts wordt gedaan. Scholing is (was) nodig voor 4 standaarden. Twee stan-

daarden hebben aanleiding gegeven om afspraken met specialisten te maken: (Dreigende) Mis-kraam en Enkeldistorsie. Verder zijn er twee standaarden - Problematisch Alcoholgebruik en Dementiesyndroom - die te uitgebreid zijn of niet genoeg houvast bieden.

Van de 21 standaarden worden er 7 gedeeltelijk en 14 vrijwel volledig door mij uitgevoerd. Een belangrijk persoonlijk aspect is de steun die ik van een standaard ervaar. Bij 10 standaarden is dat niet het geval.

Van het grootste belang is dat de beroepsgroep aangeeft wat zij met de standaarden wil. Op dit moment wordt door een kleine groep bepaald hoe de huisarts dient te handelen. Weliswaar is ongeveer de helft van de praktiserende huisartsen lid van het NHG, maar het is algemeen bekend dat de (perifere) leden nauwelijks invloed hebben op het beleid.

De stelling van de opstellers van standaarden, dat een huisarts alleen mag afwijken van de richtlijnen wanneer zijn handelen voldoende onderbouwd is, benadrukt dat de standaarden vooral een normerende functie hebben. Waarschijnlijk is de huisartsenwereld (nog) niet rijp voor een dergelijk beleid.

Gezien het karakter van het Basistakenpakket, lijkt het mij ook niet zinnig om op een groot aantal terreinen aan te geven hoe de huisarts dient te handelen. Als je een dergelijke veelomvattende taak in een korte spanne tijds wilt uitwerken, kweekt dat ontmoediging. Dat neemt niet weg dat er afspraken kunnen worden gemaakt, bijvoorbeeld in de vorm van algemeen aanvaarde richtlijnen, op terreinen waarvan de praktiserende huisartsen vinden dat dat relevant is.

Wanneer ik mijn gebruik van de standaarden globaal beschouw, dan blijkt dat lang niet elke standaard van waarde is. De eerste 10 hadden kennelijk meer relevantie dan wat er nadien volgde. Ook het in de praktijk brengen gebeurt lang niet altijd integraal.

Het is belangrijk na te gaan waar de 'gewone' huisarts behoefte aan heeft. Ongevraagd advies geven is niet goed, ongevraagd iemand een bijkants bindend advies geven is nog erger.

De materiële implicaties van de invoering van de standaarden worden nauwelijks belicht. Het getuigt niet van een realistische instelling om hier feitelijk aan voorbij te gaan. Er wordt natuurlijk wel gewezen op zaken als management, uitbreiding van de assistentie en scholing, maar de kosten daarvan blijven buiten beschouwing. De kans is groot dat er van al het moois weinig terecht komt als de huisarts er niet voor beloofd wordt. Als dat wel zo was, zou er uiteraard ook toetsing mogen plaatsvinden.

Gezien deze onduidelijkheden lijkt mij een

nadere bezinning op het standaardenbeleid noodzakelijk. De gegevens van het Diffusieproject kunnen hierbij mogelijk helpen.

Dit betekent niet dat het ontwikkelen van standaarden moet worden stopgezet. Integendeel, de waarde van de standaarden voor de beroepsopleiding tot huisarts en de deskundigheidsbevordering is nu reeds duidelijk. Belangrijk is ook de steun die in de dagelijkse praktijkvoering van de standaarden wordt ervaren.

Dr. E. Sietsma,
huisarts te IJlst

¹ Anoniem. Jaarboek 1990-1991. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990.

² Actueel. Interview drs. Hans P.M. van der Voort. Med Contact 1991; 46: 1103-6.

³ Tielens VCL. NHG-standaarden: lust of last? Huisarts Wet 1989; 32: 358.

⁴ Tielens VCL. Redenen tot tevredenheid. Huisarts Wet 1989; 32: 493.

⁵ Interview dr. V.C.L.M.G. Tielens. De Huisarts 1990; 6: 4-7.

⁶ Grol R. De verspreiding van NHG-standaarden onder huisartsen. Huisarts Wet 1989; 32: 494-7.

⁷ Köhler W. Goede dokter is vaardig en aardig. NRC 9 januari 1992.

Naschrift

De bedoeling van de standaarden wordt door *Sietsma* goed weergegeven. Jammer genoeg echter is het standpunt van de LHV over de betekenis van de standaarden voor de beroepsgroep kennelijk onvoldoende bij de periferie terechtgekomen. De LHV ziet het standaardenbeleid als een essentieel onderdeel van haar kwaliteitsbeleid en draagt dat ook uit. Daarnaast heeft zij vastgesteld dat de degelijke ontwikkelingsprocedure van de standaarden toetsing van de inhoud van individuele standaarden overbodig maakt. Wel heeft de LHV gesteld aan de beroepsgroep te zullen laten weten wanneer een standaard in haar ogen nog niet uitvoerbaar is, omdat aan essentiële randvoorwaarden (nog) niet kan worden voldaan.

