

of eye and ear abnormalities frequently found in the aged. Cardiotel is recommended with a view to the common dysrhythmias found in this group. In view of the type of changes found, for example in the region of the head and neck, it is recommended that part of the examination be made by a (district) nurse.

- Brocklehurst, J. C. (redactie) Textbook of geriatric medicine and gerontology. Churchill Livingstone, Edinburgh & London, 1973.
- Burger, A. K. C. Een algemeen lichamelijk en electrocardiografisch onderzoek bij een groep bejaarden in een huisartsenpraktijk. Van Gorcum & Comp. n.v., Assen, 1971.
- Burger, A. K. C. (1973) Ned. T. Geront. 4, 3a.
- Dekkers, N. W. H. M. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 649
- Doesschate, J. ten. (1963) Ned. T. Geneesk. 107, 2046.
- Dongen, J. A. van. Maligne en premaligne processen van de huid. In: Oncologie. Stafleu's wetenschappelijke uitgevermaatschappij, Leiden, 1973.
- Ferguson Anderson, W. Management of the elderly. Blackwell, Oxford. 1971.

- Fisch, L. The aging auditory system. In: J. C. Brocklehurst (redactie) Textbook of geriatric medicine and gerontology. Churchill Livingstone, Edinburgh & London, 1973.
- Fuldauer, A. Bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk. Proefschrift, Hengelo, 1966.
- Fuldauer, A. (1972) huisarts en wetenschap 15, 465.
- Geriatrische Boekenlijst (1975) huisarts en wetenschap 18, 90.
- Henkes, H. E. (1970) Ned. T. Geneesk. 114, 1140.
- Henkes, H. E. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 672.
- Howell, T. H. A. Student's guide to geriatrics. Staples Press, London, 1965.
- Janssens Capriles, G. J. A. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 658.
- Kuipers, F. C. Obductiebevindingen bij ouden van dagen. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v. deel 41, Leiden, 1968.
- Kwast, W. A. M. van der. (1972) Ned. T. Geneesk. 116, 1321.
- Mast, F. A. C. de, P. W. M. Remmerswaal & J. M. A. Munnichs. Atlas van de ouder wordende Nederlandse bevolking. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1972.

- Meyler, L. (1972) Ned. T. Geneesk. 116, 497.
- Neubauer, H. von. Augenkrankheiten. In: G. Schettler (redactie) Alterskrankheiten, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.
- Oldhoff, J. Mondholtecanceromen. In: Oncologie. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden, 1973.
- Oliemans, A. P. Morbiditeitsonderzoek in de huisartsenpraktijk. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1969.
- Pathy, M. S. (1967) Brit. Heart J. 29, 190.
- Prakken, J. R. Leerboek der praktische dermatologie. Scheltema en Holkema n.v., Amsterdam, 1963.
- Proosdy, C. van. Het spijsverteringskanaal bij bejaarden. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmij n.v., Leiden, 1966.
- Schettler, G. (redactie) Alterskrankheiten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.
- Steigleider, G. K. von. Veränderungen und Erkrankungen der Haut im Alter. In: G. Schettler (redactie) Alterskrankheiten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.
- Tonino, F. J. M. Bejaarden thuis. Proefschrift, Breda, 1969.
- Veelen, A. W. C. van, G. F. Kinds, H. S. Wijnands en H. Bouma. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 664.
- Wedgwood, J. (1968) Practitioner 200, 778.

