

gen. Zij die geen arts bezochten, waren het gezondste. Tussen hen die alleen een eerstelijnsarts of alleen een specialist bezochten, waren geen verschillen in gezondheidstoestand of aantal chronische aandoeningen. Wel waren de patiënten die alleen naar specialisten gingen rijker en hoger opgeleid.

De vraag komt dan boven of dit in Nederland, waar iedereen eerst langs de huisarts zou moeten, anders is. Ik heb de indruk dat de echt welgestelden hun weg naar een specialist wel weten te vinden en de huisarts overslaan of confronteren met een verwijfsverzoek, als hen dat beter schikt. Het is maar zeer de vraag of dat

erg is. Zeker als het slechts om een klein deel van de bevolking gaat. (RD)

Xakellis GC. *Are patients who use a generalist physician healthier than those who seek specialty care directly?* Fam Med 2005;37:719-26.



Foto: Getty Images

Oog, oor en werk

Vorige maand verscheen de NHG-Standaard Slechthorendheid en deze maand is de NHG-Standaard Het rode oog aan de beurt. Volgens het *Signaleringsrapport beroepsziekten* staan 900.000 werkenden bloot aan schadelijk geluid. Dat zijn niet alleen mensen die met lawaaïge machines werken, maar ook badmeesters en crècheleidsters. De gemiddelde dagdosis geluid in een kinderdagverblijf ligt rond de 82-85 dB(A) met uitschieters naar 105dB(A). Daar word je wel doof van.

De meldingen van beroepslethorendheid vormen een kwart van alle gemelde beroepsziekten. Het is ongetwijfeld een onderrapportage omdat lang niet in alle sectoren werknemers periodiek worden onderzocht. Het aantal meldingen van beroepslethorendheid door 'levende bronnen' lijkt te zijn toegenomen: 4 keer in 2002, 28 keer in 2004.

Beroepsmatige oogproblemen komen waarschijnlijk aanzienlijk minder vaak voor. In 2004 kwamen er maar 13 meldingen binnen bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Mogelijk zou frequent beeldschermwerk het risico op glaucoom verhogen bij mensen met een myopie. Helemaal duidelijk is dat echter nog niet.

Bij slecht zien en horen toch maar altijd vragen welk werk uw patiënt doet. En misschien bij de zwem-, peuter- en kleuterjuffen een beetje anticiperen? (JZ)

Spreeuwens D, et al. *Signaleringsrapport beroepsziekten '05*. Amsterdam; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, 2005.

Longembolie uitsluiten met simpele test

Een trombosebeen en vooral longembolie zijn ernstige aandoeningen met forse morbiditeit en mortaliteit als ze niet behandeld worden. In de huisartsenpraktijk komen beide gelukkig niet zo vaak voor, maar huisartsen leggen terecht de verwijfsdrempel voor beide aandoeningen laag. Dat heeft als gevolg dat slechts een op de zes van de verwezen patiënten een trombosebeen of embolie blijkt te hebben. Een striktere selectie in de eerste lijn biedt niet alleen grote financiële voordelen, maar voorkomt ook onnodige paniek bij patiënt en huisarts.

Stapsgewijs worden diagnostiek en behandeling vereenvoudigd. De diagnostiek en behandeling van het trombosebeen kunnen al voor een groot gedeelte in de eerste lijn plaatsvinden (Huisarts Wet 2005;48:625-9) en nu is ook aangetoond dat men longembolie op eenzelfde wijze als het trombosebeen kan benaderen. Met behulp van een eenvoudige klinische beslisregel en een D-dimeertest kan bij ongeveer eenderde van de patiënten, bij wie een longembolie wordt vermoed, zonder verdere diagnostiek een embolie veilig worden uitgesloten.

Bij slechts 4 van de 1028 patiënten met negatieve D-dimeer en klinische beslisregel werd gedurende 3 maanden follow-up een embolie vastgesteld. Dat zijn er minder dan in de groep die na een negatieve spiraal-CT werd vervolgd (10/1436).

Op dit moment moet de huisarts een patiënt voor een D-dimeer nog verwijfsen naar een lab of ziekenhuis, maar als de eenvoudige bed-side D-dimeertest er straks is, is ook dat niet meer nodig. Dan kan de huisarts trombose en/of longembolie bij de patiënt thuis veilig uitsluiten. (HvW)

Söhne M. *The diagnosis and prognosis of pulmonary embolism* [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. 2005.