

...Maar wie doet wat?

Het is tijd voor actie!

Uit de voordrachten in de sessie 'Towards an Alliance between Primary Care and Public Health' kwamen als belangrijkste punten naar voren dat het nu het goede moment is om actie te ondernemen, maar dat onderzoek en praktijk niet goed op elkaar aansluiten. De ervaring leert dat projecten die dicht bij de mensen staan goed werken, zeker als er regelmatig feedback gegeven wordt. Een breed draagvlak, samenwerking en een goede coördinatie zijn daarbij cruciaal. Een groot praktisch probleem is dat niet voor iedereen, en in dit verband vooral bij huisartsen, duidelijk is wie wat moet doen, en welke groepen behandeld moeten worden.

When is Evidence Evidence that can be used in daily practice?

Dr. Mona Nasser was onderzoeker bij het 'Instituut voor kwaliteit en efficiency in de gezondheidszorg', in Cologne, Duitsland. Recent is zij klinisch lector in evidence based tandheelkunde, Peninsula Dental School, Plymouth, UK

Nasser besprak verschillende methoden om de externe validiteit en toepasselijkheid van systemische reviews te verbeteren. Systemische reviews kunnen een enorme bron van informatie opleveren voor beleidsmakers en praktijkmensen. Er blijven echter enkele vragen onbeantwoord: hoe vertaal je de resultaten van een systemische review naar de praktijk? Welke aanpassingen zijn nodig in het proces van een systemic review om dit te bereiken? Hoe kunnen we het onderzoeksbewijs bij grotere populaties extrapoleren naar een specifieke patiënt in de klinische zetting? Momenteel ligt in systemische reviews veel nadruk op de 'internal validity': of de geïnccludeerde onderzoeken voldoen aan de onderzoeksvraag of ze 'correct' zijn, vrij van bias.

Er is echter weinig overeenstemming over de beste methode om de 'external validiteit' en 'toepasbaarheid' in systemische reviews te evalueren. Kunnen de resultaten naar andere patiëntengroepen en settings (bijvoorbeeld de patiënt thuis) worden geëxtrapoleerd. Nasser sprak ook over actuele methoden om externe validiteit en systemische reviews te evalueren. Zij deed suggesties aan de hand met 16 vragen die systemische reviewers kunnen helpen om hun reviews relevanter te maken voor eerstelijnszorgsettings.

Nasser eindigde daarom met de vraag: zijn er voor reviews andere strategieën denkbaar die onderzoekers kunnen volgen zodat de relevantie voor de praktijk verhoogd wordt, waaronder meer kwalitatieve benaderingen. Nu lijkt het probleem te vaak: er is geen adequate communicatie tussen onderzoek en praktijk.

The experience of the French Healthy Cities Project

Dr. Jean-Michel Borys, arts, endocrinoloog en voedingskundige, Frankrijk

Dr. Jean-Michel Borys besprak een praktijkvoorbeeld van een succesvolle aanpak voor de preventie van obesitas bij kinderen, het EPODE-project. EPODE (Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants) begon in Frankrijk, maar wordt inmiddels in meer dan driehonderd steden in zes landen met succes uitgevoerd (Spanje, België, Frankrijk, Griekenland, Australië, Mexico). Van de 300 deelnemende steden bevinden zich er 226 in Frankrijk. De EPODE-aanpak zal in meer steden in Europa van start gaan. EPODE kent een internationale, een nationale en een lokale coördinatie. De nadruk ligt op het lokale niveau; ook aan de (inter)nationale overleggen nemen de lokale vertegenwoordigers deel.

In 2004 werd in Frankrijk in tien pilotsteden gestart met het EPODE-project. Het doel was een methode te ontwikkelen voor de preventie van overgewicht bij kinderen, specifiek op gezinnen met kinderen tussen de 0 en 12 jaar. Door aanpassingen in de (fysieke) omgeving van kinderen, en met behulp van de instelling van de sociale omgeving moet bij kinderen een positieve houding ontstaan ten aanzien van hun eet- en beweeggedrag. De insteek is dat alles lokaal gebeurt (de organisatie, de uitvoering, de financiële ondersteuning).

