

DE VERHOUDING TUSSEN HUISARTS EN SPECIALIST

Verslag van de forumbespreking op 12 november 1965 georganiseerd door het centrum Amsterdam van het N.H.G. voor de leden van de Amsterdamse Specialisten-Vereniging, de Amsterdamse Huisartsen-Vereniging en de leden van het centrum.

Het forum onder voorzitterschap van de huisarts Trommel bestond uit vier specialisten te weten een arts voor spijsverterings- en stofwisselingsziekten (Dekkers), een psychiater (Van Goor), een chirurg (Gründemann) en een internist (Molhuysen), en vier huisartsen uit verschillende delen van de stad (mevrouw Frenkel-Tietz, Façee Schaeffer, Furstner en Klaassen). Terwille van een regelmatige berichtgeving wordt de chronologische volgorde in de bespreking niet steeds gevolgd.

Over de verhouding huisarts-specialist worden in „Medische ethiek en gedragsleer”, uitgave van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst enige aanwijzingen gegeven. Uit de dissertatie van Bremer over „Het verwijzen in de huisartspraktijk” blijkt, dat circa 10 procent van de patiënten door de huisarts naar een specialist wordt verwezen en de schrijver stelt, dat het de taak van de huisarts is het beheer over de medische administratie van de patiënt te voeren, een taak, die in de toekomst steeds belangrijker zal worden. Hiermee komt ter discussie de onderlinge berichtgeving tussen huisarts en specialist. Het wordt nodig geacht dat de huisarts in de begeleidende brief bij de verwijzing vermeldt: ten eerste de motieven van de verwijzing, ten tweede een omschrijving van wat verlangd wordt of de vraagstelling (diagnostiek, gespecialiseerde behandeling). Van deze brief moet een kopie bij de documentatie betreffende de patiënt worden bewaard. Belangrijke gegevens (bijvoorbeeld brieven van andere specialisten) dienen ter inzage te worden bijgevoegd. Een specialist stelt, dat er wel een kwantificatie van het probleem moet plaatsvinden: het is niet nodig dat de huisarts bij alle verwijzingen lange brieven schrijft (bijvoorbeeld atheroomcyste; in dat geval is wel belangrijk het vermelden van een eventuele diabetes). Van huisartszijde wordt daartegenover gesteld, dat tijd hierbij geen doorslaggevende rol mag spelen.

Het gebruik van voorgedrukte formulieren wordt bepleit. Hierbij slaat een specialist de schrik om het hart: de huisartsen waren over formulieren helemaal niet te spreken. Er wordt op gewezen, dat er reeds een rapport is, waarin wordt aanbevolen, dat de huisarts zo goed mogelijk moet inlichten, eventueel per telefoon. Niettemin zou hieraan nog slechts door 10 procent van de huisartsen worden voldaan.

De indicatie voor een verwijzing zal meestal zijn dat de huisarts een advies of een speciale behandeling wenst, maar ook kan deze worden gevormd doordat de patiënt of diens familie onrustig wordt. Hij verwijst dan ook al vindt hij die verwijzing overigens volledig overbodig. Bij deze verwijzing op psychologische gronden meent de psychiater, dat hieraan alle aandacht (en tijd) moet worden gegeven. De internist meent dat het niet nodig is een patiënt bij wie hij bij een vorig bezoek geen organische afwijking kon vaststellen opnieuw aan een volledig onderzoek te onderwerpen. Vaak vindt de huisarts dit niet prettig. Hij meent dat deze dan — onder mededeling hiervan aan de eerste specialist — de patiënt naar een andere specialist mag verwijzen. In dit verband is van belang de verwijzing van de patiënt met een ongeneeslijke ziekte, die vaak van de ene specialist naar de andere gaat, veelal doordat de patiënt niet de volledige waarheid kan worden verteld. Het is zeker de taak van de huisarts dit tegen te houden.