Gezinsgeneeskundige colloquia (VI): Astma*

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

INLEIDING DOOR DE CO-ASSISTENT

Mijn status betreft een man, C, van 39 jaar met een astmatische bronchitis, die onder behandeling is van een longarts. Hij kwam op het spreekuur van mijn huisarts omdat hij problemen had met zijn medicatie. Hij klaagde over bot- en spierpijnen, die volgens hem het gevolg waren van het gebruik van de hem door de longarts voorgeschreven medicijnen, met name prednison. Toen hij hierover telefonisch contact opnam met de specialist bleek deze met vakantie te zijn. De assistente beloofde hem een receptje te sturen. Inderdaad kreeg hij de volgende dag een recept thuisgestuurd, maar toen hij bij de apotheek navroeg waarvoor dat was, bleek het een middel tegen maagklachten te zijn. Hij belde toen de assistente opnieuw op om te vertellen dat hij helemaal geen last van zijn maag had

maar van bot- en spierpijnen. Deze assistente wist het toen ook niet meer en adviseerde hem te wachten tot de longarts terug zou zijn van vakantie. Omdat de patiënt hier weinig zin in had zocht hij nu zijn toevlucht tot de huisarts.

De bronchitisklachten van de heer C dateren reeds vanaf zijn kinderjaren. Hij heeft op de lagere school soms wat moeite, maar tegen de puberteit is de benauwdheid vanzelf verdwenen. Hij heeft er daarna langdurig geen last meer van gehad. Op twintigjarige leeftijd is hij in militaire dienst gegaan en heeft daar in het geheel geen problemen gehad. Hij behoorde tot de mensen met een zeer goede lichamelijke conditie. Na de militaire dienst nam hij het beroep weer op dat hij voordien had uitgeoefend, banketbakker. In 1963 is hij getrouwd. Een jaar na zijn huwelijk is hij van werkkring veranderd: van een klein éénmansbedrijfje ging hij over naar een groot bak-

kersbedrijf. Hier was het werk eentoniger door het fabrieksmatige karakter en moest hij werken in wisselende ploegendiensten, hetgeen voordien niet het geval was. Toch vond hij het best prettig en hij beviel in het bedrijf zo goed, dat hij na drie maanden bedrijfsleider werd. Het karakter van zijn werk was nu minder eentonig omdat hij ook organisatorische taken te doen kreeg. De verhouding met zijn collega's verkoelde wel wat omdat hij uit hun midden gepromoveerd was tot afdelingschef en als zodanig werd gezien als een verlengstuk van de baas. Dit heeft hem echter geen ernstige problemen opgeleverd.

Ongeveer vier maanden na zijn promotie kreeg hij evenwel voor het eerst weer aanvallen van benauwdheid. Het viel hem op dat deze aanvallen steeds op het werk optraden, als hij ongeveer een uur bezig was, en dat de benauwdheid vrijwel onmiddellijk verdween als hij van zijn werk naar huis ging. Enige malen

* Zie voor de inleiding op deze serie (1974) huisarts en wetenschap 17, 362-363.

moest hij hierdoor eerder met zijn werk ophouden. De broodbakkerij waar hij nu werkte was erg stoffig. In de bedrijven waar hij vroeger had gewerkt was dit veel minder het geval geweest; daar had hij ook nooit last gehad van deze benauwdheden. Hij is met deze klachten nooit naar de dokter gegaan omdat de benauwdheid overging wanneer hij de bakkerij verliet. Hij dacht dat het niet zozeer aan hem lag alswel aan de stoffige omgeving en meende dus niet dat het nodig was hiervoor medische hulp in te roepen.

Op een gegeven moment besloot hij toch van werk te veranderen om deze stoffige omgeving te verlaten. Hij ging opnieuw in een eenmansbedrijf werken, maar kreeg ook daar last van benauwdheidsaanvallen, opnieuw alleen tijdens het werk en onmiddellijk verdwijnend als hij de bakkerij verliet. Hij is toen naar zijn huisarts gegaan, die hem doorverwees naar de longarts. Dit is thans ruim zes jaar geleden. De longarts stelde de diagnose op astmatische bronchitis met als waarschijnlijke oorzaak een atopische constitutie. Allergologisch onderzoek wees uit dat de heer C voor verschillende zaken overgevoelig was, onder meer voor verschillende voedingsmiddelen die in het bakkersbedrijf worden gebruikt. De longfunctieproeven gaven geheel normale uitslagen en toediening van Multergan[®] gaf daarin geen significante verbetering. In zijn brief schreef de specialist: „Hoewel de patiënt dit ontkent bestaan er ongetwijfeld nog psychogene componenten”. De behandeling van de longarts bestond uit: prednison 17½ mg per dag, Antalby[®] suppositoria, Multergan forte[®], Decadurabolin[®] injecties, Valium[®] driemaal daags 5 mg en ademhalingsoefeningen. De dosering van prednison werd later geleidelijk verlaagd tot 12½ mg per dag.

