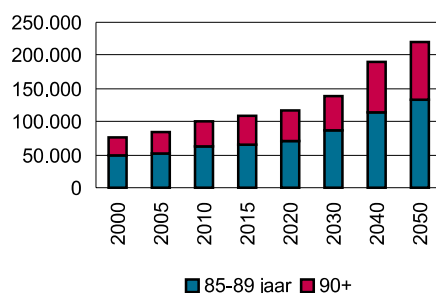


# Werkbelasting

Huisartsen hebben het druk en ouderen dragen aanzienlijk bij aan die drukte. In dit nummer van H&W hebben we twee lezenswaardige bijdragen over de werkdruk bij de zorg voor ouderen. Cijfers uit LINH laten zien dat er een duidelijk verschil is in contactfrequentie tussen patiënten onder en boven de 65 jaar. Het aantal visites bij ouderen is zevenmaal hoger dan bij jongere patiënten. Gussekloo laat aan de hand van resultaten in de Leiden 85-plus Studie zien dat het aantal contacten niet lineair toeneemt. Elf procent van de ouderen heeft meer dan 12 contacten. Huisartsen ervaren bij twee derde van de patiënten in de oudste leeftijdsgroep de zorg niet als



Figuur Raming aantal zeer oude mensen met dementie

Bron: Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag, 2002.

belastend. Per praktijk zijn er ook weinig zeer belastende ouderen en dat zijn dan vrijwel altijd ouderen met cognitieve problemen. Van de 72 huisartsen hadden er

59 geen patiënten die ze zwaar belastend vonden. Opvallend is dat de ervaren werkbelasting niet duidelijk samenhangt met het aantal contacten.

De werklust van de zeer oude demente patiënten is nu nog beperkt, maar hun aantal zal echter volgens de Gezondheidsraad de komende jaren fors toenemen.

De interessantste vraag kan noch met de LINH-cijfers noch met die van Gussekloo worden beantwoord: hoe komt het dat sommige dokters de zorg niet belastend vinden? Misschien zit werkbelasting ook een beetje tussen onze eigen oren. (JZ)

## Slappe richtlijn pneumonie

De British Thoracic Society publiceerde in december 2001 een nieuwe, evidence-based richtlijn over 'community acquired pneumonia in adults', dus zeg maar longontsteking die je gewoon thuis, op je werk of op vakantie hebt opgelopen. De richtlijn wordt door een huisarts besproken in een *editorial* in de BMJ. De pneumokok is nog steeds de meest voorkomende verwekker, al zijn er weinig recente onderzoeken en is het goed mogelijk dat Mycoplasma en Chlamydia intussen een grotere rol zijn gaan spelen. Bij het stellen van de diagnose zijn van groot belang: temperatuur, polsfrequentie, bloeddruk, ademfrequentie en bij ouderen de geestelijke toestand. Een ademfrequentie >30/min, een bloeddruk systolisch <90 mmHg of diastolisch <60 mmHg en verwardheid – gedefinieerd als een lage score op een korte vragenlijst – zijn goede indicatoren voor de ernst van een pneumonie. Patiënten jonger dan 50 jaar zonder deze kenmerken hebben een laag risico op een ernstig beloop. De richtlijn adviseert amoxicilline driemaal daags 0,5-1,0 g of viermaal daags 0,5 g erytromy-

cine, eventueel te vervangen door tweemaal daags 0,5 g claritromycine. Wat mij het meest verrast en verontrust, is dat gesteld wordt dat tetracyclines eerste keus zijn vanwege minder resistentie, betere werkzaamheid tegen atypische pathogenen en de lage prijs. Ze worden echter niet in de richtlijn opgenomen vanwege bezwaren tegen gebruik in de zwangerschap en 'vanwege het feit dat opnemen in de richtlijn een te grote aanpassing in het voorschrijfgedrag van huisartsen zou vergen.' De auteur van het commentaar schrijft hierover dat het een weliswaar 'unreferenced' maar 'probably justified assertion' is. De consequentie van deze redeneertrand is enorm: als we met z'n allen de beste en goedkoopste middelen maar vaak genoeg uit ons receptboek weglaten, dan wordt dat later automatisch gelegaliseerd in de evidence-based richtlijn. (PL)

Keeley D. Guidelines for managing community acquired pneumonia in adults. BMJ 2002;324:436-7.

## Evaluatie screening in de zwangerschap

Op verzoek van het ministerie van VWS evalueren het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst (CLB) en het Academisch Medisch Centrum (AMC) de in 1998 ingevoerde screening van zwangeren op zwangerschap irregulaire erythrocytenantistoffen (IEA) en antenatale anti-D-profylaxe bij 30 weken. Niet alle betrokkenen waren en zijn overtuigd van het nut van deze nieuwe maatregelen. De evaluatie moet duidelijk maken of deze leiden tot minder morbiditeit en mortaliteit. Vanaf juni 2002 kunnen huisartsen die de screening in de twaalfde week verrichten, het verzoek krijgen gegevens betreffende een *case*, een zwangere met klinisch relevante non-Rh(D)-IEA, te verstrekken én tevens drie controle-zwangeren zonder IEA te benaderen. Voor de verloskundig actieve huisarts is het opvangen van navelstrengbloed na de bevalling de enige extra handeling bij de controle-zwangeren. Voor vragen is een van de onderzoekers altijd bereikbaar via telefoonnummer: 06-20497760 of per e-mail: j.koelewijn@clb.nl.