Hiermee komen wij op het onderwerp van de beperking van een specialist tot zijn eigen gebied. Bijvoorbeeld een arts voor stofwisselingsziekten, die een diabeticus behandelt en bij hem een hartgebrek vindt, dient te bevorderen dat de patiënt naar de cardioloog wordt verwezen. De vraag wordt besproken of deze de patiënt naar de huisarts moet terugverwijzen met advies voor een cardiologisch consult of gebruik moet maken van een zogenaamd intercollegiaal consult, het eenmalige consult. Tegen deze laatste mogelijkheid blijken veel tegenstanders: huisarts krijgt hiervan niet direct

bericht, krijgt niet rechtstreeks bericht van de tweede specialist, de patiënt blijft daar „hangen”, enzovoort.

Over de keuze van de specialist lopen de meningen uiteen. Er zijn voorstanders van een vaste kring, een „staf van specialisten”: het inlichten gaat gemakkelijker, „je weet niet altijd van te voren hoe het zal uitpakken”. Daarentegen wordt gesteld dat men rekening dient te houden met de bijzondere capaciteiten van een specialist welke evenwel alleen maar indirect zijn te beoordelen. Terecht merkt de voorzitter op dat — ook wat de specialist betreft — de patiënt vrije artskeuze heeft en de huisarts in feite alleen diens adviseur is. Bovendien speelt de afstand voor de patiënt vaak een rol. Omgekeerd zijn er specialisten, die graag een kring van huisartsen om zich heen verzamelen onder meer omdat dit plezierig werken is.

Wat verwacht de huisarts van de specialist? Een huisarts meent, dat het prettig is van hem een bevestiging van de eigen mening te ontvangen! De specialist kampt met de moeilijkheid, dat hij niet steeds van het begin af weet wat de huisarts van hem wil: de een verwacht, dat hij zich met de patiënt blijft bezighouden, de ander verwacht de patiënt direct weer terug. Dit brengt het onderwerp weer op de onderlinge communicatie, welke in de grote stad vaak tekort schiet, omdat we elkaar onvoldoende kennen. In dit verband wordt aan de orde gesteld: direct bericht van de specialist of na — vaak langdurig — onderzoek? Het forum is het er wel over eens, dat dit afhankelijk is van het geval: bij spoedgevallen kan een directe berichtgeving gewenst of noodzakelijk zijn, ook al staat de diagnose nog niet vast.

Wat betreft het terugverwijzen naar de huisarts door de specialist, vindt een huisarts dat het moeilijk is een patiënt terug te krijgen. („Ik klaag niet, maar constateer.”). De specialist zal terugverwijzen als de klacht blijkt niet op het gebied van de specialist te liggen. De chirurg meent, dat de chirurgische behandeling een eenheid is, en derhalve de nabehandeling (hechtingen verwijderen, gips) tot zijn taak behoort.

Is het juist, dat de specialist zonder waarnemer afwezig is (bijvoorbeeld met vakantie gaat)? Een specialist meent dat de verhoudingen voor een specialist anders liggen dan voor een huisarts. Het is bovendien voor een alleen-praktiserende specialist vaak moeilijk een vervanger te krijgen. De huisarts — als documentalist van de patiënt — zal bij afwezigheid van de behandelende specialist een andere specialist volledig moeten inlichten. Bij afwezigheid van alle specialisten voor een bepaald vak (bijvoorbeeld tijdens een congres) kunnen evenwel ernstige moeilijkheden rijzen. Vooral nog is het georganiseerde contact in deze groepen onvoldoende om daarin verandering te brengen.

Naar aanleiding van de vraag: hoe staat de huisarts tegenover kritiek van de specialist, wordt terecht vooropgesteld dat wij allen wederkerig behoefte hebben aan kritiek, ook al is het jammer als die zou prikkelen. De waarheid is vaak hard. Daarom moet de kritiek zakelijk worden gehouden en op het geval gericht. Overigens blijken de specialisten erg terughoudend bij het leveren van kritiek (speciaal op behandeling)! In dit verband merkt een huisarts op, dat hij het zo prettig zou vinden uit de antwoordbrieven van de specialist te kunnen opmaken, dat zijn brief „hetzij met begrip, met medelijden of met verbazing” werd gelezen.

