

samengaat met een reageren op primitiever niveau om zodoende het „niet-kunnen-stelling-nemen” tegenover de wereld te doorbreken, is het klagen een primitiever reageren, waarbij een beroep op de hulp van de omgeving wordt gedaan, daar eigen hulpmiddelen te kort schieten.

Wanneer we zien, dat in de dierenwereld de angst-verschijnselen van de een appelleren aan de ander, blijkt er nog een aanrakingspunt. Als het instinctieve appèl, dat van de angst uitgaat, in woorden wordt uitgedrukt, is er een onmerkbare overgang in het klagen. Angst zal in veel gevallen op het sociale niveau tot uiting komen en aanleiding geven tot klagen.

Het „klagerige” klagen, dat we kennen van veel patiënten, (ook als er lichamelijke afwijkingen zijn) is zo ook te begrijpen. Hier staat namelijk dat element van het appèl nog sterk op de voorgrond. We moeten inzien, dat het geven van een zakelijke anamnese kan wijzen op objectiviteit, die voortkomt uit psychische evenwichtigheid, maar ook op een zo grote stoornis in de omgang met anderen, dat het communicatieaspect niet meer tot uiting kan komen. Bij vele neurotici kan het klagen juist dienen als een mogelijkheid om de communicatie, die verder duidelijk is gestoord, te herstellen. We moeten daar gebruik van maken en geen zakelijkheid verlangen. De neiging, het communicatieaspect in het klagen over

het hoofd te zien, gaat vaak samen met een overwaarding van het somatische aspect door de dokter. Terwijl hij meent de patiënt daarmee al serieus te nemen, doet hij hem in wezen tekort. Zo wordt een versterking van het klagen en een fixeren van de neurotische instelling in de hand gewerkt.

Uit de instinctieve grondslag van het klagen wordt begrijpelijk, dat de patiënt een primitieve directe hulp verwacht en openstaat voor kwakzalverspraktijken. Wij moeten daar echter niet meer dan nodig is aan voldoen.

Fungeren als wonderdokter kan als resultaat een wondergenezing met zich brengen, maar deze blijkt meest maar symptomatisch. Ook lukt zo’n wondergenezing als regel alleen in het begin en als het niet lukt, is verder contact moeilijk. Beter is het te trachten de patiënt niet teleur te stellen, maar hem ook niet als magiër te begoochelen. Dan kan er een basis ontstaan, waarop men de primitieve communicatie van het klagen en het angstig steunzoeken uitbouwt tot één op hoger niveau. De patiënt moet de dokter gaan zien als iemand met speciale kennis, die zijn eigen, maar zijn beperkte plaats heeft, terwijl hij daarnaast zelf ook best een plaats in kan nemen. Dit zal er uiteindelijk toe leiden dat hij zich beter thuisvoelt in de wereld. Daarmee heeft hij meer gewonnen dan met een suggestieve symptoomgenezing, die samengaat met de versterking van een primitief magisch wereldbeeld.

Bevolkingsonderzoek op anemie door de huisarts

DOOR DR C. W. A. VAN DEN DOOL, HUISARTS TE STOLWIJK

In de algemene praktijk zal men meestal pas een hemoglobinebepaling doen, indien de klachten van de patiënt, die zijn huisarts consulteert, in de richting van een afwijkend hemoglobinegehalte wijzen. Toch zal hij, die de indicatie tot zo’n bepaling ruim stelt, nog al eens worden verrast door soms zeer lage waarden zonder veel klachten, soms zelfs zonder enige klacht. Een op een dergelijke, min of meer toevallige, wijze gevonden anemie kan echter een gevolg zijn van een maagcarcinoom of een aplasie van het beenmerg, om slechts twee voorbeelden te noemen, die in de afgelopen jaren in mijn praktijk voorkwamen. Meestal zal de oorzaak van een op toevallige wijze ontdekte anemie een ijzergebrek zijn.

Om deze ontdekkingen niet van het toeval te laten afhangen, werd deze hemoglobinebepaling bij zoveel mogelijk van mijn patiënten in Stolwijk gedaan, waarbij gebruik werd gemaakt van de administratieve organisatie ten behoeve van het bevolkingsonderzoek op tuberculose. Van dit bevolkingsonderzoek werd aldus een „multiple- of multiphasic screening” gemaakt, zoals *Mulder* en *Van de Weg* reeds in Noordwijk en de Haarlemmermeer deden, door

er een onderzoek op glucosurie aan te verbinden. *Lester Breslow* past in Californië deze methode van de „multiple screening” — waarvoor nog geen goed Nederlands woord is gevonden — al meer dan tien jaar toe, waarbij de onderzochten een hele serie tests ondergaan. Het doel hiervan is om door een vroegtijdige diagnose en therapie een betere prognose te verkrijgen.

