

Standaard Diarree, bereikbaarheid, verlenging beroepsopleiding

NHG-Standaard Diarree

Momenteel worden in onze huisartsengroep de NHG-standaarden besproken. Ook de standaard Acute Diarree¹ onderging dit lot. Wij kwamen daarbij een omissie tegen, maar misschien gaat het om een onjuiste opvatting onzerzijds. Wij informeren bij diarree onder meer naar de urineproductie om een indruk te krijgen van het risico van dehydratie en het al dan niet bestaan van een negatieve vochtbalans. Dat gebeurt met name bij de kleintjes (natte luiers?).

H.R. Timmer-Martijn,
huisarts te Nieuwegein

1 Lamers HJ, Van Dongen AM, Jamin R, NHG-Standaard Acute Diarree. Huisarts Wet 1993; 36: 294-9.

Naschrift

Hoewel exacte gegevens ontbreken, komt dehydratie in de huisartspraktijk waarschijnlijk zeer weinig voor. Aanwijzing daarvoor is dat minder dan 1 procent van de aan de huisarts gepresenteerde gevallen van acute diarree leidt tot opname.¹ Onder in het ziekenhuis opgenomen kinderen is er een aanzienlijke overschatting van het voorkomen en de mate van dehydratie.² Van de bij het CBS gemelde sterfgevallen ten gevolge van (alle vormen) van diarree (200 per jaar) is 90 procent ouder dan 65 jaar.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de waarde van anamnese en onderzoek bij het vaststellen van dehydratie. Het bestaande onderzoek is gedaan onder in de kliniek opgenomen patiënten. Gezien de lage incidentie van dehydratie in de huisartspraktijk, is de voorspellende waarde van bevindingen bij anamnese en onderzoek *op zichzelf* zeer laag. Bij gebrek aan beter hanteert de NHG-Standaard Acute Diarree³ de begrippen 'verhoogd risico op dehydratie' (een combinatie van anamnestiche criteria) en 'dehydratie' (verhoogd risico op dehydratie met positieve bevindingen bij lichamenlijk onderzoek).

Mackenzie² onderzocht 102 Australische kinderen onder de 4 jaar die werden opgenomen met de diagnose dehydratie (≥5 procent). Na rehydratie werd de procentuele gewichtstoename berekend werd; dit werd beschouwd als het ware dehydratiepercentage. Oligurie ('geen urine sinds vele uren') bleek in de werkelijk gedehydrateerde groep *minder* vaak voor te komen dan in de niet-gedehydrateerde groep. Overigens bleek slechts 25 procent werkelijk 5

procent of meer gedehydrateerd te zijn. Bij bejaarden is bij verlies van water en zout, zoals bij diarree plaatsvindt, zowel meer als minder urineproductie mogelijk.⁴

Een tweede overweging voor de werkgroep was dat anamnestiche gegevens waarschijnlijk zeer onbetrouwbaar zijn. Het is moeilijk onderscheid te maken tussen een luier met diarree en een luier met diarree vermengd met urine. Om deze reden wordt veel onderzoek naar diarree bij kinderen alleen bij jongetjes gedaan waar urine en faeces makkelijk gescheiden zijn op te vangen.

H.J. Lamers
R.M.M. Geijer

- 1 Rijntjes AG. Acute diarree in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
- 2 Mackenzie A, Barnes G, Shann F. Clinical signs of dehydration in children. Lancet 1989; ii: 605-7.
- 3 Lamers HJ, Van Dongen AM, Jamin R, NHG-Standaard Acute Diarree. Huisarts Wet 1993; 36: 294-9.
- 4 Olde Rikkert MGM, Hoefnagels WHL. Dehydratie bij geriatrische patiënten. Pathofysiologie, diagnostiek, therapie en preventie. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137: 750-3.

Bereikbaarheid

De opmerkingen die De Melker over de Haagse Doktersnachtsdienst maakt (Huisarts Wet 1993; 36(10): 347) doen vermoeden dat hij onvoldoende inzicht heeft in de werkwijze van deze dienst. De zin 'De lezer kan zelf beoordelen in hoeverre de opvang van een doktersdienst al of niet als continue zorg kan worden opgevat', wekt zelfs de indruk dat De Melker de Haagse Doktersnachtsdienst vergelijkt met een doktersdienst of boodschappendienst.

De Doktersnachtsdienst in Den Haag is echter een vorm van collegiale waarneming, waarbij alle werkzaamheden – telefonische contacten, consulten en visites – door de Haagse huisartsen zelf worden uitgevoerd. Van het op grote schaal 'verkopen' van diensten, zoals dat in andere (grote) steden voorkomt, is in Den Haag dan ook geen sprake. De Haagse Doktersnachtsdienst onderscheidt zich van andere vormen van collegiale waarneming door een grotere omvang en door een strengere reglementering en protocollering inclusief klachtenregeling.

