

lijk, dat deze casus op het ogenblik zo ligt, dat wij, zonder een aanvullend onderzoek naar de antecedenten van de vrouw en haar familie, ons geen volledig beeld kunnen vormen.

*Arts II:* Ja, maar wat wij wel duidelijk mogen stellen is, dat de wens van de vrouw om naar de vroeger woonplaats terug te keren heel verklaarbaar is wanneer wij de beschrijving van haar persoonlijkheid horen.

*Psycholoog:* Ik zie toch wel bezwaren tegen het adviseren van de verhuizing als een therapeutische maatregel. Wij hebben gezien, dat de vrouw een infantiel gedragspatroon vertoont, erg afhankelijk is van de steun van anderen. Door de ziekte van haar man kan zij van hem in haar moeilijkheden weinig steun verwachten, terwijl zij vroeger waarschijnlijk juist zo sterk op hem leunde. Wanneer zij nu elders woont, zal zij in elk geval voor hulp en raad helemaal op haar eigen familie zijn aangewezen. Daardoor komt haar gebondenheid aan haar familie des te sterker tot uiting. Voor de man zal dit waarschijnlijk een nog intensievere frustratie zijn, omdat hij dan telkens opnieuw wordt herinnerd aan het feit, dat hij zijn rol als beschermende echtgenoot en dominerende vader niet meer kan vervullen. Het grote gevaar van deze maatregel is mijns inziens dat de man helemaal wordt uitgeschakeld, terwijl wij er toch op uit zijn hem juist te helpen.

*Huisarts:* Ja, dit lijkt mij inderdaad een belangrijke visie. Nu het zo wordt gesteld vraag ik mij af, hoe de man er eigenlijk tegenover stond, dat het gezin steeds maar naar de vroegere woonplaats trok, zoals zo vaak gebeurde met feestdagen of verjaardagen, op vrije weekends. Hij heeft er mij eigenlijk nooit iets van laten merken dat hij bezwaar maakte,

maar hier zou toch best een oorzaak kunnen liggen voor zijn psychosomatische klachten. Maar achteraf vraag je je zo veel af. Nadat deze man zijn laatste operatie had ondergaan met alle consequenties van dien, heb ik me wel eens afgevraagd of ik hem wel op de juiste manier had behandeld. Ogenschijnlijk misschien wel. Ik heb zijn maagbloedingen lege artis zelf behandeld of laten behandelen door specialisten, maar hadden wij niet veel kunnen voorkomen door minder symptomatisch en meer causaal te denken en te behandelen?

*Gespreksleider:* Ik geloof dat het, helaas, de hoogste tijd wordt om onze bespreking te besluiten; wij zijn al over de beschikbare tijd van twintig minuten heen. Wij zijn er nog lang niet uit. Wij zitten nog volop in de diagnostiek en de therapie is nog niet duidelijk in zicht; een gang van zaken, die u overigens uit demonstraties van klinische patiënten niet onbekend is. De revalidatie-mogelijkheden en de revalidatie-wil van de patiënt moeten nader worden bekeken. De suggestie van de maatschappelijk werkster of en in hoeverre de echtgenote moet en kan worden ontlast — gezinshulp, tijdelijke uit-huisplaatsing van de oudste kinderen — vereist nader onderzoek. Dubieus is of verhuizing de door het gezin zelf verwachte oplossing brengt.

Het lijkt voor alles gewenst, dat de huisarts contact opneemt met de bedrijfsarts van patiënten werkgever en dat — in overleg met deze — de maatschappelijk werkster van dat bedrijf een onderzoek instelt naar de diverse maatschappelijke factoren, die tot nu toe zeker onvoldoende zijn geëxploreerd. Vermeldenswaard lijkt mij tenslotte nog, dat, in tegenstelling tot vele andere gevallen, die wij bij besprekingen als deze tegenkomen, de samenwoning van twee gezinnen hier blijkbaar geen problemen gaf.

## NOTITIES UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

### *De begeleidingsbrief; inlichtingen aan de specialist bij verwijzing van een patiënt*

DOOR I. PH. L. KOPERBERG, HUISARTS TE AMSTERDAM

In 1960 toonde Hogerzeil op een vergadering van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek een door hem ontworpen voorgedrukte begeleidingsbrief, welke hij gebruikte bij het verwijzen van zijn patiënten naar een specialist. Ik besloot daarop een dergelijke brief in mijn praktijk te gaan gebruiken en wil nu gaarne enkele ervaringen mededelen omdat ik geloof, dat mijn praktijkvoering er door is verbeterd.

De verbeteringen in de praktijkvoering zijn voornamelijk een gevolg van het steeds consequent beschrijven van de rubrieken anamnese, eigen onder-

zoek en diagnose in elke brief (zie model).

Alvorens deze ervaringen op te schrijven is dit onderwerp in gesprekken met enkele geïnteresseerde collegae nog eens kritisch behandeld. Het hieronder volgende is dan ook te beschouwen als een verslag der naar voren gekomen gedachten en mededelingen.

