

SNEL DOOR DE NIEREN

One stop-poli Nierinsufficiëntie bespoedigt diagnostiek en advisering

's Ochtends onderzoeken, rond de middag diagnostiek en vervolgens een adviesgesprek met de patiënt. Op de one stop-poli Nierinsufficiëntie van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam gebeurt het. De werkwijze is efficiënt en kan de verergering van nierproblemen voorkomen.

RAY KREDIET
CLAUDIA ALLERS

Het is voor de huisarts vaak moeilijk te besluiten wanneer patiënten naar een nefrologische polikliniek moeten worden ver-

wezen. Dat geldt vooral voor oudere patiënten met een licht tot matig verhoogde plasmacreatinineconcentratie. Verder blijkt uit diverse onderzoeken dat te late verwijzing gepaard gaat met een verhoogde mortaliteit en morbiditeit.¹⁻⁴ Europese richtlijnen bevelen daarom aan dat vrouwen met een plasmacreatinine boven 120 $\mu\text{mol/l}$ en mannen met een waarde van meer dan 150 $\mu\text{mol/l}$ tenminste eenmaal door een nefroloog moeten worden gezien.⁵ Het is aannemelijk dat een deel van de patiënten vervolgens met

een speciaal opgeleide doktersassistente verricht. Aan het begin van de middag zijn de uitslagen van de diverse onderzoeken bekend. De nefroloog en de doktersassistente zien de patiënt dan nogmaals samen voor een afsluitend gesprek en het geven van adviezen.

ECHO

Het programma van de *one stop*-polikliniek Nierinsufficiëntie omvat een anamnese, lichamelijk onderzoek met speciale aandacht voor de bloeddruk en

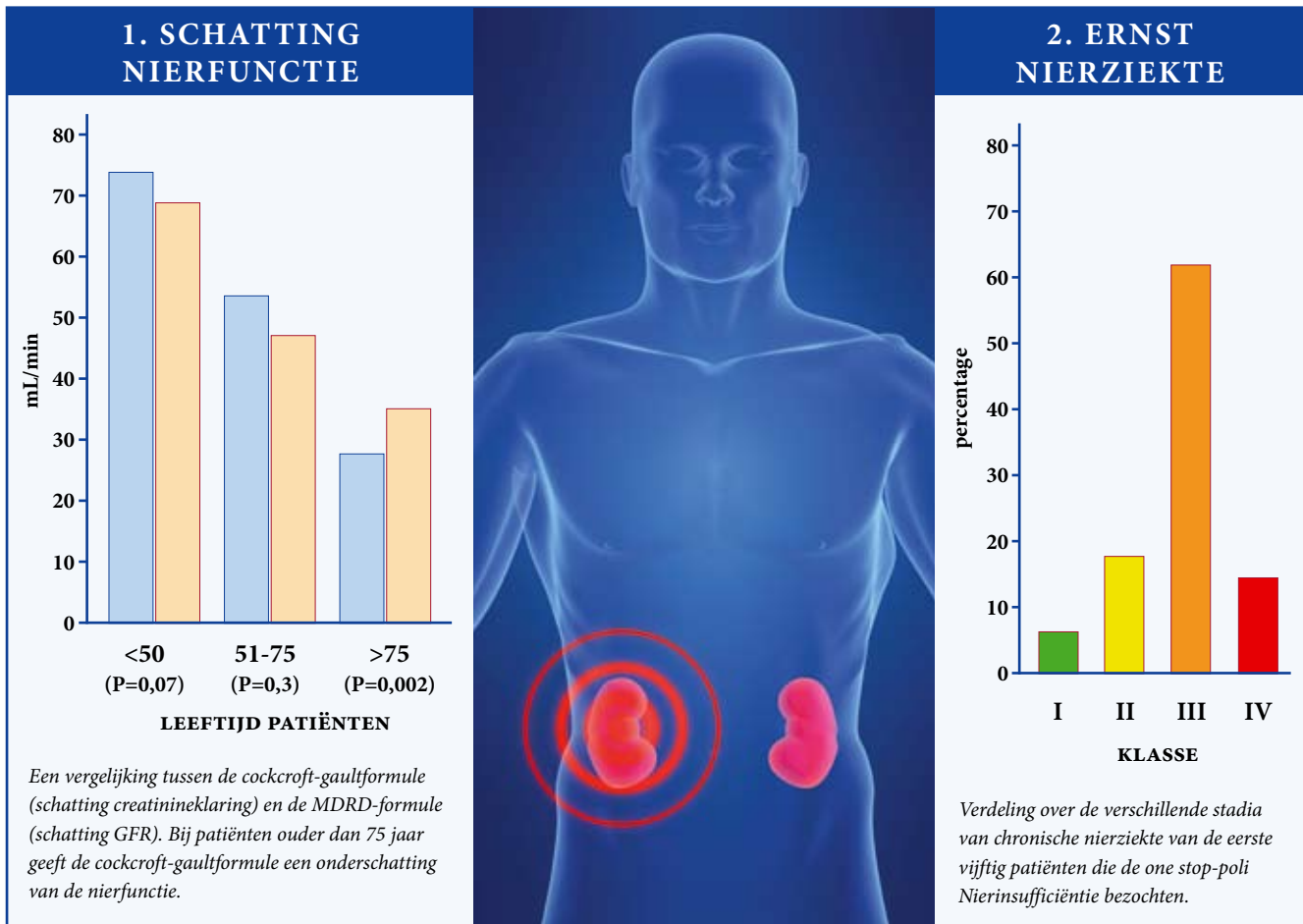
Zo wordt voorkomen dat patiënten te laat worden doorverwezen

