

Preconceptiezorg, wiens zorg eigenlijk?

In 2007 adviseerde de Gezondheidsraad in het rapport 'Preconceptiezorg, voor een goed begin' dat in Nederland preconceptiezorg een plaats zou moeten krijgen. Adviezen over onder andere niet roken, aanpassing van medicijngebruik, slikken van foliumzuur en aanpassen van voeding worden nu gegeven wanneer de zwangerschap al tot stand gekomen is. Een Stichting Preconceptie werd in het leven geroepen met afvaardiging uit verschillende beroepsgroepen. En zo vond het Tweede nationale congres preconceptiezorg plaats in september 2009. Dit werd vooral bezocht door verloskundigen en daarnaast een enkele huisarts.

Verloskundigen bieden kinderwenspreekuren aan, maar het loopt nog niet storm. Vrouwen zitten nu eenmaal niet graag bij de verloskundige in de wachtkamer tussen zwangere buurvrouwen die vragen 'en hoe ver ben jij?' Paren moeten dit consult bovendien zelf betalen omdat er geen vergoedingstarief is.

In het debat over hoe de risicogroepen bereikt moeten worden, gaat men voorbij aan het feit dat de huisarts beschikt over een HIS waarmee je vrouwen in hun vruchtbare leeftijd kunt selecteren. Eerder onderzoek naar preconceptiezorg in de huisartsenpraktijk liet al zien dat deze methode werkzaam is en dat vrouwen - anders dan vaak gedacht - graag informatie ontvangen. Dit betekent wel de nodige extra inzet van de huisarts of zijn praktijkondersteuner. Hoewel de overheid meent dat dit basiszorg is, zal de huisarts in het pas aangeplante bos van alle zorgketens deze mening niet delen zonder dat een tarief is geregeld.

Er is dus een nieuwe NHG-Standaard Preconceptiezorg in ontwikkeling, want zonder standaard geen tarief en zonder tarief geen preconceptiezorg door de huisarts. Het is eigenlijk net als met het bezoek aan het preconceptiezorgcongres zelf: zonder accreditatiepunten geen deelnemende huisartsen.

Kristel van Asselt

Gezondheidsraad. Preconceptiezorg, voor een goed begin [rapport]. Den Haag, 2007.



Foto: Shutterstock/Bartosz Ostrowski

OMA en antibiotica: kan de huisarts ouders opvoeden?

Zoals de huisarts zijn pappenheimers kent, zo kennen patiënten hun huisarts. Ouders van kinderen met oorklachten kennen vaak het voorschrijfgedrag van hun huisarts bij het behandelen van een geconstateerde otitis media. Eerdere ervaringen op het spreekuur leerden hen of de huisarts terughoudend reageert met het voorschrijven van antibiotica. Nederlandse en Finse onderzoekers onderzochten de invloed van het handelen in de dagelijkse praktijk op de verwachtingen van de ouders ten aanzien van antibioticabeleid.

Wat bleek? Die invloed was groot. In Finland werden 99% van de kinderen met OMA volgens de Finse richtlijn behandeld

met antibiotica in tegenstelling tot 78% van de kinderen in Nederland. De Finse richtlijn adviseert direct met antibiotica te starten bij een OMA. De Nederlandse standaard is terughoudend en adviseert antibiotica alleen bij risicogroepen, jonge leeftijd en bij een langere ziekte duur. Van de Finse ouders geloofden 85% dat antibiotica noodzakelijk waren voor de genezing, tegenover 55% van de Nederlandse ouders. Finse ouders bezochten daarom ook in de meeste gevallen van oorpijn bij hun kinderen de huisarts. Vreemd genoeg waren de Finse ouders wel meer ongerust dan de Nederlandse over antibioticaresistentie (88% versus 65%). Antibioticaresistentie was in Finland ook vaker een

onderdeel van gesprek tussen huisarts en ouders.

De onderzoekers concluderen dat er een sterke relatie bestaat tussen het dagelijkse voorschrijfbeleid van antibiotica door de huisarts en de verwachtingen van de ouders of een antibioticum bij OMA zal worden voorgeschreven. Wanneer de dokter een terughoudend voorschrijfbeleid volgt, zullen de ouders op den duur hun verwachtingen daaraan aanpassen.

Hans Uijen

Tähtinen PA et al. Parental experiences and attitudes regarding the management of acute otitis media-a comparative questionnaire between Finland and the Netherlands. *Fam Pract*;2009;26:488-92.