

Uit de praktijk

Mensen met hoge bloeddruk en hun huisarts

De laatste tijd staat de hoge bloeddruk in de belangstelling van velen. Ook het belang van een medicamenteuze behandeling van een patiënt met hoge bloeddruk is in discussie. Is hoge bloeddruk een ziekte? Zeker hebben mensen met een fors verhoogde bloeddruk een kans eerder te sterven dan mensen met een zogenaamde normale bloeddruk. Maar ook rokers, motorcoureurs en parachute-springers, om er nu maar voor de vuist weg een paar te noemen, hebben statistisch een kortere levensverwachting. Zijn deze mensen daarom ziek, of chronische patiënt? Een mens met hoge bloeddruk die regelmatig onder controle van de dokter staat, geneesmiddelen gebruikt en misschien wel zijn leven anders heeft ingericht, noemen wij echter wel een chronische patiënt.

In dit artikel wil ik nagaan hoe huisartsen mensen met hoge bloeddruk volgens mij het beste kunnen helpen. Mensen die door een chronische ziekte zijn getroffen, moeten verder leven met een handicap. Dat is niet eenvoudig. Zijzelf en hun partner, kinderen, familie, soms ook vrienden en kennissen lijden daar onder. Soms hebben mensen al lange tijd hoge bloeddruk zonder dat zij dat weten. Als iemand echter weet dat hij een hoge bloeddruk heeft, beleeft hij een groot aantal zaken vanuit dat weten. Er komt een proces op gang, zoals bij chronische ziekten. Het is mijn mening dat als wij deze mensen in zo'n proces begeleiden, wij hen beter helpen. Een eenmaal gegeven advies wordt zelden opgevolgd. Als ik iemand in het verwerken van zijn handicap op de voet volg, kan ik hem beter stap voor stap die adviezen geven, waarmee hij op dat moment vooruit kan. Dan kan ik ook schatten hoeveel extra angst en onrust mijn adviezen bij hem oproepen.

Hoewel ik in dit artikel de indruk kan wekken dat mijn extra aandacht mensen meer kan doen schrikken dan nodig is, heb ik in de praktijk de ervaring dat mijn aanpak juist andersom uitwerkt.

Een onderzoek naar de wijze waarop mensen hun handicap, hoge bloeddruk, verwerken, lijkt mij zeer wenselijk.

Een calamiteit

Een acute ernstige ziekte betekent voor ieder mens een aanslag op zijn totale persoon (ik gebruik de mannelijke vorm, maar natuurlijk geldt dit evenzeer voor vrouwen).

Soms, zoals bij een hartinfarct, is de doodsanxiety kenmerkend. Vlak na de klap is de mens versuft. Zijn energie lijkt weggevoerd. Als hij zich tot iets zet, blijkt zijn vermogen iets af te maken, verdwenen. Zodra de verdoving voorbij is, kan deze plaats maken voor angst en vertwijfeling. In beide gevallen kan de getroffen mens in paniek geraken. Als de crisis voorbij is, ontstaat tegelijk met het zich lichamenlijk wat beter gevoelen,

DR. JAN P. C. MOORS, HUISARTS TE ROSMALEN

angst voor de toekomst. Deze gaat vaak gepaard met een ontkenning van de ernst van de situatie. Als de getroffen mens en zijn omgeving op de hoogte zijn van het verwerkingsproces, kunnen zij hun leed beter aan. Het is goed na te gaan of mensen de verschillende stadia van zo'n verwerkingsproces kennen.

Deze stadia zijn goed beschreven door Elisabeth Kübler-Ross. Wellicht ten overvloed worden zij hier nogmaals op een rij gezet: Onwetendheid; onzekerheid; ontkenning; marchanderen; verzet, agressie; depressie; aanvaarding, acceptatie.

Een man met hoge bloeddruk

Vele aspecten van de hoge bloeddruk zijn beschreven in het Hypertensienummer van

Huisarts & praktijk (juni 1977). In het hoofdstuk, „Het gedrag van hypertensie-patiënten”, beschrijft Chris Bruins op voortreffelijke wijze de mens die getroffen wordt door de mededeling dat zijn bloeddruk te hoog is. Ik wil hier enkele praktische consequenties trekken vanuit mijn dagelijkse werk.