behandeladviezen naar de eerstelijnszorg kan worden terugverwezen. Onder meer voor deze patiënten heeft de afdeling Nierziekten (afdeling Inwendige Geneeskunde) van het AMC/UvA oktober 2005 een *one stop*-polikliniek Nierinsufficiëntie ingesteld. Deze poli beoogt binnen één dag de diagnostiek van chronische nierinsufficiëntie bij de overgrote meerderheid van de patiënten te hebben afgerond. Een belangrijk deel van de werkzaamheden wordt 's ochtends door

een vast pakket van urine- en bloedonderzoek. Ook wordt er een echo van de nieren en een ecg gemaakt. Op basis van demografische gegevens en de plasmaconcentraties van creatinine, ureum en albumine maakt de doktersassistente een schatting van de creatinineklaring met de Cockcroft-Gaultformule, alsmede een schatting van de glomerulusfiltratiesnelheid (GFR) met de MDRD-formule.^{6,7} Deze MDRD-formule wordt gebruikt voor de classificatie van de ernst van

STADIA VAN CHRONISCHE NIERZIEKTEN

STADIUM	OMSCHRIJVING	GFR (ml/min/1.73 m ²)	ACTIE
1	nierziekte	> 90	diagnose en behandeling
2	mild	60-89	schatting van de progressie; en eventueel behandeling
3	matig	30-59	evaluatie en behandeling van complicaties
4	ernstig	15-29	voorbereiding voor niervervangende behandeling
5	nierinsufficiëntie	<15 (of dialyse)	niervervangende behandeling



de chronische nierziekte, zoals geformuleerd in een Amerikaanse richtlijn.⁸ Hierin worden vijf stadia onderscheiden (zie kader).

Nog dezelfde dag krijgt de patiënt een mondeling advies en wordt de verwijzer schriftelijk geïnformeerd, of mondeling als daartoe aanleiding is. Deze aanleiding kan zijn: controle door de verwijzer met adviezen en eventueel een nieuw consult na 1 à 2 jaar, verwijzing voor nadere nefrologische diagnostiek (zoals nierbiopsie, precieze GFR-meting of angiografie) of verwijzing naar een polikliniek voor predialyse. Dit maakt optimale en kostenbesparende behandeling mogelijk. Ook is zo te voorkomen dat patiënten te laat worden doorverwezen.

