

Samenvatting. Anemie is geen frequent voorkomende aandoening in de huisartspraktijk. Meting van het hemoglobinegehalte wordt vaak door patiënt en arts bij allerlei vage klachten noodzakelijk geacht, terwijl de relatie tussen de klachten en een eventueel laag hemoglobinegehalte op zijn minst twijfelachtig is. De meting van het hemoglobinegehalte is niet nauwkeurig; afspraken over de grenswaarden verschillen van arts tot arts. Door anamnese en eenvoudig onderzoek kan de huisarts zich, op geleide van leeftijd en geslacht van de patiënt, oriënteren over de eventuele oorzaak van de gevonden „bloedarmoede“.

Summary. Anaemia. Anaemia is not a condition frequently encountered in general practice. Both patient and physician often regard determination of the haemoglobin level as necessary in the face of a wide diversity of vague complaints; but the correlation between the complaints and a possibly low haemoglobin value is dubious, to say the least. Determination of the haemoglobin level is not an exact procedure, and accepted borderline values differ with different physicians. Guided by the patient's age and sex, the general practitioner can gain an impression of the possible cause of the anaemia by means of the history and a simple examination.

Elwood, P. C. Epidemiology and management of deficiency anemias. (1972) *Update* 2, 123-128.

Fiekers, M. en H. Logister. Anemie, praktische wenken voor de diagnostiek in het algemeen en voor de behandeling van anemie in het bijzonder. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1814-1818.

Huygen, F. J. A. en B. G. W. Schreurs. Huisarts en wijkverpleegster; proefneming met een eenvoudig gezamenlijk te verrichten bejaardenonderzoek. (1972) *Huisarts en Wetenschap* 15, 41-46.

Markus, H. J. M., H. J. M. van den Hoogen en F. J. A. Huygen. De betrouwbaarheid van hemoglobinebepalingen in de huisartspraktijk. (1981) *Huisarts en Wetenschap* 24, 47-51.

Deelnemers aan deze Huisartsgeneeskundige conferenties zijn: J. F. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. M. Becking, W. J. H. M. van den Bosch, Dr. H. J. F. M. Crebolder, J. P. van Dam, C. J. Erdman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Dr. W. J. J. Lichtenberg, E. H. van de Lisdonk, P. Mesker, J. L. M. Mesker-Niessen, H. A. Nolet, J. W. van Ree, J. W. G. Schellekens, Dr. L. M. de Sonaville, V. C. L. M. G. Tielens, Dr. H. G. M. van der Velden, J. M. T. Versteegen, Th. B. Voorn, J. T. N. Weijtens, P. de Winter en R. G. Zwart, allen huisarts en verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Uit de praktijk

De patiënten-informatiefolder

Een voorbeeld van onvoldoende integratie in de eerste lijn

De 68-jarige Mevrouw G. en ik kennen elkaar bijna twintig jaar. Levend vanuit strakke normen is zij streng voor zichzelf en anderen, waardoor zij nogal eens botst met haar naasten. Haar emoties hierover zijn herhaaldelijk onderwerp van gesprek tussen ons.

Zij komt nu op mijn spreekuur met klachten over moeheid, duizelingen en hartkloppingen. Bij inspanning is er een wat beklemd, pijnlijk gevoel op de borst. Dit bestaat enkele dagen. Zij vindt de rem op haar dagelijkse werkzaamheden vervelend en maakt zich er zorgen over, dat de klachten blijven voortduren. Haar gelaatskleur is wat bleker dan anders en zij is licht kortademig.

H. A. NOLET*

Drie maanden geleden zag ik haar met acuut boezemfibrilleren, dat een week later spontaan verdwenen was. Een oorzaak was toen niet te vinden, geen soufflé aan het hart, normale bloeddruk, geen misbruik van koffie of sigaretten, geen gebruik van medicamenten. Ook nu is de pols totaal irregulair met een frequentie van 138 per minuut. Er is geen polsdeficit.

Ik leg haar uit, in eenvoudiger woorden, hoe kleine gebiedjes in het myocard die minder goed doorbloed worden, bij iets slechtere bloedvoorziening als ectopisch centrum gaan functioneren, hoe deze ritmestoornis door te hoge kamerefrequentie klachten veroorzaakt en soms zelfs tot ernstige verschijnselen aanleiding geeft, zoals angina pectoris en asthma cardiale; dat het mij nuttig lijkt haar aandoening te beteugelen met een medicament, voorlopig gedurende enkele maanden, en dat ik de hoop koester, dat, door betere regulering van de bloeddorstroming, de onderliggende oorzaak van de ritmestoornis verdwijnt. Zij zegt het nut van deze maatregel in te zien. Omdat de dosering van het medicament voor iedereen verschillend is, een te lage dosis geen effect

heeft en een te hoge dosis geleidelijk tot ongewenste bijwerkingen voert, spreken we een regelmatige controle af. Zij gaat graag akkoord. Ik geef haar een recept mee voor digoxine (*Formularium Nijmegen*). Tien dagen later belt zij mij op: zij maakt het goed.

