

## Onderscheid etiologie luchtweginfecties

Hopstaken et al. stellen dat virale en bacteriële lageluchtweginfecties met behulp van klinische gegevens niet van elkaar te onderscheiden zijn.<sup>1</sup> Uit ons onderzoek komen daarentegen wel een aantal onafhankelijke variabelen naar voren die voor een bacteriële oorzaak (koorts, hoofdpijn, cervicale lymfklieren) en voor een virale oorzaak (diarree, rhinitis) pleiten.<sup>2</sup> Op basis hiervan hebben wij een klinische beslisleiding geformuleerd. Wij zijn ons er terdege van bewust dat wij hiermee geen 100% zekerheidsvoorspelling kunnen doen of we met een bacteriële dan wel met virale etiologie te maken hebben. Het is uitsluitend als hulpmiddel bedoeld, meer niet. In onze beslisleiding zijn wij er immers van uitgegaan dat het van klinisch belang is om een afweging te maken of er sprake is van een bacteriële etiologie en of we een antibioticum moeten inzetten. Hopstaken et al. hebben vooral gekozen of de lageluchtweginfectie 'viraal' of 'niet-viraal' is. Dit is een ander uitgangspunt. Het is immers niet ondenkbaar dat in de groep waarbij geen verwekker gevonden werd, wel degelijk virale verwekkers aanwezig zijn. Onze beslisleiding dient overigens, zoals we in ons artikel al meldden, in een andere populatie gevalideerd te worden. Principeafspraken hierover zijn reeds gemaakt. Voorts willen wij nog opmerken dat bepaling van de CRP inderdaad geen toegevoegde waarde heeft, zoals wij in een review aangetoond hebben.<sup>3</sup> Hiertoe werden overigens ook de onderzoeksgegevens van Hopstaken et al. geïncorporeerd.

A.W. Graffelman, A. Knuistingh Neven, P.J. van den Broek

- 1 Hopstaken R, Stobberingh E, Knottnerus A, et al. Virale en bacteriële lageluchtweginfecties zijn in het dagelijkse praktijk niet van elkaar te onderscheiden. *Huisarts Wet* 2005;48:660-5.
- 2 Graffelman AW, Knuistingh Neven A, Le Cessie S, et al. Bacterieel of viraal? Een eenvoudig diagnostisch hulpmiddel bij lage-luchtweginfecties. *Huisarts Wet* 2005;48:48-53.
- 3 Van der Meer V, Knuistingh Neven A, Van den

Broek PJ, Assendelft WJ. Diagnostic Value of C reactive protein in infections of the lower respiratory tract. *BMJ* 2005;331:26-32.

### Antwoord

Wereldwijd zijn twee onderzoeken naar de etiologie van lageluchtweginfecties (LLWI) bekend die in de huisartsenpraktijk zijn verricht. Het is bijzonder dat beide onderzoeken in Nederland zijn verricht en ook nog eens in hetzelfde jaar in *Huisarts en Wetenschap* zijn gepubliceerd.<sup>1,2</sup> De conclusies van de auteurs verschillen echter. Dit nodigt, ondanks verschillen in onderzoeksmethoden en uitvoering, inderdaad uit tot het onderzoeken van de mogelijkheid om een gezamenlijke analyse te verrichten. Het onderscheid bacterieel of viraal is overigens niet zaligmakend. Er zijn vooralsnog geen bewijzen dat behandeling van acute bronchitis met antibiotica opweegt tegen de nadelen hiervan.<sup>3</sup> De patiënt dient daarom centraal te blijven staan in onze consulten, niet de diagnose.<sup>4</sup>

Rogier Hopstaken

- 1 Graffelman AW, Knuistingh Neven A, Le Cessie S, et al. Bacterieel of viraal? Een eenvoudig diagnostisch hulpmiddel bij lage-luchtweginfecties. *Huisarts Wet* 2005;48:48-53.
- 2 Hopstaken RM, Stobberingh EE, Knottnerus JA, et al. Virale en bacteriële lageluchtweginfecties zijn in de dagelijkse praktijk niet van elkaar te onderscheiden. *Huisarts Wet* 2005;48:660-5.
- 3 Smucny J, Fahey T, Becker L, et al. Antibiotics for acute bronchitis (Cochrane-review). *The Cochrane Library*. Issue 1, 2004. Chichester: Wiley.
- 4 Hopstaken RM, Coenen S, Butler CC. Treating patients not diagnoses: challenging assumptions underlying the investigation and management of LRTI in general practice. *J Antimicrob Chemother* 2005;56:941-3.

## Standpunt DiHAG over insulinetherapie in de huisartsenpraktijk

Jaarlijks komt 5 tot 10% van een eerste lijnspopulatie patiënten met diabetes type 2 (DM2) in aanmerking voor behandeling met insuline. Sinds de herziene

NHG-Standaard DM2 uit 1999 zijn er voor de eerste lijn richtlijnen voorhanden om patiënten zelfstandig in te stellen op insuline in de eerste lijn. In de nieuwe NHG-Standaard (zie elders in dit nummer) worden de richtlijnen en handvatten nog uitvoeriger beschreven. Het komt dan ook steeds vaker voor dat de huisarts over gaat tot behandeling met insuline. De Diabetes Huisartsen Adviesgroep (DiHAG) heeft een standpunt ingenomen onder welke voorwaarden men insulinetherapie in de huisartsenpraktijk kan inzetten. Dit standpunt is voorgelegd aan de Sectie Praktijkondersteuners van de LVW, de EADV en de NVDA. Hier beschrijven we de belangrijkste punten (zie voor het hele standpunt [www.dihag.nl](http://www.dihag.nl)):

- ▶ De huisarts is eindverantwoordelijk voor de insulinetherapie. De huisarts moet kennis van en ervaring met insulinetherapie hebben. Als in een samenwerkingsverband met meerdere huisartsen wordt gewerkt (bijvoorbeeld in een HOED), dan heeft ten minste één huisarts die kennis en bekwaamheid.
- ▶ Er moet een protocol over insulinetherapie in de praktijk aanwezig zijn. De verschillende handelingen zijn in procedures (bijvoorbeeld peninstructie) beschreven. Het verdient de voorkeur de insulinetherapie af te stemmen met een van de diabetologen uit de regio, bijvoorbeeld in het kader van het FTO.
- ▶ Om ervaring te houden is het nodig om tenminste 10 patiënten per jaar in te stellen.
- ▶ Er moeten afspraken worden gemaakt over de continuïteit van de bereikbaarheid in verband met vragen en problemen waar de patiënt tijdens de eerste fase van het instellen op insuline mee geconfronteerd kan worden.
- ▶ De praktijkondersteuner dient de officiële beroepsopleiding aan één van de Hogescholen te hebben gevolgd. De praktijkondersteuner moet aanvullende kennis en vaardigheden hebben op het gebied van insulinetherapie, bovenop de kennis en vaardigheden vastgelegd in de competenties