Een man van 34 jaar, sales manager, gehuwd, twee kinderen van 10 en 8 jaar, krijgt bij een keuring voor een nieuwe baan te horen, dat hij hoge bloeddruk heeft. Hij heeft totaal geen klachten. Als een donderslag bij heldere hemel slaat deze mededeling bij hem in. Hij gaat naar huis en zit zwaar in de put. Hij durft eerst zijn vrouw niet te vertellen hoe de keuring is afgelopen. Zij beschouwen die keuring als een formaliteit. Hij was immers nooit ziek geweest. Hij voelde zich ook nooit ziek. Hij kon de hele wereld aan. De baan waarop zij beiden zo gerekend hadden, kan hij nu wel vergeten, denkt hij. Na een paar dagen gaat hij naar zijn huisarts. Deze neemt de bloeddruk nogmaals op, en vindt eveneens zeer hoge waarden. „Ben ik nu chronisch ziek?”, vraagt de man. „De bloeddruk is nu wel verhoogd, maar wij hebben pas twee keer gemeten. Deze waarnemingen zijn onder emotionele omstandigheden gedaan. Deze emoties kunnen de bloeddruk ook verhogen. Wij moeten over een paar weken de bloeddruk nog eens opnemen”, zegt de arts.

Laten wij deze man eens volgen. Hij had tot voor kort geen klachten. Hij voelde zich kiplekker. De nieuwe baan leek hem heel wat. Het was een prachtige promotie. En nu dit. De keurende arts laat hem natuurlijk de volgende dag nog eens terugkomen. Zoals wij zagen blijkt de bloeddruk dan weer te hoog te zijn. De klap komt hard aan. De laatste tijd hebben de massamedia zoveel aandacht besteed aan hoge bloeddruk, dat de man heel goed weet wat deze mededeling voor hem betekent. Bovendien kan de keurende arts hem niet toezeggen dat hij de nieuwe baan zal krijgen. Op de keuring na was alles in kannen en kruiken.

Versuft komt hij thuis

Als hij na enige aarzeling zijn vrouw vertelt waarom hij zo in de put zit, probeert zij hem op te beuren. „Het kan toch allemaal nog wel meevallen. Zo'n keuring is toch maar een momentopname. Je hebt de laatste tijd ook zo in spanning geleefd. Neem eens een paar snipperdagen en ga dan naar onze huisarts”, is de inhoud van haar troost.

Hij maakt een afspraak met zijn huisarts. Zijn bloeddruk blijkt nu nog hoger te zijn. De huisarts aarzelt even hem de juiste getallen te noemen, maar doet dat uiteindelijk wel. De man ziet zijn hele wereld ineens storten. De huisarts gaat in op de gevoelens van zijn

patiënt. Hij zegt hem, dat hij niet meteen een behandeling wil instellen, maar eerst verder onderzoek wil doen. „Er is wel niet veel kans dat wij een oorzaak vinden. Slechts in 5 procent van de gevallen is er een aanwijsbare lichamelijke oorzaak voor hoge bloeddruk. Maar hoe klein het percentage is, wij mogen goed onderzoek niet achterwege laten”, zegt hij.

Zijn belangrijkste advies op dit moment is: „Praat er met je vrouw over. Dit is een aanslag op je bestaan, net als voor mensen die een geliefde verloren hebben. Je raakt versuft, of je blijft maar herhalen: het kan toch niet waar zijn”. Sommige mensen trekken er zich zogenaamd niets van aan. Zij ontkennen het en gaan door alsof er niets is gebeurd. Ja zelfs nog extra fel, als om zichzelf te bewijzen dat de artsen ongelijk hebben. Anderen gaan marchanderen. Zij zoeken specialisten en professoren op. Die zullen hen wel eens goed onderzoeken, en dan blijkt het allemaal mee te vallen, denken zij. Het is echter meestal uitstel van executie. „Kom over veertien dagen nog eens terug, dan meet ik de bloeddruk weer. Wij praten dan ook verder. Als je eerder vragen hebt, bel mij dan op. Misschien wil je vrouw ook eens met mij praten, dat kan natuurlijk.”