*Vroegere ziekten.* Het is mij opgevallen, dat wij soms zo weinig van onze patiënten en van hun vroeger doorgemaakte ziekten weten. Zo kan het gebeuren, dat belangrijke gegevens pas ter kennis komen

|                               |                |   |
|-------------------------------|----------------|---|
| ....., arts                   | Adres          | Eigen onderzoek:  |
| Aan:                          |                | Diagnose:   |
| Geachte Collega,              |                | Gaarne Uw advies betreffende:                                       |
| Hierbij verwijs ik naar U     |                | In verband met bovengenoemde klachten werd(en) reeds geconsulteerd: |
| Geb.                          | Part./ziekenf. | Gaarne van Uw bevindingen copie aan:                                |
| Anamnese:<br>Vroegere ziekten |                |   |
| Huidige klachten:             |                | Met collegiale hoogachting,   |

*Indeling van de begeleidingsbrief, links voorzijde, rechts achterzijde*

als bij verwijzing deze rubriek moet worden ingevuld.

Ter toelichting een voorbeeld. Een patiënte had menstruatiestoornissen. Bij vaginaal onderzoek werd niets bijzonders gevonden. Daar de medicatie zonder resultaat bleef, werd besloten tot een gynaecologisch consult. Op de vraag naar vroegere ziekten bleek patiënte twintig jaar geleden te hebben gekuurd wegens longtuberculose. Bij de diagnose werd hierop de aandacht gevestigd door als differentiële diagnose te vermelden endometritis tuberculosa. Het gynaecologisch consult bracht, helaas voor de patiënte, bevestiging voor dit vermoeden.

Zonder goede anamnese ontgaan ons belangrijke gegevens en deze begeleidingsbrief is vaak een goed hulpmiddel dit te voorkomen.

Ten tweede valt onder de rubriek anamnese: huidige klachten. Het invullen van deze rubriek dwingt tot een zo nauwkeurig mogelijke omschrijving der klachten. Dit kan soms leiden tot een beter inzicht in het ziektebeeld en soms tot een nader onderzoek, alvorens tot verwijzing over te gaan.

*Eigen onderzoek.* Eenvoudige onderzoeken blijven soms achterwege. Door het invullen van deze rubriek zal men zich vaak alsnog gedrongen voelen deze uit te voeren alvorens te verwijzen. Dit verhoogt vaak weer het eigen inzicht in het ziektegeval. Enkele voorbeelden: Een rectaal toucher bij een man met buikklachten, een vaginaal onderzoek bij een vrouw met buikklachten maar zonder menstruatiestoornissen, een benzinereactie van de faeces of een urobiline reactie. Het zal ons dan niet overkomen dat wij een patiënt met angineuze klachten naar de cardioloog verwijzen en als diagnose te horen krijgen: angina pectoris en diabetes mellitus (die ons onbekend was). Bij een patiënt met een hardnekkige pruritus ani slaat de medicatie niet aan en wordt op een gegeven ogenblik tot een specialistisch consult besloten. Bij invulling van de rubriek

eigen onderzoek geeft men zich dan rekenschap of er al gekeken is naar glucosurie of wormeieren in de faeces en of er al een rectaal of vaginaal onderzoek werd verricht.

*Eigen diagnose.* Invulling van deze rubriek dwingt tot coördinatie en interpretatie der anamnestiche gegevens en de resultaten van het onderzoek, in elk geval tot een differentiële diagnose. „Vage buikklachten” schreef ik vroeger wel eens op de begeleidingsbrief; tegenwoordig gebeurt dit nog maar zelden.

Nog een paar woorden over de rubriek: Gaarne uw advies betreffende . . . . Ook hier wordt men weer genoopt tot precisering en de specialist ziet, waar bij de huisarts het probleem zit. Ook is het mogelijk de specialist een circumscrippte vraag te stellen, bijvoorbeeld heeft deze patiënt een levercirrose?

De laatste twee rubrieken hebben tot doel de specialist in te lichten omtrent voorafgegane consulten, voor dezelfde klachten bij deze patiënt. Gevraagd wordt aan de specialist zijn „voorganger” van zijn bevindingen in kennis te stellen (beleefdheidshalve en tevens waardevol en leerzaam voor de betrokkenen).

De ervaring heeft mij geleerd, dat invulling van de brief niet veel tijd vergt. De extra tijd wordt echter dubbel en dwars vergoed door de betere wijze van uitoefening van de huisartsgeneeskunde. Natuurlijk is niet voor elke verwijzing zulk een uitgebreide brief nodig; bijvoorbeeld bij een radius fractuur, bij de meeste visusstoornissen of bij het verzoek om extirpatie van een lipoom en dergelijke.

Als laatste opmerking moge dienen, dat het afgedrukt model op velerlei manieren kan worden ingedeeld of gewijzigd. Niet ontbreken mogen echter de rubrieken anamnese, eigen onderzoek en diagnose of differentiële diagnose.