Met deze medicatie was patiënt aanvankelijk volkomen klachtenvrij. Op het werk had hij geen last meer van benauwdheden. Een jaar of vijf is het goed gegaan, maar toen kreeg de heer C last van spier- en botpijnen in de benen, die steeds verergerden. De huisarts verwees hem naar een orthopedisch chirurg, die steunzolen voorschreef. Ondanks het dragen hiervan namen de klachten steeds

toe. De orthopedisch chirurg heeft de longarts gevraagd de therapie voor de longafwijkingen nog eens te herzien en de prednison zo mogelijk weg te laten of althans te verminderen. De dosis prednison is daarop teruggebracht, aanvankelijk tot 7½ mg, later tot 5 mg per dag. Hierop verbeterden de pijnen wel maar de pulmonale klachten kwamen terug. De heer C kreeg steeds meer last van benauwdheden, die gedurende de wintermaanden toenamen; in de zomer konden de ramen en deuren van de bakkerij worden geopend, waarop de bronchitische verschijnselen weer verminderden. Juist als vijf jaar tevoren had hij alleen last in de bakkerij. In de vakantie had hij in het geheel geen klachten, ook niet wanneer hij geen prednison innam. Na zijn vakantie is hij weer met frisse moed begonnen, maar van lieverlee kwamen zijn klachten terug. Behalve de benauwdheid kreeg hij in toenemende mate last van pijn in de benen. Hierover trachtte hij contact op te nemen met de longarts met vermeld resultaat. Daarom zocht de heer C nu zijn toevlucht tot zijn huisarts. De huisarts adviseerde hem het werk te staken en uit te sluipe met de prednisonodosis. Hij ried hem ook aan naar ander werk uit te zien.

Patiënt is er zelf reeds geruime tijd van overtuigd dat hij het bakkersbedrijf moet verlaten. Hij had gemerkt dat hij daar de prednison niet kan ontberen, hoewel deze hem veel andere klachten bezorgt. Hij is reeds enige malen op het arbeidsbureau geweest, waar hem is verteld dat het moeilijk zal zijn hem in de huidige arbeidssituatie aan een andere werkring te helpen. Er is een beroepskeuzeadviseuse ingeschakeld die hem geschikt vond voor een contactfunctie zoals vertegenwoordiger, controleur of verzekeringsagent. De heer C is op het ogenblik bezig te solliciteren op advertenties in deze richting. Het is hem tot op heden echter niet gelukt een nieuwe werkring te vinden.

Mede omdat de longarts schreef dat er ongetwijfeld psychogene componenten in het spel waren bij deze astmatische bronchitis, ben ik gaan zoeken waar deze zouden kunnen schuilen. Het is waar dat

