

wordt dan in afstemming met bijvoorbeeld GGD's en sportverenigingen duidelijk welke patiënten bijvoorbeeld een vergoeding moeten hebben voor begeleid 'Bewegen op recept', welke patiënten aan een speciale preventieactiviteit kunnen deelnemen en welke binnen het gangbare aanbod van bewegen geholpen kunnen worden.

Nu beginnen

Het vergt een omslag in het denken om ineens een breed preventieaanbod vanuit de huisartsenpraktijk te gaan doen. De kansen liggen er nu. We hebben qua praktijkorganisatie genoeg geleerd van onze aanpak van bijvoorbeeld diabetes en astma/COPD. De huisarts kent de sociale kaart van de wijk en gemeente, kent de diverse professionals en instanties, kent de voorgeschiedenis van de patiënt en de context van het gezin, en heeft de mogelijkheid om de patiënt uit te nodigen of aan te spreken. Gezondheid en gezond gedrag zijn nog steeds ongelijk verdeeld in Nederland. Het is, anders dan commerciële aanbieders, juist de huisarts die hier vaak goed zicht op heeft en op individueel of op groepsniveau een belangrijke bijdrage aan vermindering van ongelijkheid kan leveren. Het is te verwachten dat hiervoor de komende tijd steeds meer beleidsmatige en financiële ruimte ontstaat. Doet u mee? Kom in beweging!

Literatuur

- 1 Volksgezondheid en preventie. De visie van de KNMG. Utrecht, KNMG, 6 juni 2007.
- 2 Publieke gezondheid. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006.
- 3 Van preventie verzekerd. CVZ rapport 27025645. Diemen: College Van Zorgverzekeraars, 2007. www.cvz.nl.
- 4 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: NPCF, 2006.
- 5 Nielen MMJ, Schellevis FG, Verheij RA. Evaluatie campagne 'Stop beginnende nierziekte'. Utrecht: NIVEL, 2007.
- 6 Lems S. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Amsterdam/Utrecht, TNS NIPO/NHG, 2006.
- 7 De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, Van Oers JAM, Polder JJ, redactie. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM, 2006.
- 8 Kaderbrief 2007-2011. Visie op gezondheid en preventie. Den Haag, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 24 september 2007.
- 9 Preventienota: Kiezen voor gezond leven 2006. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006. www.minvws.nl.
- 10 Tacken M, Verheij R, Mulder J, Van den Hoogen H, Braspenning J. Monitoring griepvaccinatiecampagne 2005. Utrecht: NIVEL, 2006.
- 11 Tacken M. Opkomst baarmoederhalskankerscreening: huisartsen organiseren het goed. Huisarts Wet 2002;45:109.
- 12 De Nooijer DP, De Waart FG, Van Leeuwen AWF, Spijker WWJ. Opkomst bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:2339-43.
- 13 Boomsma LJ, Drenthen T, In 't Veld CJ. Lappendeken of maatwerk. Betrek de huisarts meer bij preventieactiviteiten. Med Contact 2007;62:1760-3.
- 14 Hoeijmans N, Gijzen R. Zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik. In: Bakker DH de, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF, redactie. Op één lijn. Toekomstverkenningen eerstelijnszorg 2020. Utrecht/Bilthoven: RIVM/NIVEL, 2005: 37-76.
- 15 Nederlands Huisartsen Genootschap / Landelijke Huisartsen Vereniging. Toekomstvisie huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2002.
- 16 Overgoor L, Aalders M, Stadius Muller I. Big!Move, beweging in gedrag van patiënt en huisarts. Huisarts Wet 2006;49:42-5.

Het preconceptieconsult

Welke rol gaat de huisarts spelen?

Gerda van der Weele en Lieke de Jong-Potjer

Preconceptiezorg

Het idee achter preconceptionele advisering is dat iedereen met een kinderwens op tijd goede informatie krijgt over vermijdbare risico's. Recent Nederlands onderzoek liet zien dat bijna alle paren met een zwangerschapswens ten minste één risicofactor hadden waarvoor persoonlijk advies nodig was.¹ Vrouwen gaan meestal pas naar de huisarts of de verloskundige als ze al (geruime tijd) zwanger zijn. Daardoor inventariseren en bespreken zij vermijdbare risico's meestal pas ná de belangrijke en kwetsbare eerste weken van de zwangerschap, de periode waarin de foetale organen zich ontwikkelen.

Opsporing van eventuele risicofactoren en goede voorlichting kan ook vóór de conceptie plaatsvinden. De toekomstige ouders kunnen dan al voor de zwangerschap preventieve maatregelen nemen en keuzes maken over eventueel genetisch en/of prenataal onderzoek, zonder de grote emotionele en tijdsdruk van dergelijke beslissingen tijdens een zwangerschap.