Voorwaarde is de medewerking van lokale belanghebbenden, die zich voor een langere periode committeren, en een lokaal coördinatiepunt. Deze zogenoemde stakeholders moeten direct bij het project betrokken zijn en zij moeten invloed kunnen uitoefenen op de omgeving (de buurt), de voeding, activiteiten, de sociale omgeving, economische factoren en culturele normen. Daarbij valt te denken aan nationale instellingen als ministeries van gezondheid, onderwijs, landbouw, gezondheidsinstanties, scholen, sportclubs e.d..

Voor het slagen van het project is ook politieke betrokkenheid belangrijk, namelijk toezegging voor politieke ondersteuning voor minstens vijf jaar. Verder is één coördinator nodig als aanspreekpunt voor het totale project. Deze lokale projectmanager moet goed zichtbaar en benaderbaar zijn; hij of zij moet dus ook daadwerkelijk de straat op en de wijken in.

Andere belangrijke punten zijn betrokkenheid meerdere invloedrijke stakeholders, een goede planning en coördinatie (met gebruik van sociale marketing), voldoende flexibiliteit om zaken op lokaal niveau aan te passen, boodschap en bezorging op maat, en een positieve benadering (geen stigmatisering van personen of culturen).

Het project is in Frankrijk succesvol: het staat goed bekend en wordt breed gedragen. In de Franse steden waar het project

loopt, is de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen tussen de vijf en twaalf jaar tussen 2005 en 2009 met 9,12% gedaald (van 20,6 naar 18,8%). De kinderen worden een keer per jaar gemeten. De lokale projectmanagers worden twee maal per jaar bijgeschoold over diverse thema's. Het project wordt ondersteund door uitgave van uiteenlopende documentatie. Verder zijn er elk jaar campagnes over diverse thema's. Borys schat de kosten op 1 à 2 euro per inwoner per jaar. Meer informatie is te vinden op: www.epode.fr, www.epode-european-network.com, www.viasano.be

The Nijmegen Community Health Service Activities

Dr. Gerdine Fransen is coördinator van de academische werkplaats AMPHI en coördinator van de afdeling Gezondheidsbevordering en epidemiologie bij de GGD Nijmegen.

Om overgewicht effectief te kunnen bestrijden is een geïntegreerde aanpak nodig, aldus dr. Gerdine Fransen. Gedragsverandering kan bereikt worden door het over een langere periode creëren van een gezonde leefomgeving, waarin gezonde keuzes ondersteund worden. De EPODE-aanpak, met een sterke politieke ondersteuning, samenwerking met diverse sociale domeinen, en een goede samenwerking tussen private en publieke organisaties, wordt ook in Nederland toegepast in de JOGG-benadering. De GGD regio Nijmegen gebruikt dit in diverse gezondheidsbevorderende activiteiten, onder andere het bestrijden van overgewicht.

Een voorbeeld hiervan is het project CIAO (Consortium for an Integrated Approach in Overweight), waarin vijf centra samenwerken. In fase 1 van dit project zijn workshops en interviews in 3 gemeenten gehouden met praktijkwerkers en beleidsmakers die werken aan het stimuleren van gezonde voeding en beweging en/of de preventie van overgewicht. Belangrijke vragen die naar voren kwamen waren: welke interventies worden in de dagelijkse praktijk gebruikt? Welke werken en welke niet? Wat is nodig om de (geïntegreerde) aanpak te verbeteren? Wat is nodig voor een optimale samenwerking? In Nijmegen zijn bijvoorbeeld 29 interventies geïdentificeerd voor de jeugd en 22 voor volwassenen. De gekozen invalshoeken waren voeding, beweging, psychologisch of een combinatie.

