

Anemie

In het artikel 'Richtlijnen voor de analyse van chronische anemie bij oudere mensen'¹ ontbreekt in de paragraaf 'Microcytaire anemieën' de regelmatig voorkomende Fe-resorptiestoornis in de dunne darm als belangrijke oorzaak voor de ijzerebreksanemie. Deze oorzaak wordt vaak niet herkend, zodat vaak tevergeefs orale Fe-therapie wordt voorgeschreven, terwijl alleen parentale Fe-therapie in aanmerking komt.

R. Kamerling, arts,
Mariënhaven, Warmond

¹ Haak HL, Hagesteijn-Pezie NA. Richtlijnen voor de analyse van chronische anemie bij oudere mensen. Huisarts Wet 1988; 31: 14-7.

Naschrift

Het is juist dat ijzerebrek kan worden veroorzaakt door een verminderde resorptie. In de literatuur worden status na gastrectomie, coeliakie en morbus Crohn als mogelijke oorzaken genoemd. Het is bekend dat de opname van ijzer plaatsvindt in het duodenum en het bovenste deel van het jejunum. Deze is mogelijk zolang het ijzer in dit deel van de darm aanwezig is in opgeloste tweewaardige vorm of als klein moleculaire absorbeerbare ijzercomplexen. Een aantal bestanddelen in de voeding, zoals reducerende stoffen, fyten, tannine en polyfenolen, bepalen in hoge mate de absorptie. Het meeste voedsel ijzer is in driewaardige vorm aanwezig en kan zonder reductie door maagzuur niet worden geabsorbeerd.

Algemeen wordt geadviseerd om bij ijzerebrekanemieën te starten met orale ijzertherapie. Wanneer hierbij het hemoglobinegehalte niet stijgt, is de diagnose onjuist (bijvoorbeeld 'anemia of chronic disorders' in plaats van ijzerebreksanemie), het verlies van ijzer groter dan het aanbod (bijvoorbeeld bij doorgaand gastro-intestinaal bloedverlies) of is er sprake van een ontoereikende ijzeropname. Therapie-ontrouw wordt hierbij als de meest voorkomende oorzaak genoemd. Een resorptiestoornis is slechts zelden de enige oorzaak van een ijzerebreksanemie.

In de ons ter beschikking staande

literatuur konden wij geen opgave vinden van de prevalentie van ijzermalabsorptie. Wel is aangetoond dat de absorptie van tweewaardig ijzer bij ouderen niet verschilt van die bij jongeren.¹

In het rapport heeft de werkgroep geen uitspraak gedaan op de vraag wanneer men tot het geven van parentale ijzertherapie moet overgaan. Bij het mislukken van orale ijzertherapie lijkt het voor de hand te liggen eerst de diagnostiek verder uit te breiden in de richting van 'bloedverlies' en 'chronische ontsteking' voordat men besluit dat er sprake is van een ijzerebreksanemie en overgaat tot het geven van ijzer parentaal.

R.B. Dinkelaar,
Dr. H.L. Haak

¹ Markx JMM. De absorptie van ijzer bij bejaarden [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1979.

Simulatie 1

Met interesse heb ik het stuk van *Rethans en Van Boven*¹ gelezen. Afgezien van de ethische problematiek, waarover ik geen oordeel wil uitspreken, lijkt de gevolgde methode voor een aantal onderwerpen niet alleen geschikt om betrouwbare informatie over het handelen in de praktijksituatie te krijgen, maar ook om als toetsinstrument te dienen.

Bij de beschouwing van de auteurs heb ik echter een vraag. Zij zeggen: 'Wij hebben dan ook geen reden om aan te nemen dat speciaal deze huisartsen slechte medische zorg zouden verlenen' en onderbouwen deze uitspraak met de mededeling dat de onderzochte groep bestaat uit huisartsen die voldoen aan de criteria die opleidingen voor dokters-assistenten stellen. In de eerste plaats lijkt mij de conclusie uit deze koppeling onjuist. Wanneer er criteria zouden zijn voor opleidingspraktijken voor dokters-assistenten, betekent dit niet per se dat hiermee iets is te zeggen over het niveau van de medische zorg.