In een eerste gesprek kan de patiënt meestal niet méér aan. En dit is zelfs vaak al te veel. Maar ik herhaal het de volgende keer of de volgende keren. Hij hoort trouwens deze mededeling maar half. Bij een tweede bezoek lukt dat al wat beter. Hij kan beter luisteren, zeker als ik eerst informeer hoe de klap is aangekomen. Hoe hij zich nu voelt. Heb je er met je vrouw over kunnen praten? Vooral tijdens de eerste bezoeken aan de huisarts is het veel belangrijker dat je over de gevoelens van de patiënt praat dan over alerhande medische aspecten.

In deze periode is de beleving van de seksualiteit ook niet erg boeiend. „Wij hebben nu wel belangrijkere zaken aan ons hoofd”, hoor ik vaak. Andere mensen proberen extra vaak tot een orgasme te komen. Misschien wel om zichzelf en hun partner te bewijzen, dat zij er nog toe in staat zijn.

Eerste klap helpen opvangen

De huisarts is meestal zeer nabij. Vaak kent hij het gezin al. De man heeft hij echter meestal zelden in zijn spreekkamer gezien. Als hij de patiënt zijn gevoelens laat uiten en hem meedeelt welke fasen het proces van verwerken telt, zal er een goede relatie tussen hen ontstaan. Dat is de voorwaarde voor een goede begeleiding.

Er gebeurt erg veel tussen arts en patiënt in zo'n langdurige begeleiding. Zij worden „partner”, soms voor het leven. In het begin van dit proces moet de huisarts vanuit zijn voorkennis zeer subtiel omgaan met alles wat de patiënt hem aanreikt. Luisteren is

hierbij zijn grootste gave. Actief luisteren, waarbij hij zoveel mogelijk alle signalen probeert op te vangen, die door de patiënt naar hem worden uitgezonden.

Je kunt alleen een volgende fase in het werkingsproces bereiken als je de voorgaande fase achter je hebt gelaten. Omdat het een proces is waarin de ene fase ongemerkt in de volgende overgaat, is het vaak moeilijk goed aan te voelen waarmee de patiënt bezig is. De ervaring van de huisarts is hier zijn belangrijkste instrument. Hij moet dan wel geleerd hebben te objectiveren wat er in het contact tussen hem en zijn patiënt gebeurt. Dat is ook voor oudere huisartsen goed te leren.

In het gesprek kun je je patiënt teruggeven wat je hebt opgemerkt. Je kunt dat plaatsen in het proces en zeggen: „Volgens mij heb je dat deel van het proces achter je. Zullen wij nu samen aan de volgende stap beginnen? Wat vindt je vrouw ervan?”.

Maar er is meer. Mensen bij wie een hoge bloeddruk ontdekt is, staan voor een keuze:

- Zal ik een ander leven gaan leiden?
- Zal ik tabletten gaan slikken, een beetje een ander leven gaan leiden?
- Moet ik me herbezinnen op mijn carrière?
- Zal ik niets doen, en verder gaan alsof er niets aan de hand is?
- Zal ik de bijwerkingen van de geneesmiddelen (zoals soms impotentie) accepteren?
- Er zijn nog vele andere relevante vragen, die ieder in zijn situatie het beste zelf kan bedenken.

In mijn ogen heeft de huisarts de plicht mensen zo goed mogelijk voor te lichten, zodat zijzelf een verantwoorde keuze kunnen maken uit hun mogelijkheden. Pas daarna zal hij met de patiënt samen een behandelingsplan opstellen. Dat is best moeilijk. Het kost ook tijd. Maar het bespaart weer tijd op de lange duur. (Huisartsen willen graag wat doen, zij willen handelen.

In de eerste fasen heeft de patiënt geen behoefte aan haast. Ook al lijkt dat soms anders. Pas als hij met zijn gevoelens in het reine is gekomen, kan hij zijn plannen maken. Het aanbieden van de mogelijkheden is ook voor vele artsen een heet hangijzer. Het is vaak afhankelijk van de inzichten van de arts welke waarde hij hecht aan alle publikaties.