De conclusie na inventarisatie van deze interventies was dat het probleem momenteel zeer gefragmenteerd wordt aangepakt en dat hierbij grote verschillen zijn tussen de diverse gemeentes. Voor een geïntegreerde aanpak is meer samenhang en samenwerking nodig. Daaruit moeten prioriteiten voortkomen die kunnen leiden tot een 'tailor made' aanpak van het probleem overgewicht. Uit de inventarisatie kwam verder naar voren dat het lastig is de ouders te betrekken bij de aanpak van overgewicht. Ook bleken de pedagogische aspecten onderbelicht te zijn.

Positieve punten die genoemd zijn door geïnterviewden zijn onder andere: er is een verhoogd bewustzijn van het probleem, het geeft het gevoel niet de enige te zijn en het belang van een multidisciplinaire aanpak. De geïnterviewden hebben echter ook onder andere het volgende opgemerkt: projecten bereiken niet de mensen die het het meest nodig hebben, voor de voortgang is meer geld nodig, er is te weinig betrokkenheid van de ouders, effecten zijn moeilijk meetbaar, samenwerking kost veel tijd en geld, het programma wordt te weinig gebruikt. Verder is er behoefte aan meer ondersteuning van de scholen, meer preventieve actie door huisartsen (o.a. doorverwijzingen), een stabiele financiële ondersteuning, meer betrokkenheid van de lokale en nationale overheden, meer betrokkenheid van de inwoners, helder inzicht in de beschikbare interventies. Voor de betrokkenheid van de ouders moet niet alleen verteld worden wát ouders kunnen doen, maar het is ook van belang te zeggen hóe ze het probleem overgewicht kunnen aanpakken/voorkomen. Diverse opvoedstijlen zouden hierbij ingezet kunnen worden.

Euregio project 'Gesunde Kinder in gesunde Kommunen'

Prof. dr. Naul is professor in sportwetenschap en sportpedagogiek aan de Universiteit van Duisburg-Essen in Duitsland.

Professor Naul besprak het project 'Gezonde kinderen in een gezonde kindomgeving' (gkgk). Dit Duits-Nederlandse samenwerkingsproject is een voorbeeld van een geïntegreerde aanpak waarin ouders, school, sportclubs en gemeentelijke instanties met elkaar samenwerken om overgewicht bij kinderen te bestrijden. Gkgk omvat de dagelijkse gang naar school, 2 uur per week beweging gericht op gezondheid, 1 uur per week specifiek op een doelgroep (gerichte activiteit), 1 uur per week gezondheids- en medische informatie op de basisschool, 2 maal per week deelname aan een sportclub. Momenteel nemen in Nederland negentien scholen in zes woongemeenschappen en in Duitsland ook negentien scholen in zes woongemeenschappen deel aan dit project.

In totaal wordt met dit project voorzien in dagelijks 60 tot 90 minuten fysieke activiteit gedurende vijf dagen. De activiteiten worden ondersteund door lesmateriaal, informatiebijeenkomsten en campagnes voor ouders, leraren en lokale betrokkenen over gezonde voeding, en de voordelen van lichamelijke activiteit. Ouders en leraren worden regelmatig geïnformeerd. De feedback wordt gegeven in de vorm van persoonlijke informatie over de BMI, lichamelijke activiteit en de fysieke ontwikkeling. Het programma loopt gedurende 4 jaar, voor de leeftijdsgroepen van 6 tot 10 jaar.

Het project is geëvalueerd, onder andere door middel van vragenlijsten aan de ouders, kinderen en andere betrokkenen. De prevalentie van overgewicht nam in een jaar tijd af van 18,1 naar 14,7% en de motorische vaardigheden waren significant toegenomen, zowel bij de jongens als bij de meisjes.

Ook Naul benadrukte dat het belangrijk is een 'mayor player' te hebben die in de gemeenschap woont en die de mensen kent. Hij moet toegankelijk en zichtbaar zijn (bijvoorbeeld door het uitdelen van kortingsbonnen voor sportclubs, het geven van lezingen e.d.); hiermee creëer je een win-win situatie voor all betrokkenen.

