

Verantwoording rond een verwijzing

DOOR EEN HUISARTS EN EEN REUMATOLOOG

Inleiding. Mevrouw R. oud 38 jaar, heeft hardnekkige „reumatische klachten”; zij wordt door de huisarts naar een reumatoloog verwezen, nadat de tot nu toe ingestelde behandeling niet afdoende heeft geholpen. De huisarts en de reumatoloog geven in het hier volgende hun overwegingen en reacties weer naar aanleiding van zowel het contact met patiënte als van hun onderling contact. De correspondentie over en weer wordt hiertoe vermeld, aangevuld met enkele korte beschouwingen.

Huisarts. Patiënte R. oud 38 jaar, die ongeveer een jaar geleden door verhuizing in mijn praktijk is gekomen, zag ik enkele maanden daarna klagend over een stijf gevoel in rug en armen, vooral 's nachts en 's morgens. Bij onderzoek werden aan hart en longen geen afwijkingen gevonden, de bezinkingssnelheid van de erythrocyten bedroeg 7 mm Hg, de A.S.T. 100 E, de Rosetest was negatief. Uit de voorgeschiedenis noteer ik het bestaan van „reumatische klachten” sedert 1960. Haar moeder zou ischias hebben gehad, verder was zij altijd goed gezond geweest, zij heeft twee kinderen; de bevallingen hadden geen problemen gegeven.

Ik schreef haar indometacine (Indocid) voor, dit had evenwel geen enkel resultaat. Vervolgens verwees ik haar voor massage en diathermie naar een fysiotherapeut; hierbij had zij wel enig baat.

Omdat na korte tijd bleek dat haar verzekering een dergelijke behandeling niet honoreerde indien deze werd voorgeschreven door de huisarts en om toch ook te worden geruggesteund door een specialistisch advies verwees ik haar naar de plaatselijke reumatoloog. Ook deze kon geen afwijkingen in de zin van een chronische reumatische arthritis vinden. Hij adviseerde met de behandeling door te gaan, hetgeen dan ook — buiten mijn medeweten — gedurende zes maanden gebeurde, evenwel met weinig resultaat.

In het voorjaar 1971 kwam zij weer bij mij. Zij stond vlak voor de verhuizing, had weer veel meer klachten en zij vroeg mij of zij niet nog eens naar een reumatoloog kon, maar dan in de plaats waarheen zij zou verhuizen. Wij bleken dezelfde reumatoloog in gedachten te hebben zodat ik haar naar de betreffende specialist verwees. Omdat patiënte zei weer zoveel klachten te hebben, meende ik nog een poging te moeten wagen met deltabutazolidine. Ik gaf haar een voorschrift voor een week, namelijk driemaal daags twee tabletten. De brief aan de reumatoloog luidde als volgt.

Mevrouw R. oud 38 jaar, zou al jaren — vage — reumatische klachten hebben. In augustus 1970 zag ik haar voor het eerst, zij had een stijf gevoel 's nachts en 's morgens, B.S.E. 7 mm, A.S.T. 100E, Rosetest -, R.A.test -. De geraadpleegde reumatoloog bevestigde dit en vond geen afwijkingen op röntgenfoto's van de rug. Hij schreef ultrakortegolf en massage voor. Inmiddels zijn de klachten verergerd. Gaarne uw onderzoek en eventuele behandeling. Ik gaf haar voor verlichting van de klachten een kuurtje met deltabutazolidine 3 x 2 tabletten.

Reumatoloog. Patiënte heeft zich van te voren al nadrukkelijk aangekondigd bij monde van haar echtgenoot, die erop wees dat het hier een bijzonder ernstig geval betrof.

Haar hoofdklacht is: „stijf en pijnlijk in de rug, al meer dan twee jaar”. De klachten zijn nogal wisselend en kunnen niet scherp worden aangegeven wat betreft lokalisatie en intensiteit gedurende de dag of de nacht. Diverse medicijnen, zes maanden massage, bestraling en dergelijke gaven geen baat.

Een eerder geraadpleegde reumatoloog zou enige „overbelasting” van de rug hebben gediagnosticeerd, hoewel geen afwijkingen van de rug op de röntgenfoto's zijn gezien. Patiënte vertelt een en ander met veel omhaal en nadruk, zij tilt kennelijk zeer zwaar eraan. Verder zou zij goed gezond zijn. Omdat zij binnenkort gaat verhuizen naar de omgeving van genoemde reumatoloog komt zij nu maar vast bij hem om zich van deskundige medische begeleiding (zoals zij dat ziet) te voorzien.