Problemen rond de continuïteit van de zorg spelen bij iedere vorm van collegiale waarne-

ming een rol. De mogelijkheden om hierin te voorzien, zijn ook in den Haag aanwezig. Wat de Melker voorheeft met de zin 'Zeker is geen sprake van continuïteit in persoon', is mij een raadsel. Wat wil hij dan? Verwacht hij 168 uur per week bereikbaarheid en beschikbaarheid door een en dezelfde huisarts?

J.C.B.M. Rensing

Naschrift

Een van de onderdelen van het onderzoek in Groot Den Haag betrof de 'bereikbaarheid'. Dit begrip wordt op pagina 27 als volgt gedefinieerd: 'bereikbaar betekent in dit onderzoek dat de hulpvrager mondeling (telefonisch) met de huisarts of diens vertegenwoordiger kan overleggen, omtrent de wijze van behandeling van de hulpvraag'.¹ In een toelichting schrijft de auteur dat een nietswetende oppas hieronder *niet* gerekend wordt, waarschuwing via dokterstelefoon en semafoon wel.

Om de bereikbaarheid van de deelnemende praktijken te meten, werden deze elf keer door de dokterstelefoon gebeld. Huisartspraktijken die 8-11 maal bereikbaar bleken, werden aangemerkt als 'buiten kantooruren goed bereikbaar'; bleken praktijken 4-7 keer, respectievelijk 0-3 maal bereikbaar, dan werden ze als 'redelijk' en 'slecht' bereikbaar beschouwd. Uitgaande van deze definities bleek 28 procent van de praktijken 'goed' bereikbaar; 29 procent was 'redelijk' en 43 procent was 'slecht' bereikbaar (pagina 40). Engelenburg concludeert dat iets meer dan de helft goed tot redelijk bereikbaar was, de overige praktijken waren slecht bereikbaar. Hij berekent dat bij volledige bereikbaarheid van alle praktijken het jaarverrichtingental 20 procent lager zou zijn geweest. Volledige bereikbaarheid is geen reële mogelijkheid, aldus Engelenburg.

Op pagina 100: 'betere bereikbaarheid buiten kantooruren op werkdagavonden gaat in algemeen gepaard met minder hulpvragen uit praktijken doktersnachtsdienst in die uren'. Tenslotte (pag 72): 'het beginjaar praktijk toont een negatieve correlatie ten aanzien van bereikbaarheid'

Natuurlijk deel ik de mening dat onze beroepsgroep heden ten dage anders denkt over bereikbaarheid dan vroeger. Op grond van dit onderzoek lijkt op zijn minst verbetering mogelijk. Zoals bij elk onderzoek zijn de gegeven definities discutabel en de getrokken grenzen betrekkelijk. De cijfers spreken echter voor zich. Zeker in de grote steden is bereikbaarheid problematisch. De Haagse doktersnachtsdienst heeft een 'grootschalig' karakter, maar is gege-

ven de moeilijke situatie wellicht een adequate oplossing. De doktersnachtdienst moge echter binnen de situatie van een grote stad een oplossing bieden, ideaal is het niet. Men denke aan het informeren van de waarnemende artsen.

De Amsterdamse huisarts Querido stelde op het recente Wonca-congres dat het zelf uitvoeren van de avonddienst aanzienlijk minder belastend is: minder hulpvragen en meer bevrediging (eigen patiënten).

Hopelijk vormt ook deze discussie aanleiding voor nadere bezinning. Essentieel is dat een patiënt zo snel mogelijk met de huisarts of een (liefst geïnformeerde) waarnemer in direct contact kan treden, dat wil zeggen dat het aantal tussenschakels beperkt blijft. Collega Rensing kan zelf de proef op de som nemen door enkele collega's op te bellen.

Prof.dr. R.A. de Melker

1 Engelenburg JL. Medische hulpverlening buiten kantooruren in Groot Den Haag. Lelystad: Meditext, 1992.

Verlenging beroepsopleiding

Met belangstelling volg ik de discussie betreffende de vermeende zin en onzin van een driejarige beroepsopleiding. Steeds weer bekruipt mij het gevoel dat er bij de huisartseninstituten sprake is van een krampachtig vasthouden aan een beslissing die genomen is uit angst om niet voor vol te worden aangezien. Daarnaast vraag ik mij af of men op de huisartseninstituten wel voldoende beseft dat theorie en praktijk lang niet altijd overeenstemmen. Veel fraaie doelstellingen met betrekking tot begeleiding en nabespreking worden in de praktijk vaak niet gerealiseerd, soms door gebrek aan interesse of motivatie bij een van de partijen, vaak door gebrek aan tijd. Velen laten zich negatief uit over de terugkomdagen op het instituut, in de trant van 'het is nu eenmaal verplicht, maar we steken er niet zoveel zinnigs op'. Om problemen te voorkomen en geen mensen te kwetsen, worden deze zaken echter zelden op het instituut besproken.

Het idee van Wiersma (Huisarts Wet 1993; 36(11): 390) om een enquête te houden, lijkt mij uitstekend, en ik denk dat dit voorstel zeker niet zonder meer terzijde gelegd dient te worden. Ook ik verwacht opzienbarende resultaten.