Tenslotte wordt ter discussie gesteld het belangrijke onderwerp van het voorschrijven van geneesmiddelen door verschillende specialisten. Vele specialisten berichten wel over ingestelde behandeling met medicamenten, maar niet de wijziging daarvan in de loop van de behandeling. Een specialist — de internist — bepleit dit wel, doch ziet wel in dat dit alleen mogelijk is bij voldoende interesse en een perfectionistische neiging. Bij waarneming is het een groot bezwaar, dat niet bekend is welke medicamenten patiënt gebruikt. Mogelijke oplossingen zijn: onderlinge berichtgeving (dit is niet haalbaar); de apotheek vermeldt het recept op het doosje; aan de patiënt wordt een medicamentenkaart meegegeven.

In de discussie is door een der toehoorders-huisartsen gesteld, dat het regel behoort te worden, dat bij een patiënt, die door verschillende artsen gelijktijdig wordt behandeld er één de therapie moet coördineren en integreren en de recepten moet uitschrijven. Dit kan in de regel de huisarts zijn,

maar vooraf kan ook worden afgesproken, dat dit een van de specialisten is.

Na de pauze werden door velen van de ruim zeventig aanwezige huisartsen en specialisten vragen gesteld. Door de voorzitter van de A.S.V. (Coloço Belmonte) wordt onder meer gewezen op het gevaar van overconsumptie: de specialist durft vaak een bepaald onderzoek niet achterwege te laten; de huisarts moet in vele gevallen niet direct naar de specialist verwijzen. Commentaar van forumlid: de specialist is de goedkoopste assistent van de huisarts!

De gestelde vragen betroffen verder: gemeenschappelijk beheer van medisch archief (voor aan ziekenhuizen verbonden specialisten), het op prijs stellen van uitgebreide laboratoriumgegevens door de huisartsen (enerzijds maakt vermelding van alle normale gegevens brieven nodeloos uitvoerig, anderzijds moet het gezondheidsdossier van de huisarts alle gegevens bevatten); wat moet de specialist doen in de vacatie van de huisarts (waarnemer inlichten!)? Tenslotte gaf één der vragenstellers als zijn mening dat de slechte communicatie tussen artsen veelal een gevolg is van onvoldoende outillage (technische hulpmiddelen, assistente of secretaresse).

Wij kunnen het bestuur van het centrum Amsterdam gelukwensen met het organiseren van deze avond welke onder de voortreffelijke leiding van de voorzitter van het forum, een vlot verloop had. De vele belangstellenden verlieten deze avond met een veelheid van stof om verder over na te denken. Inderdaad zijn er in deze bespreking vele problemen rondom de samenwerking tussen specialist en huisarts overhoop gehaald. Het spreekt vanzelf dat deze avond zich niet leende tot het formuleren van uitspraken. Wel is weer duidelijk geworden dat de betreffende problematiek zich uitstekend leent voor een landelijke conferentie, waarbij de veelheid van vraagstellingen, welke aan de orde kunnen komen, enerzijds tot een beperking van het onderwerp, anderzijds tot een deelbehandeling in secties zal moeten leiden. Voor bepaalde onderdelen zal het zeker mogelijk zijn op korte termijn richtlijnen op te stellen, welke geschikt zijn om daarna gewestelijk door specialisten en huisartsen gezamenlijk ter discussie te worden gesteld. Met name denk ik hierbij in eerste aanleg aan de volgende onderwerpen: richtlijnen voor de begeleidende brief van een verwijzing door de huisarts; de wenselijkheid van het gebruik van voorgedrukte formulieren (met kopieblad); het voorschrijven van de geneesmiddelen in gevallen van behandeling van een patiënt door verschillende artsen (specialist(en) en huisarts); de vermelding door de apotheker van het recept op de verpakking.

Dr. Joh. A. Dallmeijer

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN G.G. EN G.D. ROTTERDAM, SEPTEMBER EN OKTOBER 1965 (5)

(Voor de opzet van deze registratie van algemeen voorkomende infectieziekten raadplege men (1965) huisarts en wetenschap 8, 37)

Ook in deze verslagperiode deed zich de invloed van de vacatie gelden, zodat het aantal deelnemende artsen — zeker nog in de eerste week van september — laag was (16). De aantallen deelnemende collegae zijn per week vermeld aan het begin van de tabel. Mazelen bewoog zich op hetzelfde niveau als in de vorige periode, terwijl varicellen duidelijk minder bleek voor te komen. Herpes zoster werd iets vaker gezien dan in juli en augustus. Het trekt de aandacht dat gevallen van influenza (-achtige?) aandoeningen van de bovenste luchtwegen in de verslagperiode veel werden gezien (595 gevallen tegenover 198 gevallen in de voorafgaande periode). Hoewel zeer zeker het aantal deelnemende artsen in de voorafgaande periode gering was, kan toch wel worden gesteld dat er een beduidende stijging plaatsvond. Eenzelfde beeld gold ook — zij het in mindere mate — voor gastro-enteritis.