In Stolwijk bestond het onderzoek uit het vervaardigen van een kleinbeeldthoraxfoto, het meten van lengte en gewicht, het bepalen van de bloeddruk en het meten van het hemoglobinegehalte van het bloed volgens de Siccamethode. Het onderzoek van de urine was reeds apart georganiseerd (*Van den Dool*). Van de bevolking boven 15 jaar deed 80 procent aan de „multiple screening” mee, in totaal 1.729 personen. Het onderzoek vond plaats in het nieuwe Groene Kruisgebouw en nam slechts vier dagen in beslag, dank zij het inschakelen van acht extra hulpmachten.

Wij willen ons beperken tot de resultaten van de hemoglobinebepalingen. Door het inschakelen van een analyste, die de metingen deed, twee hulpmachten, die bloed uit de vinger afnamen en twee

hulpkrachten, die zorgden voor het schoonmaken van het glaswerk, kon de bepaling volgens de Siccamethode bij zestig personen per uur geschieden. De uitkomsten werden direct door de huisarts beoordeeld, waarbij zo nodig afspraken voor nader onderzoek werden gemaakt. Het was noodzakelijk met drie grondplaten en drie wiggen te werken, terwijl een gros vaccinostyles en tenminste zestig Sicca-buisjes nodig waren om geen oponthoud te veroorzaken. Het drogen van de schoongemaakte pipetjes geschiedde in een droogsterilisator. De aflezingen door de analyste geschieden met de loep, terwijl het gemiddelde van drie aflezingen werd genoteerd. Het apparaat was enkele dagen tevoren geijkt. Doordat de uitslagen direct daarna door de huisarts werden beoordeeld en besproken, werd het grote bezwaar van anonieme technische „screening” — het onpersoonlijke — weggenomen. De eigen huisarts is tevens de meest geschikte figuur om onnodige angst, die aan een nader onderzoek kan zijn verbonden, te voorkomen of althans zoveel mogelijk te beperken.

* * *

Nu is één van de moeilijkheden, waarmee men bij elke „screening” heeft te maken, dat men een bruikbare norm moet hebben, waarboven of waarbeneden men een nader onderzoek gaat instellen. Merkwaardig is dat men in leerboeken — waaronder ook het Nederlandse Leerboek der Interne Geneeskunde (*Van Buchem*) — zo weinig over de normale hemoglobinewaarden vindt.

Uit de literatuur werd de volgende tabel samengesteld:

onderzoeker	norm. voor mannen	norm. voor vrouwen
<i>De Vries</i>	14 —17,2 g/procent	12,6—15,4 g/procent
<i>Wintrobe</i>	14 —18 „	12 —16 „
<i>Osgood</i>	14 —18 „	11,5—16 „
<i>Berry</i>	13,7—18,6 „	
<i>Walsh</i>	gem. 15,71 „	gem. 13,98 „
<i>W.H.O.-studiegroep</i>	> 14 „	> 12 „

Indien men de normen uit deze tabel echter bij een „screening” op anemie zou gebruiken, en patiënten, die daar beneden blijven, voor een nader onderzoek zou laten terugkomen, zou het naonderzoek een veel te grote groep betreffen. In Stolwijk zou dan ongeveer de helft voor nader onderzoek in aanmerking zijn gekomen, hetgeen zonder ingrijpende reorganisatie van de praktijk niet uitvoerbaar is. Om redenen van praktische aard dient men dus een lagere grens te stellen bij een „screening”, alvorens men tot een nader onderzoek overgaat. Dit vindt men ook in de literatuur terug. Zo stelde *Frisk* in Stockholm de grens op 11,4 g/procent voor mannen en 10,7 g/procent voor vrouwen; op 2.504 onderzochten vond hij zo 79 gevallen van anemie. *Van der Heide* legde in Amsterdam de grens voor beide geslachten bij 12 g/procent en vond zo 0,6 procent

mannen en 7,6 procent vrouwen met anemie; het betrof hier echter personen, die ouder dan 40 jaar waren. *Petrie* stelde de grens op 10 g/procent bij vrouwen en 11 g/procent bij mannen en vond zo 5,4 procent anemie bij meer dan een miljoen inwoners van Georgia.