Bij onderzoek wordt „somatisch” niets gevonden wat de klachten kan verklaren. Het bij huisartsen en vooral bij (orgaan-)specialisten, door psychiaters en psychologen vaak gesignaleerde gebrek aan inzicht omtrent negatieve „psycho-sociale” factoren die zich bij deze patiënte in de vorm van „orgaanspraak” manifesteren, is wellicht mede oorzaak van een lichte irritatie bij de betreffende reumatoloog. Deze irritatie vloeit niet zozeer voort uit het feit dat hij zich meer thuis voelt bij somatische afwijkingen, dan wel uit zijn ervaring dat op papier de „psychiatrie” en de „psychologie” wellicht oplossingen voor dergelijke patiënten aan de hand kunnen doen, maar dat dergelijke oplossingen om vele redenen in de praktijk niet kunnen worden gerealiseerd.

Wat moet de reumatoloog doen of beter gezegd wat doet hij?

Hij begint met enige onlustgevoelens af te reageren op de huisarts door zich duidelijk in afkeurende zin uit te laten over het gebruik van deltabutazolidine, een combinatiepreparaat van een corticosteroïd en een sterk werkend analgeti-

cum, waarvan de toediening van het eerste in geen enkel opzicht verantwoord is terwijl het analgeticum niet slechter of beter is dan vele andere. Daarom adviseert hij ibuprofenum (Brufen), een ander analgeticum, om zijn afwijzing van het deltabutazolidine nog verder te onderstrepen. Maar de reumatoloog ontkomt niet eraan nog meer „te willen doen”. Hij adviseert daarom nog een kleine hoeveelheid diazepamum (Valium) (hetgeen inderdaad bij „spierreuma” en „nervositas” de impressie geeft soms sederend en relaxerend te werken) en vitamine B complex; dit laatste meer onder het motto: baat het niet, het schaadt ook niet.

Omdat de reumatoloog zich toch wel enigszins gestreeld voelt dat patiënte hem als specialist verkoos en omdat hij zich verbeeldt dat hij patiënte toch, zelfs op deze oppervlakkige „somatisch medicamenteuze” manier, tot enige steun kan zijn, stelt hij haar na de verhuizing terug. Hij dicteert tenslotte een korte brief aan de huisarts (uit wiens gezichtskring patiënte binnenkort toch zal verdwijnen) waarbij hij tegen zijn secretaresse de opmerking maakt „Als die huisarts een „vent” is reageert hij misschien nog wel op die deltabutazolidine-opmerking”. De brief luidt als volgt:

„Patiënte heeft een bse van 6 mm. Op mijn gebied is niets afwijkends te vinden. Alle gewrichten bewegen normaal, geen afwijkingen in het spierstelsel. De ernstige klachten die patiënte uit, liggen mijns inziens geheel of grotendeels in het psychogene vlak. Ongetwijfeld projecteert patiënte een stuk levensproblematiek op het bewegingsapparaat. Zij gaat nu eerst verhuizen. Deltabutazolidine (met prednison) acht ik beslist tegenaangewezen, er is geen enkele grond voor het geven van een corticosteroidpreparaat. Neem mij niet kwalijk dat ik mij zo onomwonden tegen uw „therapie” keer, maar wij zien zoveel ellende door corticosteroidgebruik, dat ik dit scherp wil stellen.

Advies: 3 dd 2 mg Valium ter sedering en als spierrelaxans, ter psychische ondersteuning 1 x per week een injectie vit. B, als analgeticum 3 à 4 dd 200 mg Brufen. Na de verhuizing zou patiënte bij mij ter controle komen.”

Wanneer vrijwel per kerende post een brief van de huisarts wordt bezorgd, is de reumatoloog dan ook niet verbaasd. Hij haakt gaarne in op de door de huisarts geopende mogelijkheid tot verdere dialoog tussen huisarts en specialist, hetgeen juist naar aanleiding van bepaalde patiënten veel vruchtbaarder kan zijn dan hetgeen meer in het algemeen op cursussen, lezingen en dergelijke wordt nagestreefd.

Huisarts. Toen ik de brief van de reumatoloog ontving met de opmerking over de deltabutazolidine voelde ik mij toch enigszins geraakt. Het was helemaal niet mijn bedoeling geweest patiënte gedurende lange tijd onder de deltabutazolidine te zetten, maar ik had slechts willen proberen de vrouw enige verlichting te geven voor haar, naar zij zeide, nogal heftige pijnklachten.

