

patiënten met 'onbegrepen klachten van het bewegingsapparaat' en het laatste jaar bij iedere allochtone patiënt op basis van ondermeer 'aspecifieke klachten van bewegingsapparaat' of 'malaiseklachten'. Het is inmiddels duidelijk^{2,3} dat dit type klachten goed kunnen passen bij calcidiolgebrek, waardoor de selectie van de patiënten mogelijk voor een sterke bias in de resultaten heeft gezorgd.

Schreuder merkt terecht op dat onvoldoende zonlichtblootstelling door het dragen van hoofddoeken als oorzaak voor calcidiolgebrek nuancering behoeft. Immers ook andere vormen van gebrekkige zonlichtexpositie, zoals bij nachtwerkers, 'binnenblijvers', donkere huidskleur en zonnecrème-gebruikers, kunnen samen met calciumarme voeding verantwoordelijk zijn voor een calcidiolgebrek.⁴ Juist de voeding van allochtonen is vaak calciumarm en inname van calcidiol via de voeding kan bij een normaal dieet het tekort niet opvullen.

Over het kortetermijneffect van calcidiol-suppletie wil ik nog opmerken dat verschillende onderzoekers duidelijke verbetering van spierkracht hebben gemeten indien de beginwaarde lager lag dan circa 30 nmol/l. Ook in de directe patiëntenzorg ziet men vaak een gunstig effect.⁵

JPM Wiolders, klinisch chemicus, Meander Medisch Centrum

- Schreuder F. Vitamine-D-gebrek bij allochtonen: ook bij mannen. Huisarts Wet 2006;49:72-4.
- Grootjans-Geerts I, Wiolders JPM. Pilotonderzoek naar hypovitaminose D bij ogenschijnlijk gezonde Turkse vrouwen. NTVG 2002;146:1100-1.
- Glerup H, Mikkelsen K, Poulsen L, Hass E, Overbeck S, Thomsen J, et al. Commonly recommended daily intake of vitamin D is not sufficient if sunlight exposure is limited. J. Intern Med 2000;247:260-8.
- Wiolders JPM, Van Dormael PD, Eskes PF, Duk MJ. Ernstige vitamine D deficiëntie bij de helft van niet-westerse allochtone zwangeren en hun pasgeborenen NTVG 2006;150:495-500.
- Van Dormael PD, Duk MJ, Wiolders JPM. Zon uit een pilletje. Ned. Tijdschrift Obstetrie Gynecologie 2005;118:140-2.

Antwoord

De reactie van collega Wiolders geeft mij de gelegenheid om nogmaals te benadrukken dat het hebben van (schijnbaar) relevante klachten, noch het geslacht, de kans op het vinden van een (sterk) verlaagde calcidiolspiegel duidelijk beïnvloedt. In de totale onderzochte groep had 87% een verlaagde spiegel, bij de mannen was dit 75%, bij de allochtonen zonder (schijnbaar) relevante klachten was dit 81%. Dit laatste getal doet vermoeden, dat selectiebias geen grote rol heeft gespeeld bij het vinden van de hoge prevalentie van vitamine-D-tekort bij allochtonen.

De suggesties die Wiolders doet ter verklaring van deze hoge prevalenties zijn zeker plausibel, maar worden naar mijn idee nog onvoldoende door onderzoeksgegevens ondersteund.

Verbetering van spierkracht na vitamine-D-substitutie is inderdaad beschreven, verbetering van klachten is echter niet systematisch onderzocht. Mijn persoonlijke indruk is dat de effecten van substitutie hierop – ondanks het bereiken van adequate calcidiolspiegels – gering zijn, hoewel ik bij enkele patiënten spectaculair herstel van lang bestaande klachten zag optreden.

F. Schreuder

Abuis

In nummer 3 staat ten onrechte dat het boek *Patiëntveiligheid. Systematische incident reconstructie en evaluatie* van I. P. Leistikov en K. den Ridder is besproken door Wim Opstelten. De boekbespreking is geschreven door Wim Verstappen. Onze excuses voor deze verwarring.

Continuïteit en verhuizen-de patiënten (2)

François Schellevis en Lea Jabaay beschreven de verschillen in patiëntbewegingen tussen platteland en stad (H&W 2006;2:104). Als je eigen jaarverslag net klaar is, ga je natuurlijk vergelijken.

In ons gezondheidscentrum aan de rand van Amsterdam zijn er (nog) meer mutaties dan zij vermeldde onder 'zeer sterk verstedelijkt'. In 2005 verhuisden er 960 personen (12,4%), overleden er 32 (0,41%) en kwamen er 769 (10%) nieuwe patiënten bij. Onze daling met 223 patiënten zal samenhangen met een opschoonactie van ons bestand in verband met de nieuwe ziektekostenverzekering. Ervan uit gaande dat een vertrekkende patiënt de assistente 0,5 uur werk kost (opzoeken dossier, verwerken in HIS) en de huisarts 0,25 uur (dossier doorkijken, eventueel overdracht schrijven), en een nieuwe patiënt de assistente 0,25 uur kost (polisnummers verwerken, praktijkfolder geven) en de huisarts 0,75 uur (doorspitten en verwerken dossier) kom ik op de volgende verschillen. Ik vergelijk onze praktijk met de door beide auteurs genoemde cijfers van het platteland van 2001. Wij krijgen geen achterstandsgelden.

De totale werklast van de Reigersbos-huisartsen is 817 uur, versus 263 op het platteland. Het verschil is 554 uur (12,3 werkweken van 45 uur; circa 0,25 fte). De totale werklast Reigersbos-assistente is 720 uur, versus 198 op het platteland. Een verschil van 520 uur (13,7 werkweken van 38 uur; circa 0,25 fte). Forse verschillen, die niet in declaraties vertaald (kunnen) worden.

Frans Smits

Tijdsbesteding wegens verhuizers in minuten

	Huisartsen		Assistente	
	Reigersbos	Platteland	Reigersbos	Platteland
vertrekkers	240	66	480	132
ingeschreven	577	197	240	66
totaal	817	263	720	198