Op zijn manier interpreteert hij de gegevens die tot hem komen. Ook op zijn eigen manier geeft hij die door aan de patiënt. Daarin objectief zijn is onmogelijk. Maar een zekere mate van objectiviteit is toch wel gewenst. Al was het alleen maar omdat de buurman van onze patiënt een andere huisarts heeft. Wanneer zij heel verschillende verhalen te verwerken krijgen, kunnen zij daardoor in verwarring geraken.

De eerste fase van het proces gebruik ik meestal tevens om onderzoek te laten doen.

Na het laboratoriumonderzoek, de eventuele röntgenfoto's, bijvoorbeeld een intraveneus pyelogram, en een elektrocardiogram, kan ik de patiënt een goed overzicht geven van zijn situatie. Ik maak dan een afspraak voor het eerste adviesgesprek. Daarin probeer ik zoveel mogelijk vanuit de feiten de patiënt een aantal alternatieven aan te bieden. Hij gaat daarmee vervolgens naar huis. Samen met zijn partner kan hij dan bekijken wat hem daarvan het beste past. De tijd die dit kost is bijna altijd tijdswinst op de lange duur. Een goed begin van het verwerken van de handicap beschouw ik daarbij als de grootste winst. Bovendien is een patiënt die zelf mee bepaalt welke therapie hij gaat nemen, meer gemotiveerd deze ook lange tijd vol te houden.

Inzicht in ziekte en gevolgen

De man en zijn partner hebben de meeste kans hun handicap goed te verwerken, als zij voldoende zijn voorgelicht en als zij een goed overzicht hebben over alle aspecten van de ziekte. Meestal beginnen wij al met een therapie voordat de patiënt zijn handicap volledig heeft verwerkt. Dat duurt meestal een vol jaar; als het sneller gaat is het goed op je qui vive te zijn, of hij teruggevallen is in de ontkenkende fase.

De keuze van de therapie behoeft niet voor nu en altijd te zijn. In de loop van het proces kunnen er veranderingen optreden, die een opnieuw bezien van de therapeutische consequenties noodzakelijk maakt.

Soms zie ik mensen, die als zij hun handicap echt helemaal hebben verwerkt, een nieuwe keuze maken. Soms betekent dat, dat zij ook minder geneesmiddelen nodig hebben. Immers, willen wij de bloeddruk naar een aanvaardbaar niveau brengen, dan zullen de meeste mensen niet ontkomen aan het gebruik van geneesmiddelen. Weinig artsen geven relaxatie-adviezen, en weinig patiënten kunnen deze opvolgen. Tot nu toe kan een patiënt met hoge bloeddruk niet echt worden genezen. Ook niet met geneesmiddelen.

Het instellen van een medicamenteuze therapie is veel gemakkelijker als er een goede relatie tussen patiënt en arts is ontstaan. Hoe meer deze relatie horizontaal is, hoe gemakkelijker de patiënt de adviezen van de (deskundige) arts zal accepteren. Deze arts zal dan ook het woord voorschrijven niet willen gebruiken.

Geneesmiddelen vereisen een regelmatige controle. Dat is voor de huisarts een welkome gelegenheid te helpen bij het verwerken van de handicap. Daartoe trek ik tijd uit, waarin de mensen hun gevoelens kunnen spuien. Raken ze verstrikt in een of andere fase, dan heb ik de gelegenheid hun een zetje te geven, zodat zij in de volgende fase terecht komen. Als iemand in een bepaalde

fase blijft steken, kan dat erg moeilijk zijn. Natuurlijk in de eerste plaats voor de patiënt. Het kan zijn dat de relatie van de arts met zijn patiënt toch niet optimaal is. Dat kun je aantrekken. Geoefende huisartsen hebben geleerd bij zichzelf na te gaan wat er ongeveer gebeurt in de relatie met hun patiënt. Soms is het nodig dat er een extra zitting wordt ingelast om op te sporen hoe het komt dat de patiënt niet verder komt in zijn verwerkingsproces.