de klachten altijd optraden in de werksituatie, maar de man was zeer tevreden met zijn werk als hij daarvan niet benauwd zou zijn geworden. Deze klachten traden op dezelfde wijze op in twee geheel van elkaar verschillende bedrijven, zodat ik niet geloof dat de oorzaak hiervan moet worden gezocht in interpersoonlijke spanningen in de werksituatie. De gezinssituatie van patiënt lijkt ook geen aanleiding te geven tot het ontstaan van stoornissen. Zowel de heer C als zijn vrouw zeggen dat zij een harmonisch huwelijk hebben en dit is ook de indruk welke ik kreeg toen ik hen thuis bezocht. Ook met de kinderen, een zoontje van drie en een dochtertje van tien jaar hebben zij geen problemen. Het gezin is bij de huisarts ook niet bekend als mensen die vaak een beroep op hem doen. Toen hij mij voor het maken van een status bij deze familie introduceerde was dit zelfs de eerste maal dat hij het gezin aan huis bezocht. De gezinskaart vermeldt slechts dat de echtgenote een enkelverwonding heeft gehad en unguis incarnatus, terwijl het jongste kind eens een kwartje heeft ingeslikt en op eenjarige leeftijd een dyspepsie heeft gehad. Verder vermeldt de kaart alleen de ademhalings- en beenklachten van de heer C. Het gezin woont een leuk huis in een nieuwe wijk en voelt zich best thuis in deze buurt.

Bij het maken van een status ben ik verder geen psychische of sociale problemen tegengekomen. Al met al maakte de man op mij een psychisch evenwichtige indruk en ik heb mij er dan ook van onthouden dieper in het privéleven van deze mensen door te dringen dan nodig was, mede omdat de allergie van patiënt de lichamelijke klachten voldoende leek te verklaren.

PROBLEEMSTELLING

Het probleem bij deze patiënt is dan ook mijns inziens niet zozeer de vraag waar de oorzaak van de klachten ligt, daar dit naar mijn mening wel duidelijk is. Veeleer is het te betwijfelen of de behandeling tot nu toe wel de meest juiste is geweest. De scala van medicamenteuze therapieën bij deze patiënt lijkt mij alles bijeen een symptomatische behandeling, weinig gericht op de oorzaak van de

klachten van deze patiënt. Waarom is hem destijds niet het advies gegeven werk te zoeken buiten de bakkerij? Had dit niet reeds zes jaar geleden moeten gebeuren toen men de allergie vaststelde voor de middelen waarmee patiënt beroepsmatig dagelijks in aanraking komt, in plaats van hem te veroordelen tot een levenslang prednison-gebruik en het gebruik van de nodige andere medicijnen?

Wat de oplossing betreft ligt het voor de hand deze man te adviseren ander werk te zoeken, zodat hij zijn astmatische bronchitis kwijt raakt en niet langer verplicht is deze ingrijpende therapie voort te zetten. De prognose lijkt dan gunstig, al zal het hem in deze moeilijke tijd niet meevallen passend werk te vinden.

VERSLAG VAN DE BESPREKING

Huisarts-discussieleider: Dank voor uw presentatie. De stafleden die uw status tevoren hebben gelezen zijn het geheel eens met uw conclusie en hebben zich verbaasd over deze gang van zaken. Misschien kan uw gastheer hier enig licht op werpen?

Huisarts-gastheer: Ik kan mij deze verbazing zeer goed begrijpen. Mijn co-assistent heeft de gehele geschiedenis netjes op een rijtje gezet, waardoor deze bevreedende gang van zaken des te meer spreekt. Het geval wil echter dat deze longarts gewend is geheel zijn eigen gang te gaan. Als je een patiënt naar hem verwijst neemt hij de behandeling geheel over en kom je er als huisarts niet meer aan te pas. Ik heb enige malen getracht hem hierover te benaderen. Naar zijn visie zijn de atopische constitutie en de psychologische problemen bij deze patiënt veel belangrijker als oorzaak van zijn klachten dan de materiële werkomstandigheden. Ik geloofde dit niet, maar kon dit ook niet uitsluiten. De longarts is zijn eigen koers blijven varen en ik vond dat ik hem bij de patiënt niet kon afvalen, te meer daar deze een goede relatie met hem had en een groot vertrouwen in hem stelde. Zo ben ik eigenlijk buiten

spel komen staan en ik heb de patiënt eigenlijk ook wat uit het gezicht verloor.