How science thinks and practice acts: bridging the gap between science and practice in weight management interventions for adolescents

Dr. Laura Bouwman, universitair docent, Gezondheid en Maatschappij en Emily Swan, diëtist en MSc student Humane Voeding, Wageningen Universiteit

Het ontbreken van aansluiting tussen theorie en praktijk stond tevens centraal in de presentatie van Laura Bouwman en Emily Swan. Zij onderzochten de overeenkomsten en verschillen tussen wetenschappelijke kennis en ervaringskennis in de praktijk over de aanpak van obesitas bij adolescenten (12-18 jaar). Het ontbreken van een effectief behandelprogramma voor deze leeftijdsgroep bij Ziekenhuis de Gelderse Vallei was aanleiding van het onderzoek.

'Er is een schat aan kennis over de behandeling van obesitas. En deze kennis is vertaald in klinische richtlijnen voor de praktijk. De toepassing hiervan blijkt echter vaak lastig.' Voor haar Master thesis reviewde Emily de wetenschappelijke literatuur en praktijk-gebaseerde literatuur en interviewde professionals betrokken bij de aanpak van overgewicht. Vier belangrijke issues kwamen hieruit naar voren. Allereerst het gebruik van theoretische modellen voor het ontwikkelen van behandelprogramma's tegen overgewicht. De wetenschappelijke literatuur rapporteert hier onvoldoende over. De geïnterviewde professionals gaven aan onzeker te zijn over de betekenis van theorie voor behandelprogramma's. Het tweede issue betrof de afstemming van behandelprogramma's op een specifieke leeftijdsfase. 'Evidence' hierover is schaars, terwijl de praktijk benadrukt dat binnen de groep adolescenten rekening moet worden gehouden met verschillen in ontwikkelingsfase en interesses. De derde bevinding betreft de mate waarin de sociale aard van overgewicht aandacht krijgt in behandelprogramma's. De wetenschappelijke literatuur biedt hier weinig aanknopingspunten. Dit, terwijl de praktijk aangeeft dat een sociale benadering van de overgewichtproblematiek essentieel is. Het betreft bijvoorbeeld de keuze tussen individuele of groepsbehandeling, de betrokkenheid van familie en de keuze voor specifieke alledaagse settings binnen het behandelprogramma. Een laatste issue is gerelateerd aan het ontbreken van duidelijkheid over de professionele verantwoordelijkheid voor de behandeling van obesitas bij adolescenten. De wetenschappelijke literatuur is hierover inconsistent. De praktijkliteratuur beveelt aan om 'niet-traditionele' professionals zoals jongerenwerkers te betrekken bij de behandeling van de complexe, vaak sociaal-gerelateerde problematiek van overgewicht. Dit ligt in lijn met de visie van de geïnterviewde professionals werkzaam in de klinische setting. Zij beschouwen zichzelf verantwoordelijk voor de problemen op individueel niveau. Problemen van sociale aard worden gezien als oncontroleerbaar en buiten hun professionele expertise. Conclusie van Bouwman en Swan is dat 'evidence' niet slechts een zaak is van de wetenschap. Niet afwachten tot de wetenschap voldoet aan de wensen en eisen vanuit de praktijk, maar vanuit de praktijk actief bijdragen aan het tot stand komen van de 'evidence'. Zo kunnen professionals hun wensen uitspreken richting wetenschappelijke tijdschriften, onderzoeksinstellingen en commissies die richtlijnen opstellen. Ook bestaat een breed scala aan netwerken waar professionals terecht kunnen voor advies en ondersteuning voor praktijkgericht onderzoek. 'Back to practice' lijkt hier dan ook het devies!

How good is the evidence and how is it used?

Prof. Richard Roberts, President van de World Organization of Family Doctors (WONCA), Professor van Family Medicine, University of Wisconsin (USA)

Om de USA als voorbeeld te nemen: de gemiddelde huisartspraktijk in de Verenigde Staten telt zo'n 2500 patiënten, aldus prof. Roberts. Als de huisarts alle richtlijnen zou volgen zou hij 10,5 uur per dag bezig zijn met zorg voor chronisch zieken en 7.5 uur met preventie. Daarnaast komen patiënten zelf met vragen en zijn er nog andere taken, zoals de administratie.