Een man van 45 jaar, bouwvakker, opzichter, heeft al een half jaar hoge bloeddruk. Met geneesmiddelen is deze gedaald tot de norm. Ineens blijkt hij bij controle weer een hogere bloeddruk te hebben. De man is depressief. Hij ziet het niet meer zitten. „Ik denk er wel eens aan op de spoorlijn te gaan staan”, zegt hij. „Mijn leven heeft geen waarde. Ik ben niets meer waard, niet op het werk, niet thuis, niet op de duivenclub”. In een gesprek met hem en zijn vrouw blijkt dat de geneesmiddelen voor de hoge bloeddruk bijna alle facetten van zijn leven nadelig beïnvloeden. Samen zoeken zij naar een oplossing. Voorlopig maakt de patiënt de keuze drie maanden een andere therapie te proberen. Blijven de bijwerkingen zo bezwaarlijk, dan praten wij opnieuw.

Sommige mensen vallen bij herhaling terug in een vroegere fase van het verwerkingsproces. Zij hebben moeite met het nemen van de volgende fase. Soms voelt iemand aan dat er gevoelens kunnen vrijkomen die hij of zij niet de baas kan. Sommige mensen hebben het er erg moeilijk mee, als er agressie opkomt tegen, bijvoorbeeld de partner – „wij hadden toch zo'n goed huwelijk?” – of tegen het werk – „mijn chef blokkeert mij” – of tegen de huisarts – „hij is de oorzaak dat ik het zo moeilijk heb”. Wij hebben geleerd dat agressief zijn niet goed is. Wij willen in het algemeen zulke gevoelens onderdrukken. In een verwerkingsproces blijf je dan steken in het verwerken van je handicap.

In een begeleiding die plaats heeft in de sfeer van een tweezijdige communicatie over de angsten, de onzekerheden en de vragen van de patiënt, kunnen arts en patiënt zich veilig voelen. De huisarts steunt zijn patiënt zichzelf te hervinden en op zijn hoede te zijn voor signalen van hertzelf of van zijn verwanten, die erop duiden dat het proces uit de hand loopt. Daarin kan de arts ook agressie, zelfs als die tegen hemzelf zou zijn gericht, uitlokken. Kan de patiënt zich daarin uiten dan is dat een goed hulpmiddel verder te komen in het accepteren en verwerken van zijn handicap.

Gaandeweg, als de patiënt zijn handicap heeft verwerkt, verdient het aanbeveling de bezoeken aan de huisarts te verminderen. Is

de bloeddruk onder controle dan is het goed de patiënt het initiatief terug te geven. Hijzelf kan dan uitmaken wanneer hij de arts weer wil consulteren. Het voorschrijven van de geneesmiddelen kan ook gebeuren zonder dat de arts de patiënt weer ziet. Het grote voordeel van zo'n benadering is, dat de arts niet al te veel meehelpt bij het in stand houden van het gevoel ziek te zijn.

De macht die medici in het algemeen hebben en steeds meer krijgen over mensen, die regelmatig bij hen moeten komen voor controle of een periodieke „general check up”, wordt ondertussen angstwekkend groot. Hierop ga ik nu niet verder in.

Een leven lang

Onze sales manager, die ik eerder introduceerde, kreeg zijn promotie wel. De huisarts overlegde met de keurende arts. Als compromis kreeg hij een voorlopige aanstelling, met een proeftijd van twee jaar. De premie voor de pensioenverzekering was bijna het dubbele van iemand met een zogenaamd normaal risico. De man koos voor zijn carrière, wetend dat dit zijn bloeddruk op den duur ongunstig zou kunnen beïnvloeden. Maar wat wil je? Met zijn vrouw maakte hij een afspraak, dat zij driemaal per jaar veertien dagen op vakantie zouden gaan. Zijn potentiële toornissen hebben een maand of twee aangehouden, althans dat dacht ik. Ik heb toen niet expliciet nagevraagd.