Via de peilstations kwam één geval van pertussis ter kennis. Het betrof een jongetje van 5 jaar, waarbij helaas geen verder onderzoek plaatsvond. Bovendien werden nog twee gevallen gemeld welke bacteriologisch werden gecontroleerd.

Het klinische beeld was typisch. Het bleek echter niet mogelijk bordetella pertussis te isoleren. Het betrof hier een meisje van 5 jaar — dat nimmer was gevaccineerd tegen kinkhoest — en een meisje van 14 jaar dat evenmin was gevaccineerd.

De tabel september-oktober heeft betrekking op de gegevens welke zijn ontvangen van respectievelijk per week 16, 21, 21, 22, 22 artsen in september en 22, 23, 24, 23 artsen in oktober.

	Leeftijdsklassen in jaren									Totaal
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-64	65 en ouder	
<i>Mazelen</i>										
september ...	47	22	—	—	—	—	—	—	—	69
oktober	80	42	2	2	—	—	—	—	1	127
<i>Varicellen</i>										
september ...	12	8	3	—	—	—	—	—	—	23
oktober	25	12	1	—	—	1	—	—	—	39
<i>Herpes zoster</i>										
september ...	1	—	3	2	2	5	4	16	2	35
oktober	2	2	3	7	9	5	1	9	13	51
<i>Parotitis epidemica</i>										
september ...	3	4	—	—	2	—	—	—	—	9
oktober	—	2	1	2	1	2	—	1	1	10
<i>Influenza</i>										
september ...	15	21	17	15	35	45	35	47	20	250
oktober	33	17	13	32	53	61	44	60	32	345
<i>Pertussis</i>										
september ...	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
oktober	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Ziekte van Pfeiffer</i>										
september ...	3	5	2	10	5	—	—	—	—	25
oktober	7	6	2	9	8	2	—	—	—	34
<i>Exanthenen van onduidelijke of onbekende aard</i>										
september ...	24	2	—	—	1	2	2	1	1	33
oktober	16	10	1	2	—	—	—	—	1	30
<i>Gastroënteritis van onduidelijke of onbekende aard</i>										
september ...	33	26	12	11	24	18	25	25	14	188
oktober	28	13	16	20	19	22	17	21	11	167

Uit het N.H.I

EEN EXPERIMENT TOT NAUWERE SAMENWERKING TUSSEN EEN AANTAL HUISARTSEN EN EEN AANTAL WIJKVERPLEEGSTERS

Bij velen leeft de gedachte dat de communicatie tussen huisarts en wijkverpleegster over het algemeen niet optimaal verloopt. Vooral in de steden is de huisarts door de structuur van de wijkverpleging genoodzaakt met vele wijkverpleegsters contacten te onderhouden. Het gevolg daarvan is, dat het contact veelal een onpersoonlijk karakter heeft; een huisarts als functionaris neemt contact op over een patiënt met een wijkverpleegster als functionaresse. Het komt zelfs dikwijls voor dat beide functionarissen elkaar nauwelijks of niet kennen.

In zijn algemeenheid kunnen we zeggen, dat het contact tussen huisarts en wijkverpleegster een soort éénrichtingsverkeer is. De huisarts neemt in de meeste gevallen contact met de wijkverpleegster op; het omgekeerde komt veel minder vaak voor, afgezien dan van het rapporteren door een wijkverpleegster aan de huisarts.

De onpersoonlijke sfeer waarin het contact meestal tot stand pleegt te komen, heeft ongetwijfeld gevolgen voor de inhoud ervan. Het is een vaststaand feit, dat indien een huisarts de deskundige hulp van een wijkverpleegster wil inroepen op het gebied van preventie of gezondheidsvoor-