Teus Dorresteyn
huisarts te Ederveen

The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men

Pfaffenberger RS, Hyde RT, Wing AL, et al. N Engl J Med 1993; 328: 538-45.

The health benefits of exercise.

A critical appraisal

Editorial. Curfman GD. N Engl J Med 1993; 328: 574-5.

In dit onderzoek werd nagegaan welke invloed verandering van leefgewoonten had op de mortaliteit van oud-studenten van Harvard University. Aan de 31.000 studenten die tussen 1916 en 1950 aan Harvard gestudeerd hadden en nog in leven waren, werd tussen 1962 en 1966 een vragenlijst toegezonden die door ongeveer tweederde beantwoord werd. Diegenen die in de vragenlijst aangaven aan coronair vaatlijden, beroerte, Cara of carcinoom te lijden, werden niet verder gevolgd. In 1977 werd een tweede vragenlijst verzonden. Uiteindelijk bleven ruim 10.000 ondervraagden over. De lijst bevatte vragen over ziekten die door een arts gediagnostiseerd waren, ziekten en doodsoorzaken van de ouders, roken en lichaamsbeweging.

Tussen 1977 en 1985 waren er 476 sterfgevallen. Bij ruim 200 was er een cardiale doodsoorzaak. Bij analyse van deze gevallen bleek dat de kans op overlijden met 25 procent was verminderd bij de mannen die tussen 1966 en 1977 meer lichamelijke activiteiten hadden verricht dan voordien. Daarnaast bleek dat het overlijdensrisico voor rokers 87 procent hoger was dan voor niet-rokers, dat hypertensieve mannen 69 procent meer kans hadden op een cardiale dood dan normotensieve mannen, en dat vetzucht het overlijdensrisico met 31 procent verhoogde.

Stoppen met roken, beginnen met forse lichaamsbeweging (zwemmen, tennissen, handbal, joggen en hardlopen), en een normale bloeddruk en lichaamsgewicht zijn dus factoren die onafhankelijk van elkaar de levensduur verlengen en de kans op cardiovasculaire aandoening verminderen.

In het *editorial* wordt de vraag aan de orde gesteld of een grotere lichamelijke inspanning een gunstige invloed op de coronairvaten heeft, of dat mensen met uitstekende coronairvaten er makkelijker toe komen zich lichamenlijk in te spannen, doordat ze zich fitter voelen. Deze kip/ei-kwestie is ook in deze studie niet opgelost.

H.G. Frenkel-Tietz

Comparison of insulin regimens in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus

Yki-Järvinen H, Kauppila M, Kujansuu E, et al. N Engl J Med 1992; 327: 1426-33.

In dit onderzoek is nagegaan welke insulinebehandeling het gunstigst is voor patiënten met diabetes mellitus type II die door het gebruik van orale antidiabetica niet meer goed ingesteld kunnen worden. Daartoe werden 153 patiënten ingedeeld in vijf vergelijkbare groepen:

- 1 Doorgaan met orale antidiabetica (= controlegroep).
- 2 Orale medicatie en erbij 's ochtends een injectie van lang- en kortwerkende insuline (verhouding 70-30).
- 3 Orale therapie en 's avonds één injectie gecombineerde insuline.
- 4 Orale therapie staken en tweemaal per dag een injectie met gecombineerde insuline.
- 5 Orale therapie staken en driemaal per dag een injectie kortwerkende insuline en 's avonds een injectie met gecombineerde insuline.

De patiënten werden gedurende vijf dagen opgenomen, waarbij ze leerden hun bloedsuiker zelf te controleren. Gedurende de drie volgende maanden werden allen wekelijks gecontroleerd. Hierbij bleek de controlegroep een gemiddelde bloedsuikerwaarde van 16 mmol te hebben, terwijl de gemiddelde bloedsuikerwaarde bij alle andere groepen tot 9 mmol daalde. Ook het HbA1c daalde bij alle insulinegebruikende groepen van 10 tot 8.

Na het overschakelen op insuline was het algemeen welbevinden bij alle groepen groter. Alle vormen van insulinebehandeling gingen gepaard met een stijging van het lichaamsgewicht vergeleken met de slecht ingestelde controlegroep. Het is echter de vraag of deze gewichtstoename niet gedeeltelijk een correctie is van het gewichtsverlies ten gevolge van een slecht ingestelde diabetes. Bij de groep die naast orale therapie één avondinjectie gebruikte, waren de insulinespiegels over het hele etmaal volkomen gelijk; bij alle andere groepen vertoonden deze waarden grote schommelingen.

Samenvattend kan men concluderen dat insuliner therapie de instelling van diabetes en hiermee het welbevinden van de patiënt verbetert. Het lijkt erop dat de één-injectiebehandeling voor patiënten het meest acceptabel is, hetgeen waarschijnlijk de therapietrouw bevordert.

H.G. Frenkel-Tietz