Op 39-jarige leeftijd komt hij weer eens op controle; dat is dus vijf jaar later. Deze controles vinden op zijn verzoek tweemaal per jaar plaats. Hij gebruikt een diureticum en driemaal daags 80 mg van een bèta-blokker. De bloeddruk is bevredigend: 150/95 mm Hg. Het laatste electrocardiogram vertoont geen aanwijzingen voor coronair-schade. De dokter is tevreden. „Laten wij maar met de medicatie doorgaan”, zeg ik. „Zou ik niet eens proberen te minderen”, vraagt de man. „Zou u dat wel doen, u hebt dat vorig jaar ook al eens geprobeerd en toen liep de bloeddruk weer snel op. Nee, zo is het beter, denk ik”, zeg ik een beetje autoritair. „Ik zou het toch nog graag weer eens minder proberen. Eerlijk gezegd voel ik me van onder zo dood als een pier; voor mij heeft het leven zo ook niet veel aantrekkelijks meer”, gaat hij duidelijk depressief verder.

Voor het eerst hoor ik nu dat hij opnieuw erectiestoornissen heeft. Komt dat deze keer van de geneesmiddelen, denk ik? Bij navraag blijkt, dat hij er niet met zijn vrouw over heeft gesproken. Toen de hoge bloeddruk ontdekt was, hebben zij een jaar lang goed met elkaar over allerlei relatieproblemen gesproken. Daarna is dat gaandeweg minder geworden.

Zijn werk slokt hem erg op. Zijn vrouw is toen een opleiding gaan volgen voor schoonheidsspecialiste en heeft nu een klein eigen zaakje. Zij is daar erg druk mee. Zij drinken elke avond een fles wijn bij het eten en meestal daarna ook nog wat. In het gesprek blijkt dat zijn vrouw in de loop van de dag ook nog een glas of vijf sherry drinkt. Op zijn werk moet hij óók nog wel eens wat drinken. En daarmee zitten wij midden in de problemen. Deze problematiek zie ik de laatste jaren erg vaak.

In een gesprek met man en vrouw komen zij tot de conclusie, dat zij graag willen proberen meer zicht te krijgen op de achtergronden van onze onlustgevoelens. Zij willen dat doen in een groep paren met ongeveer dezelfde moeilijkheden. Hiertoe worden zij verwezen naar een bureau voor levens- en gezinsproblemen.

Wie doet de begeleiding?

Een aantal mensen wil liever niet door hun huisarts worden begeleid. Er zijn ook huisartsen die dat liever aan een internist overlaten. Om allerlei redenen kiezen sommige mensen ook wel eens voor een „specialist”. Immers, het is de vraag of de doorsnee internist beter in staat is mensen met hoge bloeddruk te begeleiden. Soms gaat het overigens alleen maar om wie de rekening moet betalen.

Er is echter een groeiend aantal mensen dat liever niet door een arts wil worden begeleid. Mensen kunnen terecht weerstanden hebben tegen het begeleiden. Zij associëren dat gemakkelijk met betutteling, afhankelijkheid, en onmacht. De hiërarchische structuur van de artsenwereld en het gebrek aan informatie doet vele mensen afzien van een begeleiding. Het lijkt soms ook wel of de betrokkenheid van de patiënt uitsluitend wordt vereist in het trouw innemen van de voorgeschreven geneesmiddelen. Men krijgt de indruk dat steeds meer mensen een instinctief verzet hebben tegen deskundigheidsbolwerken.

In een samenwerkingsverband in de eerste lijn van de gezondheidszorg kan de begeleiding van het verwerkingsproces ook worden overgedragen aan andere hulpverleners. Sommige mensen vinden dat prettig. Als er een goede samenwerking in het home-team is kan dat ook gemakkelijk. Maar ook daar rijzen steeds meer problemen. Het zou hier te ver voeren na te gaan waarom mensen zich bedreigd kunnen voelen door samenwerkende eerstelijnsverleners.

Als ik bij mijzelf naga of ik de laatste vijf jaren man en vrouw uit ons voorbeeld goed heb begeleid, kom ik tot de conclusie dat ik wat al te veel heb gelet op de verwerking van het rouwproces. Dat verliep zo soepel, dat het bijna een schoolvoorbeeld leek. Ik voel mij daar niet meer vervelend om. Het was hun

beslissing en in die fase van hun leven konden zij blijkbaar niet anders. Ik hoef niet elke verantwoordelijkheid op mij te nemen. Tegenwoordig is de kans erg groot, dat mensen ernstige problemen verdringen. Zowel voor mensen met een open relatie als voor hen, die niet zo goed met elkaar kunnen praten, is het moeilijk zich aan de gangbare trends te onttrekken.