Huisarts-discussieleider: Ja, hier raakt u een moeilijk punt aan. Bij een aantal specialisten, dat meer oog gaat krijgen voor psychosociale aspecten, heeft dit tot gevolg dat zij nu als het ware de hele patiënt gaan opeisen. Wij zien dat vooral bij longartsen, maar soms ook bij kinderartsen en bij vrouwenartsen.

Co-assistent 2: Maar het lijkt mij toch niet goed als dat ten koste gaat van de patiënt, zoals in dit geval.

Huisarts-discussieleider: Hoe zoudt u dit willen voorkomen?

Co-assistent 2: Ik zou de patiënt zelf ook blijven behandelen.

Co-assistent 3: Moet hier ook niet een nader onderzoek worden ingesteld naar de aanwezigheid van osteoporose, die mogelijk is ontstaan onder invloed van de prednison-medicatie?

Huisarts-discussieleider: Dat lijkt zeker geïndiceerd. Zelf maakte ik in mijn praktijk een paar maal mee dat bij patiënten, die van een longarts prednison kregen, plotseling spontane compressiefracturen van wervels optraden. Dit waren echter altijd vrouwen. Het is bekend dat osteoporose vooral optreedt bij vrouwen na de menopauze. Overigens lijkt mij een belangrijke vraag of deze patiënt, wanneer hij in de toekomst nog prednison nodig zou hebben, niet zou kunnen volstaan met een toediening van corticosteroiden per aërosol, daar de kans op bijwerkingen in het gehele lichaam daarmee veel geringer is. Vele patiënten met allergische astmatische bronchitis kunnen hiermee voldoende worden geholpen.

Co-assistent 1: Als ik nu hoor van mogelijke wervelfracturen en weet welke hoeveelheden medicamenten door de

longarts aan deze patiënt van mijn huisarts worden voorgeschreven, vraag ik mij opnieuw af of de huisarts hier geen bewakende taak heeft.

Huisarts-discussieleider: Ik ben het volkomen met u eens. Wanneer wij trachten deze bespreking af te ronden kunnen wij zeggen dat uw status duidelijk heeft gedemonstreerd dat de huisarts een bewakende functie ten aanzien van zijn patiënten dient te vervullen, ook – en misschien zelfs vooral – wanneer hij hen naar een specialist heeft verwezen. In een aantal gevallen zal hij hen dienen te beschermen tegen overbehandeling. Met de toeneming van de frequentie van specialistische behandelingen zal deze taak steeds belangrijker worden. De huisarts dient een wakend oog te houden, zeker wanneer het ingrijpende therapieën betreft. Zijn patiënten hebben hem gekozen als hun medisch raadsman en adviseur. Deze taak houdt niet op wanneer hij zijn patiënten naar een specialist heeft verwezen.

Naar mijn mening zou een huisarts er goed aan doen bij verwijzing naar specialisten – zeker bij poliklinische behandeling – deze zo veel mogelijk als consulenten te doen fungeren, waarbij hij zelf tracht de teugels in handen te houden. Als er verschil van mening is, zoals in dit geval, dient dit te worden uitgepraat. Meestal zal dat lukken. Lukt dit niet, dan zal de huisarts naar mijn mening niet moeten schromen dit aan de patiënt, als hij dit in diens belang acht, mede te delen. Hij is en blijft diens eerst verantwoordelijke medische raadsman.

Als de patiënt de keuze van de specialist aan de huisarts overlaat – hetgeen meestal het geval is – heeft de huisarts mijns inziens zelfs een zekere medeverantwoordelijkheid voor de behandeling door deze specialist. Hij heeft immers hiertoe geadviseerd en kan de consequenties van zijn advies gewoonlijk beter beoordelen dan de patiënt. De patiënt zou de huisarts voor die consequenties dan terecht verantwoordelijk kunnen stellen.