Inmiddels zijn verschillende organisaties en beroepsgroepen op dit terrein actief. In 2004 is de Stichting Preconceptiezorg Nederland opgericht, waarin een aantal van deze organisaties samenwerken (www.preconceptiezorg.nl). Het doel is om laagdrempel

Samenvatting

Van der Weele GM, De Jong-Potjer LC. Het preconceptieconsult: Welke rol gaat de huisarts spelen? *Huisarts Wet* 2008;51(1):41-4.

Er is toenemend belangstelling voor preconceptionele advisering (PCA). Het idee van PCA is om voorafgaand aan een zwangerschap risico's te inventariseren en advies te geven bij vermijdbare risico's. Voor paren met reeds bekend hoog risico bestaan op diverse plaatsen al langer 'preconceptie-poliklinieken' als onderdeel van tweedelijnszorg. Binnen de eerstelijnszorg zijn er steeds meer initiatieven, vooral van verloskundigen, om een dergelijk consult aan te bieden aan *alle* paren met een zwangerschapswens. In dit artikel bespreken we wat het mogelijke nut en de potentiële gezondheidswinst hiervan is. Daarnaast doen we verslag van recent onderzoek naar de haalbaarheid en wenselijkheid van het aanbieden van PCA in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Een belangrijk onderzoeksresultaat was dat de huisartsen in meerderheid van mening waren dat PCA via de huisartsenpraktijk zou moeten worden aangeboden. Er bestond wel verschil van mening over de manier waarop: pro-actief dan wel opportunistisch. Voor het verder ontwikkelen van PCA door de huisarts is dringend behoefte aan goede richtlijnen, consultondersteunende informatie en (regionale) afstemming met (reeds op dit terrein actieve) verloskundigen.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postzone V0-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: G.M. van der Weele, huisarts-onderzoeker. Dr. L.C. de Jong-Potjer, huisarts.

Correspondentie: g.m.van_der_weele@lumc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

lige preconceptionele zorg in Nederland te bevorderen. De multidisciplinaire werkgroep Preconceptionele Zorg (PCZ) adviseert de stichting over medisch-inhoudelijke en organisatorische aspecten van preconceptionele zorg. In de werkgroep is het NHG vertegenwoordigd, in de stichting niet.

De Gezondheidsraad beveelt in een recent rapport over preconceptiezorg aan om deze vorm van geprogrammeerde zorg aan te bieden aan alle mensen in Nederland die een kind willen krijgen. Hierbij zegt men dat, met het oog op de laagdrempeligheid, de huisartsenpraktijk wellicht de meest aangewezen plaats is voor preconceptieadvisering.²

Verloskundigen zijn ondertussen zeer bereid om in principe iedereen met een zwangerschapswens een preconceptieconsult aan te bieden.^{3,4} In het KNOV-Standpunt Preconceptionele Zorg⁵ stelt de beroepsvereniging van verloskundigen dat preconceptiezorg vanuit verloskundigen en huisartsen voor de algemene bevolking voor de hand ligt. Zij streeft naar een preconceptioneel consult in de eerste lijn voor elk paar dat kinderen wil.

Op diverse plaatsen in Nederland zijn verloskundigen al aan de slag gegaan. Ook apothekers richten zich op de zorg voor vrouwen met een kinderwens.⁶ Daarnaast ontwikkelen commerciële bureaus en eerstelijns laboratoria allerlei initiatieven om preconceptionele zorg actief aan te bieden aan de algemene bevolking.

De kern

- ▶ De Gezondheidsraad beveelt aan om iedereen met een kinderwens preconceptiezorg aan te bieden.
- ▶ Bij de vele initiatieven om dit te ontwikkelen en uit te voeren speelt de huisarts nog geen (belangrijke) rol.
- ▶ De tijd is rijp dat huisartsen zich bezinnen op hun rol bij preconceptiezorg.

In dit artikel bespreken we kort wat bekend is over de mogelijke gezondheidswinst en de haalbaarheid van preconceptiezorg. Verder willen we een discussie initiëren over de rol die de huisarts hierin al dan niet kan spelen.