Problemen door stoppen medicatie

Langdurige therapie wordt zelden zonder hapering genomen. Als je als huisarts merkt dat iemand zijn geneesmiddelen niet goed inneemt, moet je denken aan problemen in de verwerking van de handicap. Hoe langer hoe meer huisartsen geven hun patiënten met een langdurige therapie, kaarten waarop de medicatie wordt bijgehouden. Deze vorm van surveillance heeft voordelen. Sommige patiënten ervaren die echter als kinderachtig. Meestal kan ik hen overtuigen van het belang, omdat bijvoorbeeld bij een ongeval de behandelende arts daaruit kan lezen welke therapie de patiënt neemt.

Als de huisarts een goed contact met zijn patiënt heeft, kan het niettemin voorkomen dat de bijwerkingen van de geneesmiddelen zo lastig zijn dat de patiënt zijn geneesmiddelen laat staan, zonder dat de arts mee te delen. Als in het eerste jaar van de therapie een goede interactie tussen patiënt en huisarts tot stand is gekomen, doet zich dit probleem minder voor, denk ik. Bovendien is dan, als blijkt dat de patiënt de geneesmiddelen niet volgens voorschrift inneemt, deze kwestie gemakkelijker bespreekbaar.

Ook is het mogelijk dat relationele problemen het in de ogen van de patiënt verder zinloos maken nog langer door te gaan met de medicatie. Ik wil dat graag zien als een symptoom. Als huisarts krijg je de achterliggende problemen alleen bespreekbaar, als je de houding van de patiënt accepteert. Bestraffende toespraken over de gevolgen van het staken van de therapie, verwijderen de patiënt meestal van je.

Er zijn patiënten die je in een soort vaderrol willen dringen en van je verlangen dat jij hun geneesmiddelen-gebruik bewaakt. Ik vraag mij af of een dergelijke rol voor de huisarts lang te verdragen is. Dat hangt natuurlijk ook erg van de huisarts zelf af. Maar ook kun je je afvragen, of de patiënt ermee gediend is. Aan de andere kant kun je als huisarts niet verlangen, dat alle patiënten echt volwassen gedrag vertonen. Hoe dan ook het levenslang begeleiden van mensen met hoge bloeddruk gaat nooit ongecompliceerd.

Aan de hand van een voorbeeld uit mijn (1978) huisarts en wetenschap 21, 224

praktijk, heb ik een indruk willen geven van de vele aspecten die bij de „behandeling” van hypertensie een rol spelen. Het begeleiden van de processen die de patiënt en zijn partner doormaken vind ik belangrijker dan het meten van de bloeddruk zelf. Ook de patiënt zal beter met zijn handicap klaarkomen als hij zijn gevoelens ergens kwijt kan. Uiteraard heb ik slechts enkele aspecten besproken.

Samenvatting. 1978 is internationaal het hypertensie-jaar. Het N.H.I. en de Nederlandse Hartstichting beijveren zich om ieder op zijn manier de huisarts „bij te praten” wat zijn kennis over hoge bloeddruk betreft. Is dat nodig? Daarop geven de publikaties geen antwoord.

In dit artikel doe ik een poging vanuit de praktijk en aan de hand van praktijkvoorbeelden, enkele aspecten voor het voetlicht te halen, die bij een specialistische, vakgerichte benadering wat in de schaduw zijn gebleven.

Ik leg uit dat hoge bloeddruk meestal acuut in het leven van een mens komt. Dat is dan het begin van een levenslange handicap, een chronische ziekte. Er zijn veel meer ziekten die op zo'n manier mensen hun leven doen veranderen.