„Fijn“.

Maar de tabletten heeft zij niet ingenomen, de patiënten-informatiefolder somt zoveel nare bijwerkingen op, dat het haar raadzaam voorkwam het doosje ongeopend te laten.

„O ja?“

„Ja.“

„We zullen er nog eens over praten.“

„Dat is goed.“

„Tot ziens.“

Als we compliance omschrijven als „the extent to which the patients behaviour coincides with medical or health advice“ (*O' Hanrahan and O'Malley*), zitten we hier op het punt van absolute non-compliance. Bij mij rijzen alsnog twee vragen. De eerste is een medische: was het klinisch zinvol een patiënt met bovenbeschreven aandoening te digitaliseren? De tweede vraag noopt mij de hand in eigen boezem te steken: schort er iets aan mijn voorschrijfgedrag?

Het nut van digitalisatie bij boezemfibrilleren

De therapie van boezemfibrilleren is afhankelijk van de circulatoire toestand van de patiënt. Wanneer de kamerefrequentie in rust boven de 100/minuut stijgt, blijkt het hart minder effectief te werken. Er bestaat dan gevaar voor decompensatio cordis.

Een ander risico van boezemfibrilleren is, dat bij langer voortduren en daarnaast een vergroot hart er een verhoogde kans is op het ontstaan van een thrombusmassa in de boezem, van waaruit embolieën in de grote en kleine circulatie kunnen voortkomen. Dit is de reden, dat in dergelijke gevallen vrijwel iedereen bij digitalisering antistolling noodzakelijk acht, indien althans het boezemfibrilleren langer dan twee weken bestaat (*Nolet en Prick*).

Van digitalis zijn de belangrijkste werkingen een positief inotropo effect en vertraging van de geleiding in de atrio-ventriculaire knoop door verlenging van de refractaire periode in deze knoop (*Van Zwieten*). Wanneer de hartspier faalt, wordt gebruik gemaakt van het

* Huisarts te Nijmegen.

positief inotropoep effect van digitalis. In geval van bijvoorbeeld boezemfibrilleren met een kamerefrequentie boven de honderd per minuut, wordt digitalis toegediend vanwege de vertraging van de geleiding in de atrieventriculaire knoop; de ventrikelfrequentie neemt daardoor af. Weliswaar wordt de onregelmatigheid van de hartslag door toediening van digitalis niet behandeld, maar wel wordt de kamerefrequentie voldoende teruggedrongen. Met tijdige digitalisatie streeft men er naar decompensatio cordis te voorkomen, eventuele forward failure op te heffen en de risico's van antistolling te ontlopen. Alles bijeen zijn er inderdaad voldoende klinische argumenten onze patiënte te digitaliseren. De kans dat zij wederom spontaan herstelt, is geen steekhoudend argument om digitalisatie achterwege te laten, omdat paroxysmaal boezemfibrilleren vaak overgaat in permanent boezemfibrilleren.

Het voorschrijfgedrag

Goed voorschrijfgedrag, met als gevolg mogelijk een betere compliance, omvat een aantal zaken. Voorop staat, dat arts en patiënt het erover eens zijn, waarvoor de patiënt komt, welke de redenen zijn die de patiënt nu hulp doen zoeken. Blijkt bijvoorbeeld dat hij komt alleen voor geruststelling, dan is het geven van een recept geen logische consequentie. Een klakkeloos voorgeschreven recept wil de patiënt uit beleefdheid misschien nog wel accepteren, maar of hij daarmee ook consciëntieus te werk zal gaan, is op zijn minst twijfelachtig.

Dan moet duidelijk zijn, impliciet en zo nodig expliciet, dat de patiënt de arts aanvaardt als deskundige, met andere woorden, dat hij diens diagnose accepteert als passend bij hem.

Hierna komt het gezamenlijk opstellen van een handelingsplan. Dit houdt in, dat de arts de nodige kennis heeft en voorlichting kan geven over kwaal, te verwachten beloop en eventuele medicatie. Ten aanzien van dit laatste, het geneesmiddel, is er het wikken en wegen van de bekende vier vragen:

- is een medicament nodig?
- is het werkzaam?
- is het veilig?
- is het economisch verantwoord?