Onderzoek naar nut en haalbaarheid

Muchowski et al. bespreken in een review voor welke risicofactoren het nut van preconceptioneel ingrijpen is aangetoond.⁷ Daaruit volgen de volgende adviezen: stoppen met roken en alcoholgebruik, adequaat gebruik van foliumzuur, bescherming tegen infectieziekten (met name rubella) en specifieke interventies bij chronische ziekten, zoals goed instellen van diabetes mellitus⁸ en aanpassing van anti-epileptica.⁹⁻¹¹ Inmiddels richt onderzoek zich specifiek op risicofactoren in het eerste trimester. Zo werd onlangs NSAID-gebruik afgeraden aan vrouwen met een zwangerschapswens.¹²

Er bestaan enkele publicaties over onderzoeken naar preconceptiepoliklinieken in de tweede en derde lijn, voornamelijk in het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Cox et al. toonden aan dat een preconceptieconsult vooral nuttig was voor vrouwen met een chronische aandoening. In deze risicogroep had 81% van de 1075 deelnemende paren na een preconceptieconsult een gunstige zwangerschapsuitkomst. Bij hun eerste zwangerschap had slechts 42% een gunstige uitkomst.¹³

Het UMC St Radboud in Nijmegen toonde aan dat de preconceptiepolikliniek leidde tot meer foliumzuurgebruik en minder roken, beide door laboratoriumbepalingen geïnfereerd. De onderzoekers hebben deze gegevens gebruikt om de winst van PCA in te schatten. Stel dat de helft van de vrouwen met een zwangerschapswens PCA krijgt, dan zouden het extra foliumzuurgebruik en de afname van roken op jaarbasis 137 ongewenste zwangerschapsuitkomsten kunnen voorkomen: 22 neuraalbuisdefecten, 98 baby's met een laag geboortegewicht, 10 baby's met een zeer laag geboortegewicht en 7 gevallen van perinatale sterfte.¹⁴

Er is nog weinig bekend over de gezondheidswinst voor moeder en kind van preconceptiezorg in de algemene bevolking. In Hongarije voerden Czeizel et al. tussen 1984 en 1994 een onderzoek uit dat in dit kader relevant is. Zij gaven 8837 vrouwen en 7600 mannen een totaalpakket met risico-inventarisatie en preventieve maatregelen, waaronder foliumzuursuppletie. Onder de pasgeborenen van deze groep vond men een significant lager aantal congenitale aandoeningen (20,6/1000) dan bij de algemene Hongaarse bevolking (35/1000).¹⁵

In Nederland is een methode ontwikkeld voor PCA in de huisartsenpraktijk. De methode is op haalbaarheid en wenselijkheid

getest in een pilot onder vrouwen in de vruchtbare leeftijd.¹⁶ Daarop volgde een trial waarin 30 huisartsen actief een systematisch preconceptioneel consult aanboden aan vrouwen tussen de 18 en de 40 jaar. Een andere groep van 37 huisartsen gaf standaardzorg (opportunistische PCA).¹ Bijna alle paren met een zwangerschapswens bleken ten minste 1 risicofactor te hebben waarvoor persoonlijk advies nodig was. Gemiddeld ging het om 6 risicofactoren per stel. De vrouwen die systematisch PCA hadden gekregen, wisten na afloop van het onderzoek meer over risicofactoren en risicogedrag. Bovendien gebruikten deze vrouwen vaker foliumzuur in de aanbevolen periode, dronken ze minder vaak alcohol in de eerste 3 maanden van de zwangerschap en stopten zij vaker vóór de zwangerschap met roken. Dit was onafhankelijk van het opleidingsniveau van de vrouwen. Uit dit onderzoek kwamen geen statistisch significante verschillen in ongunstige zwangerschapsuitkomsten naar voren, mede omdat het moeilijk bleek voldoende vrouwen vóór een zwangerschap te bereiken.

Het inventariseren van risicofactoren maakte vrouwen met een zwangerschapswens niet extra ongerust; zij waren juist minder ongerust na het consult. Dit bleek ook al uit een eerder onderzoek naar een conceptiepolikliniek.¹⁷ PCA voldeed aan de verwachtingen van zowel vrouwen als huisartsen.¹⁸ Het percentage huisartsen dat ook na de trial door wilde gaan met PCA steeg in de loop van het onderzoek tot 61%. Na afloop van de trial vond de meerderheid van de huisartsen dat de huisartsenpraktijk wat hen betreft PCA zou moeten aanbieden. Dit komt overeen met een eerdere enquête onder 100 huisartsen.¹⁹ Er was verschil van mening over de manier waarop dit vorm moet krijgen: 61% van de interventiehuisartsen gaf de voorkeur aan een jaarlijkse uitnodiging, terwijl de meerderheid van de controlehuisartsen liever een opportunistische aanpak zag. De interventiehuisartsen noemden het gebrek aan financiële compensatie een beperkende factor voor implementatie van PCA.