Als mensen worden getroffen door een chronische ziekte, of als zij dat ontdekken, of hun wordt meegedeeld, begint een verwerkingsproces. Zo'n proces kan vrijwel niemand zonder hulp van buiten goed doorlopen. In onze cultuur hebben wij vele rituele gedragscoden laten vallen. Daarmee moet iedereen proberen op zijn manier klaar te komen met een verandering in zijn leven, waarop hij niet had gerekend. Zo'n verwerkingsproces heeft alle kenmerken van een rouwproces. Iedereen doorloopt dat weliswaar op zijn eigen manier, maar er zijn voor iedereen herkenbare overeenkomsten.

Professionele hulpverleners, vooral eerstelijns hulpverleners, kennen deze processen zo langzamerhand goed. Een begeleiding van een patiënt met hoge bloeddruk en zijn partner kan mijns inziens dan ook het beste door een huisarts worden gedaan. De fasen welke een patiënt, die door een ernstige calamiteit wordt getroffen, doorloopt in het verwerkingsproces, beschrijf ik aan de hand van voorbeelden uit de praktijk.

Vele aspecten zijn door Chris Bruins in zijn artikel in het hypertensienummer van „Huisarts en praktijk” beschreven. Ik vul deze goede karakteristiek met voorbeelden aan. Ik probeer de lezer te laten zien wat in de praktijk de begeleiding van een hypertensie-patiënt betekent. In de relatie die de huisarts met zijn patiënt heeft of opbouwt, wordt een sfeer geschapen van een tweezijdige communicatie. De huisarts steunt zijn patiënt om zich te hervinden in zijn nieuwe situatie, en op zijn hoe-de te zijn voor signalen van hemzelf of van

zijn verwanten, die erop duiden dat het proces uit de hand loopt.

Het artikel is bedoeld als een uitdaging de discussie over belangrijke aspecten van de begeleiding van hypertensie-patiënten op gang te brengen. Het louter uitgaan van levensverwachtingen en een discussie die zich beperkt tot het bepalen van de grens van wie wel en wie niet ziek is, laat de mens met hoge bloeddruk in de kou staan.

Summary. Hypertensives and their family doctor. The year 1978 is the hypertension year. The Netherlands Institute of General Practice and the Netherlands Heart Foundation make concerted efforts to update the general practitioners' knowledge of hypertension. On the basis of examples from actual practice, this article attempts to highlight some aspects that have remained somewhat in shadows in a specialistic approach.

Hypertension usually makes an acute entry into an individual's life, and signifies the start of a lifelong handicap, a chronic illness. At that moment a mourning process begins which virtually nobody can live through without assistance. The family doctor is in the best position to give a hypertensive and his (her) partner guidance.

The article is intended as a challenge to start a discussion of important aspects of the guidance of hypertensives. Overemphasis of life expectancy and a discussion confined to determining the boundaries of illness leave the hypertensive „out in the cold”.

Dreisinger, L., Steingold en N. Wagner. Sex in the mid and late years, with special reference to cardiac problems. In: Sound sex and the aging heart. Human Sciences Press, New York, 1974.

Herzinfarkt und Sexualität. 10 supplement Sexualmedizin, Wiesbaden, 1976.

Huisarts en praktijk. Hypertensie, juni 1977.

Koster, M. en A. J. Dunning. Hypertensie, gids voor de huisarts. Amsterdam, Excerpta Medica, 1978.

Kübler-Ross, E. Lessen voor levenden, gesprekken met stervenden. Amboboeken, Bilthoven, 1971.

Moors, Jan. P. C. en anderen. Helpen bij seksuele moeilijkheden. N.H.G.-Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977.

Sex als je ziek bent, In: serie Relatie en seksualiteit. Van Loghum Slaterus, Deventer, verschijnt medio 1978.

Thiadens, A. en anderen. Sterven bij het leven. Baarn, 1974.

Werkscrift „Levenskunst” en Conceptwerkboek voor een cursus „Krisisverwerking en stervensbegeleiding” oktober 1977. Stichting Gezondheidsvoorlichting, Werkgroep 2000, Hooglandseweg 15, Amersfoort.

Met dank voor hun opmerkingen aan: Aad Bartels; Chris Bruins; Kees de Geus; Zeger de Jong; Mariëtte Moors-Mommers en Willem van Veen.