In de procedure wordt zo goed mogelijk voorzien in het toetsen van de uitvoerbaarheid in de praktijk door daar als werkgroep rekening mee te houden, door vijftig aselekt gekozen collegae te vragen zich daarover uit te spreken en in twijfelgevallen deskundigen als referent in te schakelen. Uitvoerbaar is een standaard in dit verband als het (eventueel na voldoende nascholing en na de realisering van bepaalde randvoorwaarden) voor de huisarts mogelijk is naar de standaard te handelen.

Het feit dat bij de standaarden deskundig-

heidsbevorderingspakketten worden ontwikkeld maakt al duidelijk dat wordt voorondersteld dat voor de uitvoering van de meeste standaarden nascholing nodig kan/zal zijn. Begrijpelijkerwijs ziet *Sietsma* de belasting van de huisarts, de praktijk en de praktijkassistentie als een groeiend probleem. Wanneer het handelen volgens de standaarden op deze punten onacceptabele eisen zou gaan stellen, zullen er op het gebied van de randvoorwaarden oplossingen moeten worden gevonden.

Het ligt niet direct voor de hand om die oplossing te zoeken in het niet meer ontwikkelen van standaarden of door te besluiten daar niet naar te handelen. Het starten van een kwaliteitsbeleid door de LHV en van het standaardenbeleid door het NHG mag namelijk niet gezien worden als een initiatief dat ook achterwege had mogen blijven. Overheid, financiers en patiëntenorganisaties maken sinds vijf jaar duidelijk dat ook aan de (huis)artsen – net als aan andere beroepsgroepen in ons land – kwaliteitseisen gesteld zullen gaan worden, compleet met toetsing van die kwaliteit. Het was een wijs, maar ook noodzakelijk besluit van LHV en NHG om niet te wachten tot de formulering en de toetsing van de kwaliteit door derden zou gaan gebeuren. De positieve reacties van genoemde drie partijen maken duidelijk dat de gekozen weg niet alleen ongewenste ontwikkelingen heeft kunnen voorkomen, maar ook heeft geleid tot grotere overeenstemming over toekomstig beleid dan anders mogelijk zou zijn geweest. Het formuleren van wat kwaliteit is in de huisartsgeneeskunde vindt overigens al enkele tientallen jaren plaats, zodat de schok voor de beroepsgroep huisartsen wellicht minder groot zal zijn dan voor sommige anderen.

Wat *Sietsma* volgens zijn beschrijving tot nu toe met de standaarden in de praktijk heeft kunnen doen, stemt enerzijds tot bewondering en anderzijds tot tevredenheid. Hij heeft van de meeste terdege kennis genomen en zich rond een aantal nageschoold. Door 14 van de 24 standaarden voelt hij zich gesteund.

Uit het 'Diffusieproject' blijkt dat vrijwel de gehele beroepsgroep de ontwikkeling van standaarden door het NHG een goede zaak vindt. Dat wil niet zeggen dat de standaarden al massaal in praktijk (kunnen) worden gebracht. Verondersteld mag worden dat *Sietsma* relatief hoog scoort. Uit een deelonderzoek van het Nivel blijkt dat bij sommige standaarden de scores hoog zijn, maar bij andere nog erg laag.

Wij delen de opvatting dat het belangrijk is dat een neutrale instantie een effectenonderzoek doet naar het handelen volgens de standaarden. Primair is echter van belang greep te krijgen op de factoren die het handelen volgens de stan-

daarden belemmeren. Diverse instanties zijn daarmee intussen druk doende.

Duidelijk is wel dat in elk geval drie partijen een belangrijke rol spelen: de huisartsen, de specialisten en de patiënten. Voor de huisarts zullen de belemmeringen vooral van praktische aard zijn: belasting, kennis en vaardigheden, toerusting van de praktijk, enz. De specialisten zullen het belang van het vaak terughoudende beleid van de standaarden moeten gaan inzien en accepteren. Het NHG heeft daartoe een uitgebreid plan voor overleg met de wetenschappelijke specialistenverenigingen opgesteld. Tenslotte is het noodzakelijk dat de patiënten het handelen volgens de standaarden leren waarderen. Daartoe is een brede voorlichting onder meer via een serie TV-programma's over concrete standaarden in voorbereiding. Wij hopen dat de resultaten van de twee trajecten in de richting van de specialisten en de patiënten de huisarts het handelen volgens de standaarden zullen vergemakkelijken.

