

Hoort diabeteszorg nieuwe stijl ook in de huisartsen-opleiding?

Houweling e.a. stellen zich bovenstaande vraag in Huisarts Wet 2009;52:137-8 en beantwoorden deze meteen met 'Ja'. Terecht. De uitkomst van hun enquête over diabetesonderwijs onder huisartsen in opleiding (aios) is reden tot zorg. De respondenten gaven aan dat ze onvoldoende diabetespatiënten zagen, te weinig kwartaal- en jaarcontroles deden (20% van de aios zegt 'nooit') en te weinig theoretisch onderwijs kregen (mening van > 30% van de aios). De onderzoekers relateren de uitkomst aan de aanwezigheid van de praktijkondersteuner (PO) die de DM-patiënten als het ware wegzuigt.

Wij zijn als docenten verbonden aan de huisartsopleiding van de Universiteit Maastricht. Daar worden in het derde jaar zeven dagdelen en in het eerste en tweede jaar samen nog drie dagdelen aan diabetes besteed. Ook de PO is daarbij betrokken. Toch zijn ook wij ongerust, omdat het aantal DM-patiëntcontacten per aios laag is en dat is rechtstreeks gerelateerd aan (het gevoel van) bekwaamheid in het behandelen van DM-patiënten. Wij propageerden bij opleiders om een 'regiem' in te voeren van toenemende verantwoordelijkheid van de aios voor de DM-patient. Eerst meelopen met de PO, dan spreekuren overnemen, dan de rol van supervisor van de opleiders overnemen in diens aanwezigheid, daarna geheel zelfstandig. Goede opleiders nemen dat over, andere niet. Er zijn ook opleiders die de hele diabeteszorg aan de PO hebben afgestaan. Moet dat mogen? Er moet in elk geval meer gebeuren dan over twee jaar de enquête herhalen. Haast is ook geboden wegens de aanstaande veranderingen in de organisatie en bekostiging van de eerstelijns chronische zorg in het algemeen en de diabeteszorg in het bijzonder. Wij nodigen de auteurs uit om samen met ons een sterke onderwijsimpuls te geven aan opleidingspraktijken.

Jan Palmen en Yvonne van Leeuwen

Antwoord

Wij zijn verheugd met de reactie van collega's Van Leeuwen en Palmen. Zij delen onze zorg en menen dat er meer gedaan moet worden dan de enquête herhalen. Wij kunnen niet anders dan dat beamen. Als DiHAG zijn wij in gesprek met de diverse onderwijsinstituten. Wij bieden hen onder meer een podium waar zij de onderwijsprogramma's onderling kunnen uitwisselen en deze in overleg met elkaar en met ons kunnen verbeteren. Daarnaast stelt de DiHAG criteria vast waar de opleidingen aan moeten voldoen. Deze criteria zijn te onderscheiden naar de deelgebieden kennis, praktijkervaring, management en samenwerken en arts-patiëntcommunicatie. Naast de aandacht voor de opleiding aan de instituten blijft natuurlijk de opgedane ervaring in de opleidingspraktijken van het grootste belang. Hoe vrijblijvend mogen de opleidingspraktijken zijn in het organiseren van de diabeteszorg? Wij denken dat de ervaring die de aios op doet niet mag afhangen van de toevallige omstandigheden in de opleidingspraktijk.

De uitnodiging tot het geven van een sterke impuls aan de opleidingspraktijken die de docenten van de huisartsenopleiding aan de Universiteit van Maastricht ons bieden, nemen wij graag aan. Wij nodigen op onze beurt de overige opleidingsinstituten uit hierin mee te gaan.

Bas Houweling en Meggy van Kruijsdijk

Screenen op osteoporose?