Preconceptioneel consult in de eerste lijn voor iedereen

De noodzaak om risico's te reduceren bij hoogrisicogroepen is voldoende onderbouwd. Diverse universitair medische centra hebben poliklinieken voor PCA aan zwangeren met een hoog risico, bijvoorbeeld vrouwen met obstetrische problemen in de voorgeschiedenis en vrouwen met diabetes mellitus of epilepsie. In de praktijk blijkt echter dat de mogelijkheden van tijdige risicoreductie nog te weinig worden benut, zelfs als het verhoogde risico bekend is. Blijkbaar zijn vrouwen zich onvoldoende bewust van hun persoonlijk risico, of krijgen ze daar niet genoeg informatie over.^{20,21}

Preconceptionele consultvoering vraagt in principe een non-directieve counselingstechniek die de eigen verantwoordelijkheid van het paar ondersteunt en weloverwogen keuzes mogelijk maakt. Voor een goed advies is een persoonlijke risico-inschatting nodig. Een schriftelijke anamnese maakt het mogelijk om dit gestructureerd, systematisch en efficiënt te doen. Op www.zwangerwijzer.nl staat een vragenlijst die instemming heeft van de werkgroep PCZ. Met deze lijst kunnen risicofactoren geïnventariseerd wor-

Abstract

Van der Weele GM, De Jong-Potjer LC. Preconception counseling: what is the GP's role? *Huisarts Wet* 2008;51(1):41-4.

Interest in preconception counselling (PCC) is growing. The essence of PCC is to assess risk factors prior to pregnancy and help avoid risk factors through counselling. Couples with known high risks can attend specific out-patients clinics for preconception care. Within primary care a growing number of initiatives are seen, especially among midwives, aiming to provide PCC to all couples with a pregnancy-wish. This article discusses the potential benefits and health gains of PCC in primary care. It also reviews recent research on the feasibility and desirability of PCC in general practice in the Netherlands. An important conclusion is that the majority of the GPs' believed that PCC should be offered through the GP's practice. There was, however, some difference in opinion how it should be offered: pro-active or opportunistically. To assure the advancement of PCC in general practice there is a strong need for solid guidelines, background information on various issues relevant to PCC and (regional) fine-tuning with the midwives who are already active in this field.

den op basis van de medische en obstetrische voorgeschiedenis, familie-anamnese, medicatiegebruik en leefstijl. Deze factoren worden in een aansluitend preconceptioneel consult besproken met de patiënt, die dan ook voorlichting krijgt over de leefstijl (voeding, roken, alcohol, drugs), toxoplasmosepreventie, adequaat periconceptioneel foliumzuurgebruik en over prenatale testmogelijkheden. Mogelijk komt hier in de toekomst counseling bij over preconceptionele dragerschapsscreening op bijvoorbeeld cystic fibrosis en hemoglobinopathieën, maar momenteel heeft Nederland nog geen beleid voor het aanbieden van genetische screening.²² Bij een verhoogd risico is gerichte advisering en zo nodig verwijzing naar de tweede lijn aangewezen.

De huisarts en preconceptionele zorg

In de discussie over het hoe, wat en door wie van preconceptionele zorg noemen huisartsen een aantal argumenten die pleiten voor een actieve participatie. Huisartsen kunnen de doelgroep actief benaderen en hebben toegang tot het volledige medisch dossier. Zij kunnen gegevens die uit de risico-inventarisatie naar voren komen in de dagelijkse zorg gebruiken en vice versa. Denk bijvoorbeeld aan factoren uit de familieanamnese en leefstijlfactoren. Verder kan de huisarts als vertrouwenspersoon steun geven bij moeilijke keuzes. Meer algemeen past preconceptionele zorg in de taken van de huisarts als natuurlijk onderdeel van 'levensloop- en gezinsgeneeskunde'.

Om preconceptionele zorg goed op te pakken bestaat er wel behoefte aan handvatten voor advisering aan hoogrisicopatiënten en om vragen van in principe gezonde vrouwen/paren met een zwangerschapswens te beantwoorden. Instrumenten hiervoor zijn bijvoorbeeld richtlijnen over de keuze van items die in de risico-inventarisatie en de advisering aan bod moeten komen, en voorlichtings-

materiaal met consultondersteunende informatie. Waarschijnlijk valt er nog veel winst te boeken met scholing en ondersteuning van huisartsen om de diverse hulpvragen adequaat te beantwoorden.¹

Huisartsen en verloskundigen lijken het erover eens te zijn dat een vrouw met een zwangerschapswens voor vragen terecht moet kunnen bij een deskundige in de eerste lijn. De mate waarin de huisarts deze zorg zelf biedt kan variëren tussen alleen vraaggericht zorg bieden tot het actief oproepen voor risico-inschatting en een preconceptieconsult. Een modernisering- en innovatietarief voor PCA bevordert wellicht de implementatie hiervan. De noodzaak van een goede regionale afstemming in de eerste lijn, tussen verloskundigen en huisartsen, lijkt daarbij vanzelfsprekend.