'Wat moeten we nu met de standaarden?'

De standaarden zijn primair bedoeld als hulpmiddel en steun voor de huisarts. Daarnaast zijn zij onder meer een antwoord op de van buiten komende eis het aanbod van de huisarts te expliciteren en toetsbaar te maken.

De standaarden zijn formeel géén norm voor de beroepsgroep. In de eerste plaats kan iedere huisarts wanneer hij daartoe aanleiding ziet, beredeneerd anders handelen dan in een standaard staat aangegeven. De norm dat afwijken beredeneerd moet kunnen worden, kan men moeilijk te streng noemen. Afwijken van wat een groep deskundige huisartsen, enkele specialistische referenten, een gekwalificeerde autorisatiecommissie, een ervaren wetenschappelijke staf en verschillende geïnteresseerde collegae aanbevelenswaardig handelen vinden, zonder daarvoor een goede reden te kunnen geven, maakt iemand niet geloofwaardiger. De standaarden zijn dus niet de officiële norm; wél zullen derden de door velen in praktijk gebrachte en de ruim geaccepteerde standaarden (er zijn nog maar zelden inhoudelijke bezwaren tegen de standaarden gemaakt) zien als 'wat binnen de beroepsgroep te doen gebruikelijk is'.

In de tweede plaats moge duidelijk zijn dat de individuele standaarden bedoeld noch geëigend zijn om huisartsen per individuele casus te toetsen. Wel kan en zal ongetwijfeld gesteld worden dat er met een huisarts die systematisch anders handelt dan de standaarden aangeven, iets aan de hand zal zijn, maar de beroepsgroep 'afrekenen op de standaarden' is niet aan de orde. Eerst zullen allerlei randvoorwaarden vervuld moeten zijn, zoals nascholing, voorzieningen en ondersteuning in de praktijk. Dan zal moeten worden

U wordt straks automatisch met mij doorverbonden...

Het gebruik van doorkiesapparatuur met tekstmelder tijdens de weekenddienst

nagegaan wat de feitelijke belasting van de huisarts is wanneer hij het Basistakenpakket volgens de standaarden uitvoert. Inzicht daarin zal ongetwijfeld tot extra maatregelen moeten leiden, waarbij 'afrekenen naar aanleiding van het handelen volgens de standaarden' niet moet worden uitgesloten. Van de zorgverzekeraars is bekend dat de gedachten rond te stellen eisen in verband met de contracteervrijheid niet gaan in de richting van toetsen op de standaarden, maar op het volgen van onder meer op de standaarden gerichte deskundigheidsbevordering.

In de derde plaats verwacht en vraagt niemand dat de huisarts het gehele palet van standaarden tot zich neemt. De huisarts zal selecteren. Het ligt voor de hand dat hij zich dan zal laten leiden door de mate waarin hij zeker is van het eigen beleid op een bepaald terrein.

Het proces van professionalisering van de huisartsgeneeskunde is niet meer omkeerbaar. De beroepsgroep zal een expliciete en in de toekomst toetsbare omschrijving moeten geven van de plaats die zij in de gezondheidszorg wil innemen en het aanbod dat zij kan en wil waarmaken. De ontwikkeling van de standaarden is daarvan een succesvol onderdeel. De reactie van *Sietsma* maakt nog eens te meer duidelijk dat aan de implementatie veel problemen kleven. De beroepsgroep én de (nationaal en internationaal) gewaardeerde NHG-standaarden zijn het waard daarvoor creatieve en bevredigende oplossingen te zoeken.

Namens het NHG-Bestuur,
drs. Hans P.M. van der Voort, directeur

NOTA BENE

De standaard, zoals ontwikkeld binnen het Nederlands Huisartsen Genootschap zal zeker bijdragen aan de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. De standaard is echter in slechts beperkte mate geschikt als instrument voor het meten van de kwaliteit van het praktisch geneeskundig handelen.

Stelling bij: Van Weert HCPM, Grundmeijer HGLM. Patiënt, huisarts, internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.

Op doordeweekse dagen wordt de intake-functie in vrijwel alle Nederlandse huisartspraktijken vervuld door de praktijkassistente. De meeste huisartsen worden echter tijdens de weekenddienst niet bijgestaan door een assistente. Dat betekent dat het 'voorwerk' van de praktijkassistente dan geheel of grotendeels ontbreekt. En juist tijdens het weekend weet de patiënt die opbelt, niet altijd wat hij kan verwachten van de dokter. Is er een spreekuur op een vaste tijd? Is er een telefonisch spreekuur over niet-urgente zaken die toch ook niet tot maandag kunnen wachten? In deze situatie kan een doorkiesapparaat met tekstmelder uitkomst bieden.