Met stijgende verbazing lezen wij de aflevering van Huisartsenzorg in cijfers 'Voorgeschiedenis van een heupfractuur'.¹ Wat is de relevantie van de grafiek waaruit het verband blijkt tussen een ICPC-hoofdstuk van de klachten waarmee een patiënt zijn huisarts bezoekt en het daarna krijgen van een heupfractuur? Dat er bij het hoofdstuk aandoeningen van de luchtwegen géén en bij het hoofdstuk aandoeningen van het bewegingsapparaat wél een verband bestaat vinden we niet echt verrassend.

Daarna volgt een nadere analyse van

het ICPC-hoofdstuk bewegingsapparaat. Osteoporose is uit de literatuur bekend als een risicofactor voor een fractuur;² verbazend is dan ook dat in deze analyse osteoporose *niet* als risicofactor wordt bevestigd; ook wanneer er naar het gebruik van bifosfonaten werd gekeken, was er geen verband met een heupfractuur. Bezinning lijkt hier op zijn plaats: hoe kan dat? Zijn alle heupfracturen wel in het HIS terechtgekomen of ICPC-gecodeerd? Werken bifosfonaten zo goed dat er nauwelijks meer fracturen ontstaan?

Wat ons nog sterker verbaast is dat de auteurs zich in de conclusie afvragen of 'bij de huisartsen sprake is van onderregistratie of van onderdiagnostiek' wat betreft osteoporose, gezien de RIVM-gegevens dat 6% van de oudere mannen en 22% (!) van de oudere vrouwen osteoporose zou hebben. Dit wekt de suggestie dat huisartsen actief moeten screenen op osteoporose, terwijl de NHG-Standaard Osteoporose hierover op goede gronden stelt dat systematisch screenen op osteoporose geen meerwaarde heeft boven case finding.³ Ergo: waarom zou de huisarts dit van al zijn oudere patiënten moeten vastleggen?

Voordat de huisarts een manco wordt voorgehouden stellen we voor nog eens goed naar de vraagstelling, opzet en interpretatie van dit onderzoek te kijken.

Janneke Belo en Frits Bareman

1 Visscher S, IJzermans J. Voorgeschiedenis van een heupfractuur. Huisarts Wet 2009;52:217.

2 De Laet et al. Bone density and risk of hip fracture in men and women: cross sectional analysis. BMJ 1997;315:221-5.

3 Elders PJM et al. NHG-Standaard Osteoporose. Eerste herziening. Huisarts Wet 2005;48:559-570.

Antwoord

Het doel van het onderzoek was na te gaan in hoeverre het optreden van een heupfractuur te voorspellen is op basis van gegevens uit het Huisarts Informatie Systeem. Dit blijkt inderdaad niet te kunnen. We onderzochten niet of huisartsen screenen op osteoporose.

Dat wij het verband tussen osteoporose en heupfractuur niet terugvinden in de EPD's van 80 representatieve huisartsenpraktijken, wil niet zeggen dat het niet bestaat. Onze analyses zijn gebaseerd op ICPG-gecodeerde E-regels, prescripties en verwijzingen en het is denkbaar dat informatie over het voorkomen van osteoporose niet op die manier is geregistreerd. Een mogelijke reden daarvoor is

dat de diagnose in een andere zorginstelling is gesteld en dat deze informatie als 'vrije tekst' in het dossier van de huisarts is opgenomen. De vraag is of dit wenselijk is. Op deze manier blijft informatie over het voorkomen van osteoporose niet goed vindbaar in het dossier. Dat is niet alleen van belang voor onderzoek, maar ook in situaties waarin dossiers tussen zorgverleners worden uitgewisseld, bij-

voorbeeld tijdens ANW-diensten. Immers, osteoporose hoort ook op de probleemlijst te staan. Daarnaast herinnert het de huisarts op deze manier er zelf aan om de noodzaak van medicamenteuze interventie af te wegen.

Stefan Visscher en Joris IJzermans

POEM

Vallen en opstaan, en het gebruik van een alarmsysteem

Vraagstelling

Waarom kunnen ouderen na een val vaak niet opstaan en hoe gebruiken ze het alarmsysteem?