Zover gekomen kan de patiënt nagaan waartoe hij met betrekking tot de therapie wel en niet bereid is.

Bij het schrijven van het recept houdt de arts tenslotte rekening met de realiteit, dat innemen van medicamenten door dagindeling, vergeetachtigheid en der-

gelijke niet altijd juist gebeurt; in vele gevallen zal de conclusie zijn, dat een realistische farmacotherapie een beter rendement oplevert dan een rationele farmacotherapie, bijvoorbeeld eenmalige dosis in plaats van meermalen daags of de prikpil in plaats van orale anticonceptiva.

Zo beschouwd zegt de mate van compliance niet alleen iets over therapietrouw van de patiënt, maar waarschijnlijk meer over de werkwijze van de arts, reden om de gang van zaken bij onze patiënte nog eens onder de loupe te nemen.

Kritiek valt te leveren op de onvolledigheid van mijn voorlichting. Wel heb ik haar met betrekking tot het ziektebeeld uitgelegd, dat insufficiënte bloeddor-

stroming haar klachten veroorzaakt en dat een progressie niet tot de onmogelijkheden behoort, niet daarentegen heb ik gezegd, dat mijn voorstel met medicamenten te beginnen mede werd gedaan om de kans op een embolie te verkleinen. Deze bedreigende waarheid leek mij kwetsend, schadelijk voor het welzijn van patiënt. In het wikken en wegen ten aanzien van al of niet medicatie is zodoende welbewust zwaar geofferd.

Kritiek is tevens te geven op de voorlichting met betrekking tot de veiligheid van het medicament. Ook hier heb ik mijn argumenten waarom dit niet is gedaan: patiënte vraagt er niet naar, en waar de belangrijkste bijwerkingen berusten op overdosering, lijkt het ge-

PATIËNTEN-INFORMATIEFOLDER

24



Digoxine-tabletten

Samenstelling

Deze tabletten bevatten als werkzaam bestanddeel digoxine.*)

Gebruik en werking

Deze tabletten worden gebruikt bij hartzwakte en bij ritmestoornissen van het hart.

Bijwerkingen

De volgende bijwerkingen kunnen optreden: misselijkheid, braken, diarree, hartkloppingen, hoofdpijn, duizeligheid, verwardheid, gebrek aan eetlust en slecht zien. Deze bijwerkingen treden vooral op bij hoge doseringen en kunnen eveneens in de hand worden gewerkt wanneer dit middel wordt gebruikt in combinatie met bepaalde vochtuitdrijvende tabletten (plastabletten).

Speciale vermeldingen

Houdt u strikt aan de voorgeschreven dosering!

Als een van de bovengenoemde bijwerkingen toch optreedt, neem dan contact op met uw arts.

*) Digoxine-tabletten volgens het Formularium der Nederlandse Apothekers bevatten per tablet 0,25 mg digoxine.

24

Deze informatiefolder is uitgegeven door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie in samenwerking met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

F34 78.08.300

wenst de vloed van informatie te spreiden over de komende afgesproken ontmoetingen. Ondanks goede overwegingen blijkt dit een ommissie van doorslaggevende betekenis, niet zozeer omdat ik in voorschrijfgedrag te kort schiet, maar omdat ik het uitreiken van een patiënten-informatiefolder door de apotheker over het hoofd zie.

Patiënten-informatiefolder

„Een verschijnsel blijft onverklaarbaar, zolang het gezichtsveld niet breed genoeg is om de context in te sluiten waarin het optreedt.”

Paul Watzlawick

Objectief gezien bevatten de patiënten-informatiefolders (inmiddels zestig in getal) reële informatie. In leesbare taal krijgt de consument inlichtingen over veelgebruikte medicamenten en wordt hij gewaarschuwd voor risico's die aan gebruik gekoppeld zijn. Uiteraard zijn hier en daar verbeteringen mogelijk. Zo is de opmerking in folder 24 „Deze bijwerkingen treden vooral op bij hoge doseringen...” te weinig genuanceerd, evenals het bevel „Houdt U strikt aan de voorgeschreven dosering”. Mijn bezwaar richt zich op de context waarbinnen de folder gebruikt wordt. Hij wordt ongevraagd afgeleverd tezamen met medicamenten op recept, het recept dat binnen het voorschrijfgedrag als het ware de bezegeling is van een contract tussen arts en patiënt. Ervan uitgaande dat het vooral is „the doctor-patient interaction, which is of great importance in determining the patients response to recommended treatment” (O'Hanrahan and O'Malley) kan de folder als een ongewenste interventie functioneren. Dit is zeker ongewenst in die gevallen, waarin naar de huidig gangbare maatstaven medicamenteuze therapie voor de patiënt ten faveure is. De invloed van de folder zal groter zijn bij patiënten die met een therapie gaan starten. Mijn patiënte is een voorbeeld met een goede afloop. Dat neemt niet weg, dat de samenwerking tussen huisarts en apotheker herzien moet worden.