Maar helaas bestaan deze criteria nog niet. Het enige mij bekende criterium (waaraan echter nogal eens niet wordt voldaan) is dat er een (gediplomeerde) doktersassistente in de praktijk aanwe-

zig moet zijn. Misschien hebben de opleidingen waarmee de auteurs samenwerken, wel criteria opgesteld die aan de PCD of de Landelijke Examen Commissie van het MDGO-AG onbekend zijn. In dat geval zie ik daarover graag bericht tegemoet teneinde deze criteria ook landelijk ingang te doen vinden.

Dr. R.S. ten Cate

¹ Rethans JJ, Van Boven C. De dokter onderzocht. Simulatiepatiënten met medietklachten op het spreekuur van de huisarts. Huisarts Wet 1988; 31: 3-11.

Simulatie 2

In aansluiting aan het artikel 'De dokter onderzocht'¹ lijkt het mij nuttig een ervaring te rapporteren die ik onlangs met een simulatiepatiënt opdeed. Het gebeurde tijdens een bijeenkomst 'Mensbeeld in de anamnese', georganiseerd door de werkgroep 'Gamma' van de medische studenten te Utrecht, waarin drie verschillende artsen, ieder met een eigen filosofisch-levensbeschouwelijke achtergrond, in een collegezaal een simulatiepatiënt interviewden. De beide andere deelnemers waren een homeopaat en een arts die in een Vrouwengezondheidscentrum werkt; ik was uitgenodigd op grond van mijn interesse in de biografische invalshoek bij ziekte en ziektebeleving, in het bijzonder vanuit antroposofisch perspectief. Van tevoren was ons gezegd dat het om een simulatiepatiënte zou gaan, uiteraard zonder enige nadere aanduiding over de aard van de klacht waarmee zij zich zou presenteren; omgekeerd wist de patiënte niet vanuit welke speciale optiek wij onze anamnese zouden afnemen. Het doel van de bijeenkomst was een bijdrage te geven tot verheldering en explicitering van de veelal niet of slechts zeer ten dele bewuste opvattingen omtrent de mens (het 'mensbeeld') die ieder mens, ook de arts, in zijn omgang met medemensen c.q. patiënten hanteert.

De patiënte, een getrainde en ervaren vrouw van circa 40 jaar, kwam met een klacht over hartritme stoornissen die, zoals in het nagesprek bleek, bedoeld waren zuiver functioneel van aard te

zijn. Deze specifieke klacht werd vlot verteld en dit deel van de anamnese verliep geheel volgens de instructie. Daarna nam het gesprek een enigszins andere wending. De patiënte was namelijk niet geïnstrueerd om in te spelen op een uitvoerige biografische anamnese en had dus geen ingestudeerd verhaal klaar als antwoord op de vrij gedetailleerde vragen die ik haar in deze context stelde. Om het spel toch zo goed mogelijk mee te spelen, ging ze mijn vragen beantwoorden op geleide van haar eigen feitelijke levensloop. Deze reactie ligt uiteraard voor de hand, aangezien het, zeker in de gestileerde omgeving van een volle collegezaal, onbegonnen werk is om ter plaatse improviserend een coherente biografie te verzinnen.

De plotselinge authenticiteit in de antwoorden die de patiënte gaf op mijn vragen, had echter één neveneffect in de vorm van een andere innerlijke reactie op die antwoorden. Op het moment zelf was ik -niet wetend dat een verhaal waarvan ik wist dat het verzonnen was, overging in een authentiek verhaal - nogal onzeker over dit verschil. Pas achteraf, toen patiënte in het nagesprek vertelde wat er gebeurd was, werd mij duidelijk dat ik, niet geheel bewust, het verschil tussen fictie en feit in het verhaal geregistreerd had.

Ervaringen als deze komen hoogst waarschijnlijk veel vaker voor. Ze bieden waardevol 'oefenmateriaal' om een van de meest waardevolle diagnostische 'instrumenten', de getrainde zelfobservatie tijdens het gesprek met de patiënt, systematisch verder te ontwikkelen.

