gecontroleerd. Ook dat leidde niet tot andere resultaten.
De onderzoekers stellen in hun slotzin dat het voorzichtigheidshalve verstandig kan zijn het gebruik van cafeïne tijdens de zwangerschap te verminderen of te beëindigen. De meeste zwangeren doen dat al spontaan, dus in zoverre heeft moeder natuur het goed geregeld. Het lijkt nog te vroeg om koffiegebruik door zwangeren actief te ontraden. Omdat er een associatie is van cafeïnegebruik met roken en alcoholgebruik kan men zich bijvoorbeeld afvragen of de onderzoekers niet, naast correctie voor gebruik als zodanig, ook hadden moeten corrigeren voor de hoeveelheid drank en sigaretten die hun zwangeren gebruikten. En na de twintigste week – als de kans op een miskraam voorbij is – is koffie nog steeds niet verkeerd. (TW)

Weng X, et al. Maternal caffeine consumption during pregnancy and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol 2008:198:279.el-8 [*zie: www.ajog.org*]

Dikkertje Dap

Afvallen is moeilijk, maar het is nog veel moeilijker om afgevallen te blijven. Met een min of meer intensief programma verliezen de meeste patiënten wel een paar kilootjes, maar in het leven van alledag blijkt al die moeite al snel vergeefs. Voor onderzoek naar het effect van interventies om af te vallen geldt vaak: hoe langer de follow-up, hoe minder resultaat.
Een groot en langdurig onderzoek bepaalde de effecten van drie verschillende (niet-farmacologische) programma's om patiënten die eenmaal waren afgevallen op gewicht te houden. Daartoe volgden alle 1685 patiënten met hypertensie en/of hypercholesterolemie en een BMI > 25 (gemiddelde BMI 34!) gedurende een half jaar 20 groepsessies. In deze sessies werd onder andere het belang van lichamelijke activiteit en gezonde voeding benadrukt en gemiddeld vielen de deelnemers 8,5 kilo af. Zij die meer dan 4 kilo afvielen werden gerandomiseerd naar een van drie interventiearmen: 1) minimale interventie van een papieren instructie en een contact na 12 maanden; 2) ondersteuning via het internet, met wekelijkse sessie en reminders als men niet inlogde; en 3) maandelijks individueel contact.
Dertig (!) maanden na randomisatie bleek dat meer dan 90% de interventie had afgemaakt, een prestatie van formaat. Alle drie groepen waren gemiddeld zwaarder dan bij randomisatie, maar niet zo zwaar als bij het begin van het onderzoek (voor de groepsessies). Op basis van intention to treat (ITT) bleek er een statistisch significant verschil ten gunste van de groep met het persoonlijke contact. De patiënten in de minimale interventiestrategie waren gemiddeld 5,5 kilo zwaarder dan bij randomisatie, de groep met internetbegeleiding was gemiddeld 5,2 kilo aangekomen en de groep met persoonlijke begeleiding maar 4,0 kilo. Overigens wogen de patiënten gemiddeld nog ruim 92 kilo. De auteurs zijn erg enthousiast over het succes van hun interventie. Ik vraag me echter af of die 1,5 kilo verschil tussen de minimale interventiegroep en de groep met maandelijks contact – en dat 30 maanden lang – wel echt de moeite waard is bij een gemiddeld gewicht van 92 kilo. Statistisch inderdaad significant, maar klinisch? (HvW)

Svetkey LP, et al; for the Weight Loss Maintenance Collaborative Research Group. Comparison of Strategies for Sustaining Weight Loss: The Weight Loss Maintenance Randomized Controlled Trial. JAMA. 2008;299:1139-48.

Depressie en fouten

De huisarts vindt het soms moeilijk om een depressie bij zijn patiënt te herkennen, maar heeft de huisarts zijn eigen depressie wel in de smiezen? En beïnvloedt de depressie zijn zorg?
Een onderzoek onder 123 assistentenkindergeneeskunde in 3 Amerikaanse ziekenhuizen liet zien dat 20% van hen positief scoorde op een screeningslijst voor depressie. Men volgde alle 123 assistenten 1,5 maand en alle fouten bij het voorschrijven van medicijnen werden opgespoord. De assistenten maakten in totaal 45 fouten (bij 6078 voorschriften). Depressieve assistenten bleken gemiddeld zes maal zo vaak een fout te maken als hun niet-depressieve collega's (1,55 per maand versus 0,25 per maand). Er was geen verband met burnt-out problematiek. Opvallend was wel dat zowel assistenten die leden aan depressie als aan burnt-out vaker zelf fouten rapporteerden dan hun collega's. Assistenten met een depressie ervaren het eigen functioneren dus terecht als een probleem, maar assistenten met burnt-out ten onrechte.
Wat geldt voor kinderartsen geldt natuurlijk ook voor huisartsen. Moeten we alle artsen screenen op depressie en depressieve artsen onder toezicht laten werken? Dat gaat allemaal wat ver, zeker op basis van dit beperkte onderzoek. Een (te) hoge score op een screeningslijstje is nog wel iets anders dan een klinische diagnose. Dit onderzoek moet ons echter wel aan het denken zetten. De prevalentie van 'mogelijke depressie' is erg hoog en ook de toename van fouten is fors. Het lijkt dus raadzaam dat een dokter die meent dat hij depressief is gepaste actie onderneemt. Ook een mogelijke depressie bij een collega moet bespreekbaar zijn. Soms heb je een zetje nodig. (HvW)

Fahrenbopf AM, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ 208:336:488-91.

H&W 08 05.indb 211 18-04-2008 08:53:03