Formularium Nijmegen. *Formularium Commissie Nijmegen*, 1981.

Nolet, H. A. en M. F. A. Prick-Slothouwer. De schijnzekerheid bij antistolling. (1978) *Huisarts en Wetenschap* 21. 147.

O'Hanrahan, M. and K. O'Malley. Compliance with drug treatment. (1981) *Brit. Med. J.* II, 298.

Zwieten, P. A. van. Hartglycosiden – de huidige stand van zaken. (1977) *Hartbulletin* 8, 81-88.

Faculteit en eerste lijn in Beersjeba

DR. R. S. TEN CATE

Juist in een tijd dat in Nederland de eerstelijns gezondheidszorg sterk in de belangstelling staat, is het belangrijk kennis te nemen van de wijze waarop elders de opleiding wordt afgestemd op de behoeften in het veld. De auteur van dit verslag, als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan de vakgroep Huisarts-geneeskunde van de Rijksuniversiteit Leiden, bezocht in december 1980 de medische faculteit van Beersjeba, samen met tien leden van de medische faculteit van Maastricht.

Inleiding

In Israël, dat qua oppervlakte (exclusief de Sinai) te vergelijken is met Nederland, zijn vier medische faculteiten, in Jerusalem, in Tel Aviv, in Haifa en Beersjeba. Zoals op de kaart te zien is, ligt Beersjeba in het noordelijk deel van de Negev-woestijn. Ten zuidwesten van de Negev strekt zich de Sinai-woestijn uit, die in de loop van de volgende jaren aan Egypte zal worden teruggegeven. De medische faculteit van Beersjeba is ongeveer gelijktijdig met die van Maastricht in 1974 gestart, heeft een curriculum van zes jaar en heeft dus evenals Maastricht in 1980 de eerste artsen afgeleverd. Twee andere overeenkomsten met de medische faculteit in Maastricht zijn, dat beide min of meer zijn gebaseerd op denkbeelden van de McMaster Universiteit te Hamilton, en dat beide een opleiding voorstaan waarin veel aandacht wordt besteed aan de eerstelijns geneeskunde.

In hoeverre Maastricht aan deze laatste intentie heeft voldaan, is uitgebreid ter sprake gekomen tijdens het symposium *Faculteit en eerste lijn* van 20 en 21 november 1980 en daarna in publikaties van *Bol* en *Greep*. Ik ga hier in dit artikel niet verder op in. Dat aandacht voor de eerste lijn in Beersjeba een hoofddoelstelling was, hoeft geen verwondering te baren; aan de eerstelijns gezondheidszorg ontleent de medische faculteit van Beersjeba eigenlijk haar bestaansrecht. Dit blijkt ook duidelijk uit de doelstellingen, zoals deze door de faculteit zijn omschreven:

• Een geïntegreerd programma te ont-

wikkelen voor het verschaffen van preventieve, curatieve en „rehabilitatieve” gezondheidszorg in het gehele gebied van de Negev.

- Het integreren van dit gezondheidszorgsysteem met de medische faculteit onder één leidinggevende organisatie.
- Het opleiden in deze setting van een nieuw type studenten, die van plan zijn in een dergelijk geïntegreerd „hospital/community health care system” te gaan werken.

Gezondheidszorg in de Negev

De Negev beslaat ongeveer de helft van de oppervlakte van Israël en heeft een tiende van de totale bevolking van dit land (ongeveer 400.000 inwoners). Terwijl het noordelijke deel van Israël dus redelijk dicht is bevolkt (circa 3,5 miljoen inwoners op een oppervlakte ongeveer gelijk aan de helft van Nederland) en voor een groot deel in cultuur is gebracht, is de Negev een slechts hier en daar ontgonnen gebied met veertig à vijftig woonkernen, waartussen zich een aantal nomadenstammen (Bedoeïnen) bewegen. In het oosten wordt de Negev begrensd door de Dode Zee en de grens met Jordanië, in het westen door de Gaza-strook en de Middellandse Zee en in het zuidwesten door de Sinai. In dit gebied liggen slechts drie steden van enige importantie, de hoofdstad Beersjeba – met ongeveer 135.000 inwoners de grootste –, Eilat en Askalon.

De gezondheidszorg in dit gebied is op dezelfde wijze opgebouwd als elders in Israël. Een belangrijke rol speelt het ziekenfonds van de vakbonden, de Ku-