Literatuur

- 1 De Jong-Potjer LC, Elsinga J. Preconception counselling in general practice. Evaluation of a systematic programme inviting couples contemplating pregnancy. Leiden University, 2006.
- 2 Gezondheidsraad. Preconceptiezorg: voor een goed begin. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.
- 3 De Jonge A, Ponds E, Aalhuizen I. Verloskundigen: aan de slag met preconceptiezorg. *Tijdschr Verloskd* 2004;29:35-7.
- 4 Van Heesch PN, De Weerd S, Kotey S, Steegers EA. Dutch community midwives' views on preconception care. *Midwifery* 2006;22:120-4.
- 5 De Jonge A. KNOV-standpunt Preconceptiezorg. Bilthoven, KNOV 2005.
- 6 De Jong-Van den Berg LTW, De Smit DJ. Klaar voor de uitdaging. Apothekers hebben zorg voor vrouwen met kinderwens. *Pharmaceutisch Weekblad* 2005;39:1213-4.
- 7 Muchowski K, Paladine H. An ounce of prevention: the evidence supporting periconception health care. *J Fam Pract* 2004;53:126-33.
- 8 Galindo A, Burguillo AG, Azriel S, Fuente PL. Outcome of fetuses in women with pregestational diabetes mellitus. *J Perinat Med* 2006;34:323-31.
- 9 Fairgrieve SD, Jackson M, Jonas P, Walshaw D, White K, Montgomery TL et al. Population based, prospective study of the care of women with epilepsy in pregnancy. *BMJ* 2000;321:674-5.
- 10 Holmes LB, Harvey EA, Coull BA, Huntington KB, Khoshbin S, Hayes AM et al. The teratogenicity of anticonvulsant drugs. *N Engl J Med* 2001;344:1132-8.
- 11 Adab N, Tudur SC, Vinten J, Williamson P, Winterbottom J. Common antiepileptic drugs in pregnancy in women with epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD004848.
- 12 Ericson A, Kallen BA. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in early pregnancy. *Reprod Toxicol* 2001;15:371-5.
- 13 Cox M, Whittle MJ, Byrne A, Kingdom JC, Ryan G. Prepregnancy counselling: experience from 1,075 cases. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:873-6.
- 14 De Weerd S, Polder JJ, Cohen-Overbeek TE, Zimmermann LJ, Steegers EA. Preconception care: preliminary estimates of costs and effects of smoking cessation and folic acid supplementation. *J Reprod Med* 2004;49:338-44.
- 15 Czeizel AE. Ten years of experience in periconceptional care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;84:43-9.
- 16 De Jong-Potjer LC, De Bock GH, Zaadstra BM, De Jong OR, Verloove-Vanhorick SP, Springer MP. Women's interest in GP-initiated pre-conception counselling in The Netherlands. *Fam Pract* 2003;20:142-6.
- 17 De Weerd S, Van der Bij AK, Braspenning JC, Cikot RJ, Braat DD, Steegers EA. Psychological impact of preconception counseling: assessment of anxiety before and during pregnancy. *Community Genet* 2002;4:129-33.
- 18 Jong-Potjer LC, Elsinga J, Le Cessie S, Van der Pal-de Bruin KM, Neven AK, Buitendijk SE et al. GP-initiated preconception counselling in a randomised controlled trial does not induce anxiety. *BMC Fam Pract* 2006;7:66.
- 19 Gaytant MA, Cikot RJ, Braspenning JC, Grol RP, Merkus JM, Steegers EA. Preconceptionele advisering in de huisartspraktijk; een enquête onder 110 huisartsen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1998;142:1206-10.
- 20 Crawford P, Lee P. Gender difference in management of epilepsy-what women are hearing. *Seizure* 1999;8:135-9.
- 21 Kim C, Ferrara A, McEwen LN, Marrero DG, Gerzoff RB, Herman WH. Preconception care in managed care: the translating research into action for diabetes study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:227-32.
- 22 Achterbergh R, Lakeman P, Stemerding D, Moors EH, Cornel MC. Implementation of preconceptional carrier screening for cystic fibrosis and haemoglobinopathies: A sociotechnical analysis. *Health Policy* 2007;83:277-86.