AFWIJINGEN

De oprichting van de one stop-polikliniek Nierinsufficiëntie is medio 2005 bekendgemaakt aan alle huisartsen in Amsterdam en directe omgeving evenals aan cardiologen en urologen. Alle doorverwezen patiënten waren afkomstig uit deze groep. Van de eerste vijftig patiënten was de gemiddelde leeftijd 67 jaar; de man-vrouwverhouding 26:24. De

overgrote meerderheid van de patiënten werd met antihypertensiva behandeld: 29 patiënten gebruikten een ACE-remmer of A2-receptorblokker en 23 een diureticum. Proteïnurie was afwezig bij 36 patiënten; 38 hadden een urinesediment zonder afwijkingen.

Bij bijna de helft van de patiënten was de creatinineconcentratie in het plasma 100 tot 150 µmol/l; bij 8 patiënten was dit lager dan 100 µmol/l. Bij een kwart van de patiënten lag het tussen de 150 en 200 µmol/l en bij vier patiënten daarboven.

Uit een vergelijking van de geschatte creatinineklaring met de GFR blijkt dat de geschatte klaring iets hoger is dan de GFR; door tubulaire secretie van creatinine was dit echter te verwachten. Bij oudere patiënten geeft de cockcroft-gaultformule duidelijk lagere waarden dan de MDRD-formule, waarschijnlijk omdat de leeftijd van de patiënt heel prominent aanwezig is in de eerste formule (zie figuur 1). Overigens bleek atherosclerotisch vaatlijden de belangrijkste oorzaak van nierinsufficiëntie: 44 procent van de patiënten had deze diagnose.

Bij 62 procent van de patiënten was sprake van een nieraandoening in sta-

dium 3 (matige nierinsufficiëntie, zie figuur 2). Controle en behandeling in dit stadium kan met goede adviezen dikwijls in de eerste lijn plaatsvinden. Van deze patiënten kon 80 procent worden terugverwezen naar de verwijzende huisarts: 51 procent direct na het consult en 29 procent na nader onderzoek. Bij 20 procent van de patiënten was verdere specialistische behandeling noodzakelijk.

ONTERECHT

Veel huisartsenlaboratoria laten hun rapportage van de plasmacreatininebepaling vergezeld gaan van een schatting van de creatinineklaring. Daardoor ontstaat bij patiënt en verwijzer dikwijls ongerustheid, die bij nader onderzoek op de one stop-poli Nierinsufficiëntie vaak onterecht blijkt. Ook blijkt soms dat patiënten medicamenten gebruiken die bij nierinsufficiëntie beter niet kunnen worden gegeven. Daarnaast maakt de poli het mogelijk om patiënten te identificeren bij wie nadere diagnostiek of specialistische controle is geïndiceerd.

Doordat het onderzoekspakket in één dag wordt afgerond, kan de nefroloog de patiënt direct informeren over de bevindingen en de eventuele gevol- >>

SAMENVATTING

- De one stop-polikliniek Nierinsufficiëntie is erop gericht om bij patiënten met een verhoogd plasma-creatinine in één dag te komen tot diagnostiek en het geven van behandelingsadviezen.
- Van de eerste vijftig patiënten was 52 procent tussen de 70 en 90 jaar oud, bij 62 procent sprake van chronische nierinsufficiëntie in stadium 3 (GFR 30-59 ml/min).
- Van de patiënten kon 80 procent naar de huisarts worden terugverwezen met adviezen voor verdere behandeling en controle.
- Schatting van de GFR met de MDRD-formule is beter dan schatting van de creatinineklaring, vooral bij oudere patiënten.
- Verwijzende huisartsen zijn positief over de werkwijze van de one stop-polikliniek Nierinsufficiëntie.

<< gen. De rapportage van de nefroloog aan de verwijzers bevat overigens niet alleen informatie over diagnose en prognose, maar ook verdere behandeladviezen. Door de huisarts op die manier ondersteuning te bieden, wordt verder overleg, bijvoorbeeld bij een toename van de nierinsufficiëntie of daaraan gerelateerde problemen, vergemakkelijkt. Uit een kleine enquête onder de 37 huisartsen die patiënten hadden verwezen, bleek dat alle twintig die de enquête beantwoordden, erg tevreden zijn over de werkwijze van de one stop-poli Nierinsufficiëntie.