Bij een doorkiesapparaat met tekstmelder krijgt de patiënt eerst een tekst te horen; pas daarna wordt hij eventueel doorverbonden met de dokter. Die tekst kan bijvoorbeeld als volgt luiden: 'U bent verbonden met de praktijk van dokter Zondag. Om 2 uur is er spreekuur. Heeft u nu echter een spoedgeval, blijft u dan aan de lijn; u wordt straks automatisch met mij doorverbonden. Over ongeveer 10 seconden na de piep wordt u met mij doorverbonden'.

Deze tekst inclusief herhaling duurt ongeveer 30 seconden; de totale vertraging bedraagt ongeveer 40 seconden. Wanneer de andere leden van de waarneemgroep tijdens de dienst een doorkiesapparaat *zonder* tekstmelder gebruiken, blijft de totale wachttijd beperkt tot die 40 seconden.

Tijdens het spreekuren wordt het apparaat afgezet; de huisarts is neemt dan de telefoon direct aan. Ook 's avonds en 's nachts wordt het apparaat in principe niet gebruikt. Wel kan het 's nachts worden ingeschakeld als de huisarts langdurig afwezig is, bijvoorbeeld wegens een bevalling.

Sinds een jaar wordt in onze praktijk gebruik gemaakt van een doorkiesapparaat met tekstmelder. Tijdens de weekenddienst is er spreekuur rond 12.00 en rond 19.30 uur; dan is ook de apotheek geopend. Gemiddeld zijn er tijdens de gehele dienst (zaterdag + zondag) 40 à 50 telefonische contacten, waaruit ongeveer 30 à 40 consulten en visites resulteren. Vooral op zaterdagmorgen is er relatief veel telefoon.

Sinds het gebruik van het doorkiesapparaat is het aantal telefoontjes met ongeveer de helft afgenomen en de resterende telefoontjes komen voor het merendeel omstreeks spreekuurtijd. De mensen die toch tussendoor bellen, hebben zich beter kunnen prepareren op de vraag die ze aan de dokter willen voorleggen. De mensen die na het aanhoren van de tekstmelding het spreekuur bezoeken, zeggen desgevraagd dit een goede regeling te vinden; ze voelen zich hierdoor vrijer

om gebruik te maken van het spreekuur van de weekenddokter.

Twee van de vier andere leden van de waarneemgroep hebben intussen ook een doorkiesapparaat met tekstmelder aangeschaft.

De gevolgde procedure komt tegemoet aan de norm dat zich tijdens de dienst maximaal één antwoordapparaat tussen patiënt en dokter bevindt.¹ Wél kan het feit dat de huisarts een aantal spreekuren houdt, als consequentie hebben dat er een achterwacht beschikbaar moet zijn, ook wanneer de LHV-norm van 15.000 patiënten nog niet is bereikt.²

Het gebruikte systeem maakt de patiënt mondiger: hij kan zelf een keus maken uit een aantal mogelijkheden. De huisarts krijgt tijdens het weekend een spontaan voorgeselecteerde groep mensen op het spreekuur, op een door hemzelf bepaald tijdstip. Telefoon buiten het spreekuur is minder frequent, maar de vragen die dan gesteld worden, zijn relevanter.

Een nadeel zou kunnen zijn dat patiënten de dokter als te moeilijk bereikbaar ervaren en 'afhaken'; daarvan is echter nog niets gebleken. Ook zou bij andere hulpverleners (politie, centrale post ambulancevervoer) de indruk kunnen worden gewekt dat de huisarts niet beschikbaar is voor spoedgevallen. Het verdient daarom aanbeveling eventuele werkafspraken met deze instanties aan te passen. Tenslotte bestaat de mogelijkheid dat de patiënt zich eerst laat doorverbonden en dan alsnog neerlegt. Dit gebeurt inderdaad een enkele maal. Kennelijk is de patiënt in die gevallen bij nader inzien toch tevreden met een van de andere mogelijkheden die worden geboden.

B.P. Ponsioen, huisarts,
Rotterdam Universitair Huisartsen Instituut
Mathenesserlaan 264, 3021 HR Rotterdam

¹ Sips AJBI, Tielens VCL, Van der Voort JPM. NHG-standaard Bereikbaarheid/Beschikbaarheid. Huisarts Wet 1989; 32: 537-40.

² Anoniem. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg. Utrecht: LHV, 1989. ■