

Allochtone kinderen krijgen slechtere zorg

Nathalie Urbanus-van Laar. *Ethnic inequalities in quality of care for children in the Netherlands* [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2007. 151 pagina's. ISBN 978-90-71433-76-4.

Er wordt weinig onderzoek gedaan naar etnische verschillen in de kwaliteit van zorg. Een literatuuronderzoek in dit proefschrift naar het bestaande bewijs dat er etnische verschillen zijn in de kwaliteit van zorg onder kinderen tot 19 jaar leverde 17 onderzoeken op, waarvan 6 in Nederland. Het promotieonderzoek richtte zich op 3 aspecten van kwaliteit van zorg: continuïteit van zorg, tijdigheid en adequaatheid. Drie onderwerpen dienden als voorbeeld voor ernstige en minder ernstige aandoeningen en zowel acute als chronische zorg. Kinderen met amblyopie moeten na screening binnen 4 maanden een oogarts hebben bezocht. Indien 3 jaar na de laatste verwijzing het betrokken kind geen oogarts had bezocht werd de zorg als discontinu beschouwd. Bij 37% van de kinderen van Nederlandse herkomst en 51% van de kinderen van niet-westerse herkomst was dit het geval, vooral onder de kinderen van Marokkaanse (58%), Turkse (54%) en Antilliaanse herkomst (53%, niet significant, kleine groep). Vooral kinderen van Surinaamse herkomst deden er langer over. Tien interviews duiden steeds op problemen in de arts-patiëntcommunicatie: verkeerd begrepen, onduidelijk verwoording of niet-uitgewisselde informatie. In het onderzoek naar tijdig consulteren voor diabetesklachten werd de klinische conditie geëvalueerd op het ogenblik van een nieuwe diagnose voor diabetes type 1. Alle kinderen van niet-westerse herkomst hadden slechtere resultaten, behalve voor serum glucosewaarden. Dit was vooral het geval voor kinderen van Turkse en Antilliaanse herkomst. Controle voor sociaal-economische verschillen had weinig effect. Diagnose van diabetes bij deze kinderen vindt later plaats in het beloop van de ziekte. Redenen hiervoor kon dit onderzoek niet aangeven. Adequaatheid van behandeling door de huisarts werd

bestudeerd aan de hand van astma. Een vierde van de kinderen kreeg geen enkel voorschrift voor kortwerkende bèta-2-agonisten. Tweederde van de kinderen met intermitterende astma leken te worden overbehandeld, bij milde persistente astma was 15% overbehandeld en eenzelfde percentage onderbehandeld. Na multivariate analyses bleek dat vooral kinderen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst significant meer adequaat kortdurende bèta-2-agonisten kregen voorgeschreven, maar de Turks en Marokkaanse groep significant meer onderbehandeld werd. Een audit bevestigde de bevindingen uit de registratiegegevens. Of deze uitkomsten evenzeer gelden voor effectiviteit van zorg en 'patiëntcentredness' vraagt om verder onderzoek. De uitkomsten kunnen waarschijnlijk evenmin zomaar geëxtrapoleerd worden naar dagelijkse aandoeningen of eindelevensfasen met andere zorgbehoeften. Aangezien de sociaal-economische positie en taalachterstand niet automatisch verbeteren bij volgende generaties in bepaalde herkomstgroepen, is het niet duidelijk of verschillen in kwaliteit van zorg blijven bestaan. Waarschijnlijk gelden deze bevindingen wel voor andere herkomstgroepen waar zowel taalkennis en sociaal-economische factoren, als afstand tot de Nederlandse maatschappij nog een grotere rol spelen.

Walter Devillé

De kloof tussen kennis en praktijk

Mieke van Driel. *The implementation of evidence in clinical care. Exploring the gap between knowledge and practice* [Proefschrift]. Gent: Universiteit van Gent, 2007. 132 pagina's. ISBN 978-90-810348-2-1.

Mieke van Driel heeft haar basisopleiding en huisartsenopleiding in Nederland voltooid en ze werkt – na diverse buitenlandse omzwervingen – sinds eind jaren '90 in België. Ze werkt onder andere als redacteur van *Minerva*, een onafhankelijk Vlaams tijdschrift voor evidence-based medicine in de eerste lijn, en aan het project *Farmaka*, dat zich bezighoudt met richtlijn-

ontwikkeling voor de eerste lijn.

Haar proefschrift is een neerslag van de diverse projecten waarbij ze betrokken was, en vormt een kleurrijk en lezenswaardig geheel.

Het eerste hoofdstuk stapt met zevensmijslaarzen door de geschiedenis van evidence-based medicine. In het tweede hoofdstuk, dat eerder in *The Lancet* is gepubliceerd, schetst Van Driel een theoretisch kader, waarbij ze het werk van Avedis Donabedian, met het bekende onderscheid in structuur, proces, uitkomst van medische zorg, als uitgangspunt heeft gekozen. Het debat over kwaliteit van zorg vereist drie soorten evidence: geneeskundige evidence, contextuele evidence, en beleids-evidence. Elk van deze elementen bespreekt ze in latere hoofdstukken.

Een analyse van bijna driehonderd Cochrane-reviews wijst uit dat het weinig zin heeft om veel energie te steken in het zoeken naar ongepubliceerde trials. De meeste trials die op het moment van verschijnen van de review nog niet gepubliceerd waren, maar waar de auteurs wel weet van hadden, verschenen uiteindelijk toch in druk. En wanneer dat niet het geval was, ging het om slecht uitgevoerd onderzoek met geringe bewijskracht.

In een volgend hoofdstuk wordt een trial samengevat waarin het effect van zogenaamde kwaliteitscirkels werd onderzocht om het voorschrijfbeleid van antibiotica te verbeteren. Het eenmalig groepsgewijs bespreken van een richtlijn bleek geen meerwaarde te hebben boven verzending per post.

Een onderzoek bij patiënten met keelpijn die de huisarts bezochten wees uit dat hun wens om een antibioticarecept te krijgen vooral te maken had met hun behoefte aan pijnbestrijding. Zo kan een huisarts de antibioticaprescriptie verminderen als hij de ideeën van de patiënt helder krijgt.

Het laatste onderzoek in het proefschrift laat zien dat banale vergoedingsregelingen het voorschrijven van maagzuurremmers sterker beïnvloeden dan weldoordachte medische richtlijnen.

Eén van de sterke punten van dit proefschrift is dat er zeer gevarieerd onderzoek in staat. De bevindingen zijn niet alleen