

Nurse practitioners in Nederland

Ik word een beetje flauw bij het lezen van 'Nurse practitioners in Nederland: wat hangt de huisarts boven het hoofd?' (H&W 2006;49:321-3).

Het is het zoveelste artikel dat op modieuze toon de Nederlandse huisarts verwijt dat hij achteroverleunt, zich manifesteert als underdog en zich bedreigd voelt door nieuwe ontwikkelingen en door nieuwe beroepsbeoefenaren, zoals nurse practitioners.

Het eindigt – zoals alle stukjes die dit stramien volgen – met een advies. De huisarts moet niet moegestreden achteroverleunen en denken dat de huidige situatie het beroerde resultaat is van verkeerd overheidsbeleid, hij moet wakker worden, opstaan, en inzien dat nurse practitioners hem kunnen helpen de goede naam van de eerstelijnszorg in ons land hoog te houden.

Het is alsof je zegt: mensen die door rood rijden moet je niet veroordelen. Nee, wees positief – ze houden je scherp in het verkeer!

De contradictie staat in de alinea zelf. 'De eerste lijn is top – laat de huisarts vooral moeite doen om dat zo te houden.' Ik denk dan: wie heeft die eerste lijn groot gemaakt? Wie is die eerste lijn? Bedoelt de schrijver dat de huisarts weliswaar altijd de kwalitatieve aanjager van de eerste lijn is geweest, maar die taak nu verzuimt? En dat hij kapers op de kust moet gedogen die blijkbaar hetzelfde werk mogen doen, maar met minder opleiding en minder verantwoordelijkheid? Dat roept de vraag op welke argumenten daarvoor zijn.

Het lijkt wel of alle oprechte (en terecht!) bezwaren die onze beroepsgroep heeft tegen de nieuwe zorgverzekeringswet, tegen marktwerking en de uitwassen ervan, worden afgedaan als negatief geklets. En dan ontstaat vanzelf een modieuze, quasi-opgewekte tegenstroom die zegt: ach jongens, doe toch niet zo negatief, omarm de nieuwe mogelijkheden en doe er je voordeel mee.

En passant wordt ons medegedeeld dat een nurse practitioner dezelfde dingen

mag doen als een huisarts: anamnese, lichamelijk onderzoek, technische handelingen en zelfs recepten uitschrijven. Dit staat in opmerkelijk contrast met de verplichtingen waaraan ik moet voldoen voordat ik me huisarts mag noemen.

Wie heeft een dergelijke beroepsgroep in het leven geroepen, en waarom? En waarom word ik voor ouwe zeurpiet versleten als ik daar niet positief tegenover sta? Ik vraag me af of men beseft dat dit soort ontwikkelingen vooral op commerciële leest geschoeid zijn. Wat mij betreft moeten we die niet zomaar omarmen. Althans: niet op de verkeerde gronden.

A. Göbel

Antwoord

De bakermat van de nurse practitioner ligt in de Verenigde Staten. Eind jaren vijftig, begin jaren zestig ontstond daar onder invloed van veranderende sociale en politieke omstandigheden de vraag naar een voor iedereen toegankelijke, betaalbare gezondheidszorg. Door ervaren verpleegkundigen een aanvullende scholing te geven werd een nieuwe functionaris gecreëerd die samen met andere gezondheidswerkers voor een betere infrastructuur van de gezondheidszorg probeert te zorgen; de nurse practitioner.

De medische wetenschap is enorm vooruitgegaan en complexer geworden. Routinehandelingen en -procedures als bloeddrukmeting, toediening van intramusculaire injecties, saturatiemeting en inbrengen van infusen kunnen huisartsen gerust aan de verpleging overgelaten. Omdat ook de verpleging zich verder heeft ontwikkeld, kunnen verpleegkundigen in de praktijk prima bloedsuikers regelen, antistolling afspreken en vanuit hun ervaring jonge artsen adviseren. Van de ruim 100.000 verpleegkundigen kan een deel doorgroeien en de routinetaken van artsen overnemen. Daarmee worden mogelijkheden geschapen om het niveau van de gezondheidszorg in stand te houden. Zonder prikkels geen discussie. Juist het debat moet leiden tot een genuanceerde mening over de mogelijkheid van de nurse practitioner in de eerste lijn.

Petrie Roodbol

Opsporen nierafwijkingen: serumcreatinine of albuminurie?

Tjin a Ton en Zwart tonen in hun artikel (H&W 2006;49:443-7) aan dat patiënten met een verminderde nierfunctie goed zijn op te sporen in de huisartsenpraktijk.¹ Wij onderschrijven dit advies, maar willen het graag nuanceren. Zij onderzochten het vóórkomen van nierschade stadium 3 of meer, die op te sporen is door serumcreatinine te meten en daaruit de GFR te berekenen. Zij gaan echter voorbij aan nierschade stadium 1 of 2 die niet gekenmerkt wordt door een verlaagde GFR, maar door een andere uiting van nierschade, zoals eiwitverlies in de urine, ofwel macroalbuminurie (>300 mg albumine per dag) ofwel microalbuminurie (30-300 mg albumine per dag).

In het PREVENT-onderzoek in Groningen is de prevalentie van deze stadia van nierfalen nagegaan. Die was vergelijkbaar met de Amerikaanse gegevens die Tjin a Ton aanhaalt: 5,5% van de bevolking heeft een stadium 3 of ernstiger nierfalen en 5,1% een stadium 1 of 2 nierfalen (in PREVENT gemeten als microalbuminurie).² Macroalbuminurie bestond bij 0,7% van de mensen.

Tjin a Ton en Zwart laten zien dat de kans op een verlaagde GFR op hogere leeftijd 5 keer zo hoog is. Dat is een bekend gegeven en wordt gezien als het proces van normale veroudering. Het betekent dat het hanteren van een vast GFR-afkappunt (<60 ml/min) het risico in zich draagt dat juist jongere personen worden gemist.

Uit het PREVENT-onderzoek bleek dat de huisarts bij slechts een kwart van de mensen met macroalbuminurie of een gestoorde GFR daarvan wist. De mensen met macroalbuminurie (maar een GFR >60 ml/min), hadden een snellere achteruitgang in nierfunctie in de jaren daarna dan de mensen met een gestoorde GFR. Ook bleek dat beide groepen een hoog risico liepen op cardiovasculaire eindpunten.³

Samenvattend, wij onderschrijven het voorstel meer aandacht te schenken aan het opsporen van een gestoorde nier-