De one stop-polikliniek Nierinsufficiëntie bevordert de kwaliteit van zorg voor patiënten met een chronische nierziekte. Het op één dag stellen van de diagnose, het formuleren van de prognose en het geven van behandeladviezen aan de verwijzer levert zowel gezondheids- als efficiëntiewinst op. ■

prof. dr. R.T. Krediet,
internist-nefroloog, hoofd nierziekten, afdeling Inwendige Geneeskunde, AMC/UvA Amsterdam

mw. C. Allers,
doktersassistent onderafdeling Nierziekten, afdeling Inwendige Geneeskunde AMC/UvA Amsterdam

Correspondentieadres: C.N.deboer@amc.uva.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Ziektekostenverzekeraar Agis steunde de oprichting van de one stop-polikliniek Nierinsufficiëntie bij het AMC.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

De sites van het Hans Mak Instituut en de Nierstichting vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.



PRAKTIJKPERIKEL

Visitatie van mijn tante



Na een val liep mijn kwieke 89-jarige tante een heupfractuur op en met een pen belandde zij voor een overbruggingsverblijf in een herstelhotel. In verband met mijn bezoek had ze de lunch op haar kamer geregeld. Een prachtig hotel, uitzicht op de Noordzee en een overdadige lunch, waarvan na mijn participatie nog overbleef.

Ze liep alweer met een looprek en de pijn viel mee. De fysiotherapeute kwam binnen, zag mij en stelde voor de behandeling een half uurtje uit te stellen. Ik zei dat ik gerust even buiten wilde wachten. Maar de fysiotherapeute, een invalster die was ingehuurd met het oog op de drukte voor de jaarwisseling, vertelde dat mijn tante die middag haar enige patiënt was en wilde daarom best later die middag terugkomen.

Mijn tante was nog verbaasd. Er was die ochtend namelijk al een fysiotherapeut geweest die zonder verdere

instructie een oefenschema had achtergelaten. Dat verbaasde de invalfysiotherapeute op haar beurt weer, maar er ging wel eens wat mis met de afstemming.

Mijn tante besloot in overleg met haar de therapie voor deze middag te cancelen en maakte een nieuwe afspraak voor over een week. Volgens de fysiotherapeute vergoedde mijn tantes verzekeraar twee keer per week fysiotherapie. Maar door de feestdagen viel er wel eens wat uit en na een heupoperatie moest de patiënt het toch rustig aan doen, aldus de fysiotherapeute. Ze vertrok en liet mij verbijsterd achter; voor tante was het 'business as usual'.

Want dit was revalidatie waarmee dit luxe oord goedkopere zorg kon aanbieden dan het ziekenhuis. Als ziekenhuiszorg de benchmark is, dan is zelfs het Hilton-hotel met twee keer fysiotherapie goedkoper. Enfin, ik was er voor de gezelligheid en tante was happy met de 'low care'. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.

Literatuur

1. Ratcliffe PJ, Philips RE, Oliver DO. Late referral for maintenance dialysis. *Brit Med J* 1984; 441-3.
2. Jungers P, Zingraff J, Albouze G, Chaveneau P, Page B, Hameddouche T, et al. Late referral to maintenance dialysis: detrimental consequences. *Nephrol Dial Transplant* 1993; 8: 1089-93.
3. Obrador GT, Pereira J. Early referral to the nephrologist and timely initiation of renal replacement therapy: a paradigm shift in the management of patients with chronic renal failure. *Am J Kidney Dis* 1998; 31: 398-417.
4. Arora P, Obrador GT, Ruthazer P, Kausz AT, Meyer KB, Jenuleson CS, et al. Prevalence, predictors, and consequences of late nephrology referral at a tertiary care center. *J Am Soc Nephrol* 1999; 10: 1281-6.
5. Davison AM, Kessler M. European Best Practice Guidelines for haemodialysis part 1. When to refer to a nephrology clinic? *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17 (Suppl 7): 9-10.
6. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976; 16: 31-41.
7. Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med* 1999; 130: 461-70.
8. National Kidney Foundation. K/DOQ1 Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation classification and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002; 39 (Suppl 1): S46-S71.