Betekenis voor huisarts en patiënt

Alleen al in Nederland worden jaarlijks 89.000 ouderen na een val behandeld op de afdeling spoedeisende eerste hulp (SEH).¹ Bij 90-plussers zijn de cijfers relatief het hoogst. In dit onderzoek ging men na waarom 90-plussers vaak niet kunnen opstaan na een val en soms langer dan een uur op de grond liggen totdat iemand te hulp schiet, hoewel het merendeel van deze ouderen over een alarmsysteem beschikt en/of in een leefomgeving woont met verzorging naar behoefte. Uit het onderzoek bleek dat ouderen het alarmsysteem vaak niet gebruiken. Ouderen bij wie een alarmsysteem nodig wordt geacht, dienen daarom training te krijgen hoe het alarmsysteem werkt en hoe ze zelfstandig kunnen opstaan na een val.

Korte beschrijving

Introductie Wanneer ouderen na een val lang op de grond blijven liggen, stijgt het risico op ernstige complicaties, zoals decubitus, dehydratie, pneumonie en zelfs overlijden. In dit onderzoek is gekeken naar de relatie tussen het langdurig op de grond liggen na een val en het gebruik van een alarmsysteem.²

Patiëntenpopulatie De 110 deelnemers (90 vrouwen, 20 mannen) aan dit onderzoek waren ouder dan 90 jaar. Van hen woonden 62 ouderen nog alleen in hun eigen woning, 19 zelfstandig met verzorging en 29 in een verzorgingshuis.

Onderzoeksopzet Prospectieve cohortstudie waarbij de patiënten gedurende een jaar werden gevolgd.

Primaire uitkomstmaat Het niet kunnen opstaan na een val, ondanks de aanwezigheid van een alarmsysteem.

Resultaten Zesenzestig personen (56 vrouwen en 10 mannen) waren ten minste eenmaal gevallen. Van de 110 personen beschikten er 86 over minimaal één soort alarmsysteem. In totaal werden 265 valincidenten gemeld. Bij 54% van alle valincidenten werd de deelnemer op de grond gevonden. In 82% van de gevallen was de deelnemer alleen. In 80% van de gevallen kon hij niet opstaan zonder hulp. Bij 15% van de gemelde valincidenten had de deelnemer langer dan een uur op de grond gelegen. In 80% van de gevallen gebruikten de deelnemers het alarmsysteem niet. De ouderen gaven vaak aan dat het alarmsysteem te ingewikkeld was. De belangrijkste factoren die van invloed waren op het moeilijk opstaan na een val zijn: leeftijd, geslacht, leefomgeving, beperkte mobiliteit en cognitieve beperking. Er werd een significante relatie gevonden tussen cognitieve beperking en langdurig blijven liggen. Er werd ook een relatie gevonden tussen langer dan een uur op de grond liggen en ernstig letsel, zieken-

huisopname en langdurige verzorging.

Conclusie van de onderzoekers Het heeft ernstige consequenties voor een oudere wanneer hij niet kan opstaan na een val, vooral als hij langdurig op de grond heeft gelegen. Niet kunnen opstaan heeft vooral te maken met verminderde mobiliteit en met ernstige cognitieve beperkingen. Uit dit onderzoek is ook gebleken dat ouderen het alarmsysteem vaak niet gebruiken, omdat ze niet weten hoe het werkt. Het is daarom van belang dat ouderen die een groot risico lopen te vallen, worden getraind in het gebruik van een alarmsysteem en dat ze leren hoe ze zelfstandig kunnen opstaan na een val.

Bewijskracht Cohortstudie 2a.³

*Miguel Angel Diez Canseco
en Arie Knuistingh Neven*

1 www.veiligheid.nl

2 Fleming J, Brayne C. Inability to get up after falling, subsequent time on floor, and summoning help: prospective cohort study in people over 90. *BMJ* 2008;337:a2227.

3 www.info poems.com/levels.html