In Stolwijk is aanvankelijk ook deze laatste grens gebruikt. Van de 868 mannen bleken 15 hier beneden te blijven en van de 861 vrouwen 37, van wie niet bekend was dat ze anemie hadden. Van de 15 mannen waren er 11 boven de leeftijd van 50 jaar; van de 37 vrouwen waren er slechts twee ouder dan 50 jaar.

Daar anemie geen diagnose is doch slechts een gegeven, dat wijst op een gestoorde relatie tussen aanmaak van hemoglobine en afbraak of verlies daarvan, hetgeen nader onderzoek vereist, werden zij, bij wie een te laag hemoglobinegehalte was gevonden, nader onderzocht. Van één jonge vrouw (met een hemoglobinegehalte van 5,9 g/procent) en van zeven mannen was zelfs nader onderzoek door de internist geïndiceerd wegens een positief blijven van de reactie op occult bloed in de faeces, een verhoogde bezinking of een onvoldoende reactie op toediening van ijzer per os. Uiteindelijk werd bij allen de diagnose op ijzergebrekanemie gesteld.

In twee gevallen viel aan het gebruik van acetosal als oorzaak van occult bloedverlies te denken, terwijl in enkele gevallen dubieuze resten van ulcera op de röntgenfoto mogelijk op de bron van het bloedverlies wezen. Er werden geen maligne oorzaken voor de anemie gevonden en zij zijn ook in het jaar volgende op het onderzoek niet aan het licht gekomen.

Van deze 37 vrouwen en 15 mannen met van tevoren onbekende hypochrome anemie bleken er bij navraag toch respectievelijk 17 en 10 wel allerlei, soms vage, klachten te hebben, die meestal aan de schoonmaak of het voorjaar werden toegeschreven. Het bleek mogelijk bij het onderzoek in Stolwijk nog eens het bewijs te leveren, dat de oorspronkelijk aangehouden grens van 10 g/procent toch te laag was, door aan alle vrouwen, met een hemoglobinegehalte van 10 tot 11,2 g/procent, gedurende drie weken driemaal daags twee pillulae chloreti ferrosi per os te geven. Na deze drie weken bleken van de 88 vrouwen, die onderzocht konden worden, er twee een lager gehalte te hebben; een patiënte was gravida, de andere verdroeg de staalpillen niet en had ze niet ingenomen, terwijl de overige 86 of gelijk gebleven waren (4) of gestegen waren. De berekende gemiddelde toename bij de 86 vrouwen bedroeg 1,47 g/procent ($\pm 0,04$). De hemoglobinestijgingen bleken over het algemeen het grootst, naarmate de oorspronkelijke gehalten lager waren.

Indien men de „screeninggrens” bij 11 g/procent legt zal men reeds meer dan eenderde van de vrouwen uit de groep met een hemoglobinegehalte van 11 tot 11,2 g/procent met een niet optimaal hemoglobinegehalte missen. Het gemiddelde hemoglobinegehalte steeg door ijzertoeiening per os meer

dan tweemaal de maximale meetfout. De maximale meetfout was vastgesteld op 0,6 g/procent. Dit is een reden om de grens dus zeker niet beneden 11 g/procent te leggen. Daar in Stolwijk de gemiddelde hemoglobinegehalten bij de mannen 1,5 g/procent hoger waren dan bij de vrouwen lijkt het aan te bevelen bij de man de grens niet beneden 12,5 g/procent te leggen bij een toekomstige „screening”. Men dient dan echter wel te bedenken, dat boven deze grenzen zeker nog van anemie sprake kan zijn (fout-negatieve gevallen bij de „screening”) en zeker van ijzergebrek, daar uit het onderzoek van *Von Jasinski* en *Diener* in Winterthur is gebleken, dat vaak ijzergebrek aanwezig kan zijn bij een normaal hemoglobinegehalte. Voor Stolwijk komen we bij 562 vrouwen tussen 15 en 50 jaar op tenminste 80 gevallen van onmiskenbare anemie; dit is bij 14 procent in deze leeftijdsgroep.