Verder is de huisartsgeneeskunde complex; tijdens een bezoek bespreken patiënten 1,5 tot 8 problemen! De uitdaging is te prioriteren wat belangrijk is voor zowel de patiënt ('mijn voet doet zeer') als de huisarts als het gezondheidszorgsysteem ('je moet je bloeddruk laten checken') 75- 80% van de symptomen die de patiënt aangeeft, worden zonder actieve interventie opgelost. De uitdaging is te beslissen welke symptomen niet verontrustend zijn en welke gevaarlijk.

Ook hij stelt de vraag: Wat moet ik met evidence based geneeskunde? Het meeste bewijs van studies komt van onderzoekers die per definitie niet full-time betrokken zijn in de zorg voor patiënten. Zelfs landmerkstudies zijn weinig relevant voor de dagelijkse huisartspraktijk. Een voorbeeld hiervan is een studie uit de JAMA waarin wordt aangegeven dat de meest geciteerde en gevierde studies in de literatuur die valide zijn bevonden en de resultaten hard, door latere studies in minder dan 50% van de tijd zijn gedaan. Dat betekent dat een muntje opgooien een betere kans op accuratesse dan de literatuur openslaan. In de matrix: 'weten wat we weten' – 'weten wat we niet weten' – 'niet weten wat we weten' en 'niet weten wat we niet weten'. Roberts benadrukt dat de kwadrant 'weten wat we weten' heel klein is, en een verschuivende basiskennis in de geneeskunde weerspiegelt. We weten dus heel weinig wanneer we ons op de speciale behoeften van de patiënt tegenover ons richten. In zijn praktijk heeft een arts volgens Roberts meer aan zijn eigen ervaring, zijn kennis over de patiënt en zijn inzicht in de perceptie en waarden de patiënt. En voorbereid zijn op het onverwachte.

Screening high risk patients, followed by lifestyle intervention in general practice

Prof. dr. Pim Assendelft - Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch centrum

Gezondheid is 'hot', iedereen wil en kan er van alles mee. Vooral de stijging in chronische ziekten vraagt om actie. Screening op de drie grootste chronische ziekten (diabetes, hart- en vaatziekten en nierschade) moet gebeuren door de huisarts. En omdat in de huisartspraktijk toch al veel aan programmatische screening en leefstijladvisering wordt gedaan is deze een goed beginpunt voor screening op deze aandoeningen.

Onderzoek naar wat huisartsen momenteel aan preventieve maatregelen doen, toont aan dat slechts 24% zelf actie/initiatief neemt, 55% neemt het mee als de patiënt voor andere klachten komt, 90% doet pas iets als de patiënt erom vraagt. Als patiënt ben je dus in grote mate afhankelijk van de 'interesse' van je arts.

Maar Assendelft onderstreept dat er veel van huisartsen wordt gevraagd. Het grote probleem is volgens hem geld en menskracht, want een actieve benadering kost tijd. Hij schetst voor een gemiddelde praktijk:

Selectie van onderzoeksgroep	6 uur
Sturen van uitnodigingen	5 uur
Eerste consult (huisarts)	14 min
Consult practice nurse	24 min
Tweede consult huisarts	14 min

Belangrijk is dus de financiering hiervan.

Bovendien zijn huisartsen vaak nog onzeker over het effect van hun aanpak. Opmerkingen die vaak worden gehoord zijn: ik ben daar niet voor opgeleid of ik mis daarvoor de vaardigheden. Vaak wordt voedingsvoorlichting daarom afgedaan met 'mensen eten gewoon te veel'. Ook geven huisartsen aan dat zij een gebrek ervaren aan gevalideerde vragenlijsten, die aansluiten bij richtlijnen. Het goede nieuws is volgens professor Assendelft dat de huisarts niet alles zelf hoeft te doen. Een goede samenwerking met praktijkondersteuners biedt veel mogelijkheden. Voorwaarde daarbij is wel dat de screening systematisch gebeurt.

