ben voor de werkdruk van de zorgleverende huisartsen is prima, maar wij hebben liever ondersteuning en uitbreiding van de bestaande structuur en ik denk niet dat het hier om een unieke situatie gaat!

Stijn van den Broek

Medisch callcenter 4

Over het callcenter van Achmea heb ik vanuit het veld (inspectie, NHG, LHV) weinig positief commentaar gehoord of gezien. Graag wil ik als gebruiker enig commentaar geven.

De telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk is vaak slecht en de belasting voor de praktijk is groot. Aan de assistente gedelegeerde taken zijn nauwelijks uitvoerbaar als de praktijk de gehele dag rechtstreeks telefonisch bereikbaar moet zijn. Huisartsenpraktijken kennen geen kwaliteitsbeleid; hun organisatorisch handelen is weinig transparant en er is geen controle van buitenaf. Allemaal zaken waarin een professionele organisatie als het callcenter kan en moet voorzien. Na mijn deelname aan de pilot medio 2002 besloot ik niet meer van het callcenter gebruik te maken. Sinds juli 2003 heb ik het callcenter echter in 'de daluren' weer ingeschakeld. 's Morgens en tussen de middag nemen wij de telefoon op voor het maken van afspraken en het telefonisch spreekuur.

Door de rapportage via fax en telefoon kan ik het handelen van het callcenter volgens mij prima controleren. De gegeven zelfzorgadviezen zijn over het algemeen van een behoorlijk niveau en patiënten zijn er tevreden over. Als bij een patiëntencontact de voorgeschiedenis relevant blijkt, is de praktijk eenvoudig bereikbaar.

Patiënten triageren ook zelf. Zij weten meestal waarvoor zij bellen: een afspraak, een telefonisch advies of hulp bij een spoedgeval. Mijn ervaringen met het callcenter bij spoedgevallen zijn uitstekend. De praktijk kan nog wel eens in gesprek zijn, het callcenter heeft altijd voldoende lijnen open. Als ik hetzelfde serviceniveau in de praktijk zou moeten organiseren, zou dit aanzienlijk meer kosten en een complexe organisatie vergen.

Alles wat nieuw is heeft kinderziektes, dat heb ik tijdens de pilot gemerkt. Om de huisartsenzorg overeind te houden zijn innovatieve ideeën noodzakelijk. Waarom is men daar zo bang voor?

K. Meijer

NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode

De NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode besteedt duidelijk aandacht aan de verhoogde ijzerbehoefte in de zwangerschap.[1] De afkappunten in eerste en tweede trimester voor hemoglobine (Hb) zijn conform internationale richtlijnen: 6,8 en 6,5 mmol/l, rekening houdend met de hemodilutie in de zwangerschap. Het is niet duidelijk waarom vervolgens geen rekening wordt gehouden met de hemoconcentratie die daarop volgt in het derde trimester.

Conform de standaard geeft een Hb >6,5 mmol/l aan het einde van de zwangerschap en post partum pas aanleiding tot actie. Dit betekent dat veel vrouwen onnodig in suboptimale conditie aan de veeleisende kraamperiode beginnen. Fysieke conditie is direct evenredig met het hemoglobinegehalte: de toename van de hartslag van vrouwen met een Hb van 6,5 mmol/l is 17% ten opzichte van vrouwen met een Hb >8,1 mmol/l. Van de groep vrouwen met een Hb >8,1 mmol/l volbrengt 100% een maximale tredmolenarbeid, terwijl slechts 50% van een groep vrouwen met een Hb van 6,5 mmol/l deze prestatie weet te leveren.[2] Daarnaast is recentelijk aangetoond dat vrouwen met een normaal Hb maar geringe ijzerreserve (ferritine <50 µg/l) na ijzersuppletie minder moe zijn, gemeten op een tienpunts visuele analoge schaal.[3]

Er is dus alle reden om ook aan het einde van de zwangerschap en post partum te streven naar een voldoende ijzerreserve en een Hb van ten minste 7,5 mmol/l, het gangbare afkappunt voor anemie bij niet-zwangere vrouwen.

W.E. Elion-Gerritzen, klinisch chemicus

1 Oldenziel JH, Flikweert S, Daemers DOA, Groenendijk B, Lo Fo Wong SH, Wiersma Tj. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Huisarts Wet 2003;46:369-87.

2 Gardner GW, Edgerton R, Senewiratne R, Barnard J, Ohira Y. Physical work capacity and metabolic stress in subjects with iron deficiency anaemia. Am J Clin Nutr 1977;30:910-7.

3 Verdon F, Burnand B, Fallab Stubi C-L, Bonard C, Graff M, Michaud A, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: double blind randomised placebo controlled trial. Brit Med J 2003;326:1124-6.

Antwoord

Elion-Gerritzen vraagt waarom de gehanteerde afkappunten bij de hemoglobinebepaling geen rekening houden met de hemoconcentratie in het laatste trimester van de zwangerschap. Ons inziens maakt zij een verkeerde aanname. De 'vertrouwde' normaalwaarden van het hemoglobinegehalte gedurende de zwangerschap zijn voornamelijk totstandgekomen in populaties waar zwangeren routinematig ijzer innamen. Heringa heeft aangetoond dat het normale Hb-verloop gedurende de zwangerschap *met* (routinematige) ijzerinname anders verloopt dan *zonder*. Wanneer zwangeren geen ijzer innemen, blijft een stijging van het hemoglobinegehalte in het derde trimester uit.[1]

In het vervolg van haar betoog gebruikt ze twee onderzoeken onder *niet-zwangere vrouwen* in zeer specifieke situaties. Deze zijn niet toepasbaar voor de eerstelijns Nederlandse zwangerenpopulatie. De KNOV-standaard 'Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk' besteedt veel aandacht aan de relatie tussen Hb-waarden en/of ijzerinname enerzijds en klachten en welbevinden van vrouwen anderzijds. Vermoeidheid in de zwangerschap blijkt nauwelijks gerelateerd aan een laag hemoglobinegehalte. IJzersuppletie leidt dan ook lang niet altijd tot verbetering van de klachten.[2] De kern van ons meningsverschil ligt bij de vaststelling dat wat we altijd als een 'laag' Hb bij zwangeren en kraamvrouwen hebben geïnterpreteerd, in de meeste gevallen niet overeenkomt met de diagnose 'ijzer-