H.S. Verbrugh

¹ Rethans JJ, Van Boven C. De dokter onderzocht. Simulatiepatiënten met mic-tieklachten op het spreekuur van de huisarts. Huisarts Wet 1988; 31: 3-11.

Naschrift

Bij wet zijn er twee bepalingen vastgesteld ten aanzien van de relatie tussen een doktersassistentenopleiding en de praktijk waar de stagiaire stage loopt. Ten eerste moet er een officiële samenwerkingsovereenkomst gesloten zijn voor iedere individuele stagiaire tussen de school en de stageverlenende huis-

arts; deze omvat onder meer werktijden en inhoud van de begeleiding.

Wij spraken in ons artikel inderdaad over criteria en Ten Cate heeft gelijk als hij stelt dat die er niet zijn, uitgezonderd de hiervoor vermelde bepalingen. Wel heeft de opleiding waar wij mee samenwerken, impliciete criteria ten aanzien van stageverlenende huisartsen. Deze zijn vooral tot stand gekomen door goede of slechte ervaringen met huisartsen die eerder stage verleenden. Wij hadden in ons artikel correcter moeten formuleren dat de deelnemende huisartsen niet aan expliciete criteria voldeden. Belangrijkste conclusie uit onze redenering was dat de onderzochte groep huisartsen zich niet van te voren in negatieve zin onderscheidde. In het licht van het voorgaande menen wij toch dat deze gehandhaafd kan blijven.

Verbrugh stipt een belangrijk probleem aan. Het is erg moeilijk om een simulatiepatiënt zo uitgebreid op zijn rol voor te bereiden dat hij elke benadering die de te bezoeken arts kan hanteren volledig kan 'volgen'. Deze diepgang van training zal in belangrijke mate volgen uit de aard van de klacht, maar zal inderdaad ook afhangen van de filosofie van de te bezoeken arts. Toch moet een gedegen training van de patiënt, ook op grond van eerdere ervaringen, hier de oplossing brengen.

De opmerking van Verbrugh dat ervaringen zoals hij die had zeer waardevol zijn, kunnen wij alleen maar beamen. Wel is het zo dat hij die ervaring kreeg in een situatie waarbij het hem duidelijk was dat hij met een simulatiepatiënt te maken had, terwijl de onderzochte groep artsen dit juist niet wist. Hierdoor kon Verbrugh het verschil tussen authentiek en gespeeld gedrag eerder ontdekken.

Jan-Joost Rethans
Cees van Boven

Twee bijdragen uit het Jaarverslag 1986 van het Amsterdams Peilstation Project. 'Verzoek om euthanasie' is van de hand van J.C.M. van Wieringen, 'Consult AIDS' van de hand van H. Moerkerk.

Verzoek om euthanasie

De laatste jaren is de euthanasie in de openbaarheid gebracht. In 1985 verscheen het rapport van de Staatscommissie euthanasie. Volgens de commissie zou euthanasie plegen ongestraft kunnen blijven, wanneer de zieke in een uitzichtloze noodsituatie verkeert en wanneer (volgens vier leden) zijn overlijden onafwendbaar aanstaande is.¹ Overigens heeft het kabinet in augustus 1987 zijn standpunt bekend gemaakt, dat inhoudt dat het Wetboek van Strafrecht ongewijzigd blijft ten aanzien van strafbaarheid van euthanasie.

In een ten behoeve van de Staatscommissie gemaakte notitie over de beschikbaarheid van (onderzoeks)gegevens wordt als conclusie gesteld dat onderzoek naar euthanasie moeilijk en schaars is. De enig beschikbare gegevens zijn die van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland, waarbij sinds 1976 het verzoek tot toepassen van actieve euthanasie wordt geregistreerd, en die van de huisartsenpeilstations in Den Haag uit 1985 en 1986.²⁻⁴

Door sommigen wordt verondersteld dat iedere huisarts gemiddeld eenmaal per jaar euthanasie pleegt. Het leek vooralsnog niet haalbaar dit *handelen* te registreren. Besloten werd te beginnen

Figuur 1 Incidentie 'verzoek om euthanasie' in 1986 naar leeftijd en geslacht. Aantallen per 10.000 per jaar.