Volgens Assendelft is de tijd rijp om aan preventie te doen in de huisartspraktijk. Alle rapporten vragen immers om actie. Helaas werken landelijke instanties die zich hiermee bezighouden vaak nog langs elkaar heen, omdat ieder zich binnen wet- en regelgeving verantwoordelijk voelt voor slechts een klein stukje. Ook zijn veel instellingen tegelijkertijd met dezelfde zaken bezig en dezelfde mensen aan het benaderen. Dat moet anders; alle belangen moeten bij elkaar komen. Er moet daarom naar een oplossing gezocht worden want de tijd is er rijp voor.

Het nieuwe PreventieConsult Cardiometabool van de huisartsen, bedrijfsartsen en 3 gezondheidsfondsen sluit aan bij de behandelrichtlijnen en maakt gebruik van een speciaal samengestelde en gevalideerde vragenlijst. Het PreventieConsult sluit goed aan bij leefstijlinterventies als de Beweegkuur.

Wendy van Koningsbruggen

De vier pilaren waar het EPODE-project op steunt:

- Politieke betrokkenheid op alle niveaus van het project
- Regelmatige evaluatie, gebaseerd op evidence en praktijkervaring.
- Een goede coördinatie, en gebruik van sociale marketing technieken
- Financiële (en andere) ondersteuning van de publieke en private sector

Prof. dr. Maria Koelen geïnaugureerd als hoogleraar Gezondheid en Maatschappij
Een nieuwe leerstoel aan de Wageningen University

Onder grote belangstelling betoogde prof. Koelen bij haar inauguratie op 10 maart jl. dat er te vaak van wordt uitgegaan dat onze leefstijl, zoals eetgewoonten en lichamelijke activiteit, wordt bepaald door individuele keuzes en eigenschappen. De invloed van de sociale en fysieke leefomgeving op een gezonde leefstijl wordt ernstig onderschat en vereist meer onderzoek en een multidisciplinaire aanpak.

Ter gelegenheid van de inauguratie van prof. Koelen vond voorafgaand een symposium plaats met gezaghebbende sprekers uit de VS, Groot-Britannië en Finland en van de Wageningen University, dat maar liefst door 172 personen bezocht werd.¹ Prof. Koelen richt zich met de nieuwe Wageningse leerstoel Gezondheid en Maatschappij op de interactie van de mens met zijn sociale en fysieke leefomgeving. Volgens haar wordt in beleid en onderzoek gezondheid beschouwd vanuit het perspectief van ziekte, risico's en gebreken. Maatregelen zijn meestal gericht op korte termijneffecten, zoals verandering in persoonlijke kennis en gedrag of medische factoren als bloeddruk en cholesterolniveaus.

Ook bij de toenemende vergrijzing richten wetenschap en beleids-makers zich veelal op het voorkomen van ziektes en eenzaamheid, terwijl ouderen zelf gezondheid associëren met een ondersteunende sociale omgeving.

Langer doorwerken is niet alleen een economische noodzaak, maar kan ook positieve effecten hebben op de gezondheid. Volgens prof. Koelen is een nieuwe, realistische kijk op ouder worden hard nodig.

Om de invloed van de sociale en fysieke omgeving op een gezonde leefstijl - van jong en oud - te onderzoeken en te benutten richt de nieuwe leerstoel Gezondheid en Maatschappij zich op een gecoördineerde benadering van diverse disciplines, zoals volksgezondheid, ruimtelijke ordening, sociale sectoren, natuurbeheer en bedrijfsleven. De studierichting Gezondheid en Maatschappij is gestoeld op dezelfde benadering.

Prof. Koelen (57) was voor haar benoeming tot hoogleraar hoofddocent Communicatie- en Innovatiestudies aan Wageningen University.

¹ Het programma van het mini-symposium en de ppt's van de voordrachten vindt u op de website van de groep Gezondheid

en Maatschappij (www.hso.wur.nl)

Wageningen, 11 maart 2011

PRINT - TERUG 