Ijzergebrek zal nog frequenter voorkomen. Ijzerdeficiëntie is waarschijnlijk wel de meest frequente deficiëntie in onze maatschappij, zoals uit een recent rapport van deskundigen van de World Health Organization blijkt. Hierin wordt het bevolkingsonderzoek op anemie sterk aanbevolen en profylactische ijzertoeiening in overweging gegeven. Vooral vrouwen in de leeftijdsgroep 15 tot 50 jaar hebben blijkbaar grote moeite hun ijzerbalans in evenwicht te houden. De resorptie van het ijzer uit het voedsel is blijkbaar vaak niet bij machte het verlies tijdens de menstruatie, eventuele partus, lactatie en abortus te compenseren. Allerlei vage klachten kunnen hier het gevolg van zijn. Ijzertherapie zal dus vaak zijn aangewezen, waarbij men, zoals in Stolwijk bleek, bijna steeds met ijzertoeiening per os uitkomt.

Het lijkt bovendien zeer aan te bevelen de vrouwen uit deze groep niet als donor voor plasmacampagnes te gebruiken, tenzij men zich van tevoren van een voldoende hemoglobinegehalte heeft overtuigd, iets dat helaas niet algemeen gebruikelijk is. Als men dit doet zal men echter toch nog bij die vrouwen, die een normaal hemoglobinegehalte hebben, doch die wel aan ijzergebrek lijden — vooral bij vrouwen een waarschijnlijk grote groep — ten onrechte bloed en dus ijzer afnemen. Serumijzerbepalingen zouden een beter uitsluitsel kunnen geven, maar deze bepalingen lenen zich niet voor dergelijke grote aantallen donores, waar het hier om gaat.

* * *

Het zou interessant zijn indien het bevolkingsonderzoek op anemie elders kon worden herhaald. Tot nu toe zijn slechts vergelijkingen met buitenlandse onderzoekingen mogelijk, zoals bijvoorbeeld met dat van Walsh in Australië. Deze vond aanzienlijk hogere waarden. Ook in Nederland zullen wel verschillen aan het licht komen; voedingsgewoonten, het jaargetijde, het ijzergehalte van de bodem, de bestaande geneeskundige verzorging en de leeftijdsopbouw van de bevolking kunnen blijken hierbij van invloed te zijn.

Nu volledig preventief geneeskundig onderzoek door de huisarts op grote schaal nog niet uitvoerbaar is lijkt er alle reden te bestaan met deze „screening” meer ervaring op te doen. De belangrijkste voorwaarden die moeten zijn vervuld, wil men dit met kans op succes kunnen gaan doen, zijn: een goede voorlichting, belangstelling voor dit soort onderzoek bij de huisarts en bij de bevolking, een in alle opzichten verantwoorde keuze van de onderzoeksmethoden, subsidiemogelijkheden en vooral de directe aanwezigheid van de eigen huisarts.

- Berry, W. T. C. e.a. (1949) Brit. med. J. I, 300.
 Buchem, F. S. P. van e.a. (1958) Nederlands leerboek der interne geneeskunde. Scheltema en Holkema, Amsterdam.
 Breslow, L. H. (1955) J. chron. D. II, 375.
 Dool, C. W. A. van den (1960) Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts. H. E. Stenfert Kroese n.v. Leiden.
 Frisk, A. R. e.a. (1957) Nord méd. 58, 1437.
 Heide, R. M. van der (1959) Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3.091 gezonde mannen en vrouwen, 40 tot 65 jaar oud. Stadsdrukkerij van Amsterdam.
 Jasinski, B. von en E. Diener (1952) Gynaecologia 133, 293.
 Mulder, J. D. en E. van de Weg (1958) huisarts en wetenschap 2, 66.
 Osgood, E. E. (1935) Arch. intern. Med. 56, 849.
 Petrie, L. M. e.a. (1952) J. Amer. med. Ass. 148, 1022.
 Vries, S. I. de (1955) Haematologisch onderzoek. Wetenschappelijke Uitgeverij. Amsterdam.
 Walsh, R. J. e.a. (1953) A study of haemoglobin values in New South Wales with observations on haematocrit and sedimentation rate values. National Health and Medical Research Council. Sydney.
 Wintrobe, M. M. (1956) Clinical Haematology. Kimpton. Londen.
 World Health Organization (1959) Technical Report Series 182.

NAALDBANDEN

voor de **TWEDE EN DERDE** jaargang

van „huisarts en wetenschap”

zijn verkrijgbaar à f 3,75 per stuk.

★

In deze banden kan men zelf,
de tekstpagina's van de jaargangen verzorgen.

★

Banden kunnen worden aangevraagd

door middel van storting

van f 3,75 op postgiro no. 2906

van Rotterdamse Bank, Kantoor Rapenburg te Leiden

met vermelding:

„huisarts en wetenschap”

naaldband 2e resp. 3e jaargang