Overigens trof mij in zijn schrijven een even weinig rationele benadering van het ziektebeeld en van de zieke zoals ik het eveneens in zijn ogen had gedaan. Dit gaf mij aanleiding op mijn beurt te reageren met het volgende schrijven:

„Uw schrijven betreffende mevrouw R. geeft mij aanlei-

ding tot de volgende opmerking. Ik kan mij geheel verenigen met uw opmerking betreffende het deltabutazolidinepreparaat dat ik aan mevrouw R. had gegeven. Afgezien van het feit dat dit een corticosteroidpreparaat is en bovendien nog een combinatiepreparaat met al de moeilijkheden van dien.

Het is dan ook niet als een excuus voor mijzelf als ik het stel dat ik dit preparaat zeer weinig en zeer kortdurend toepas. Ik heb u dan ook bewust geschreven dat ik dit had voorgeschreven, hopen op enige reactie van u. In onze kring van een zestal huisartsen is het deltabutazolidine al eens aan de orde geweest omdat enkelen onzer het bij uitzondering voorschreven, anderen dit niet deden.

Dat dit preparaat door huisartsen wordt gebruikt is zeker niet in het minst te wijten aan het feit dat een aantal collegae reumatologen dit voorschrijft en waarbij zonder enige twijfel ook wel succes van de „therapie” wordt gezien. Ik wijs u hierop opdat u vooral niet zult denken dat de huisarts alleen degene is die dergelijke therapieën toepast. Overigens is het handelen van een ieder van ons altijd niet even rationeel. In feite is uw psychische ondersteuning, door middel van 1 x per week een injectie vitamine B, niet de optimale therapie. Als u werkelijk meent dat het geheel in het psychogene vlak ligt, en daar kan ik mij helemaal mee verenigen, dan past hier zeker een preparaat als Valium maar daarnaast o.a. een psychische ondersteuning door middel van gesprekstherapie. Ik geloof dan ook dat de behandeling van deze patiënte straks óf hoort bij een huisarts die goed is ingevoerd in de gesprekstherapie óf bij een psychiater en zeker niet bij een reumatoloog; dit zou haar alleen maar kunnen sterken in haar mening dat zij een reumatische afwijking heeft.

Ik hoop dat u mij goed begrijpt, ik waardeer uw opmerking over mijn therapie zonder meer, zal mij er in mijn medische handelingen zeker naar richten, maar hoop evenzeer dat u mijn opmerkingen op dezelfde wijze kunt plaatsen. Het raakt n.l. één van de problemen van contact specialist-huisarts. Heel vaak wordt de verzuchting geslaakt dat wij patiënten voor advies verwijzen naar een specialist, maar daarna de patiënt niet meer terugzien of hij blijft hangen bij de betrokken specialist op onvoldoende gronden.

Ik ben hier nog dieper op ingegaan omdat ik in het licht van de algemene voorlichting aan de huisartsen bijzondere interesse had bij uw briefje. Wellicht is het mogelijk uw opmerkingen en mijn daartegenovergestelde standpunt te verwerken in een voorlichtend artikel aan de huisartsen?”

Reumatoloog. Ik had al met enige spanning naar het antwoord van de huisarts uitgekeken, ik begon als het ware „aardigheid” erin te krijgen omdat deze wijze van gedachtenwisseling tussen huisarts en specialist aanleiding gaf tot bezinning op elkanders gedachtenwereld en handelwijze, hetgeen in dit stadium bij mijzelf heel duidelijk tot de conclusie leidde dat zulks regel en geen uitzondering zou moeten zijn. Ik antwoordde als volgt:

„In antwoord op uw brief dd... naar aanleiding van mevrouw R.: wij zijn het eens dat

- a) de indicatie voor deltabutazolidine moet „scherp” zijn en nog liever geen mengpreparaat.
- b) de diagnose „psychogene reuma” (een vooral in de V.S. verbreid begrip) past het best op mevrouw R.
- c) mevrouw R. hoort eigenlijk niet bij een reumatoloog of andere somatische specialist, wel bij een huisarts en/of psychiater.

Uw opmerking betreffende vitamine B-injecties: geheel akkoord, maar net als u met deltabutazolidine: ook ik wilde wat „doen”.

De ervaring leert dat van „gesprekstherapie” e.d. praktisch niets komt door gebrek aan tijd en deskundigen. Het is mij heel goed bekend dat ook specialisten, waaronder reumatologen, wel eens „polypragmaten” zijn en vlot met de corticosteroiden.

Helaas handelen wij artsen vaker niet dan wel

rationeel... trouwens de opvattingen over wat in een gegeven geval rationeel is lopen ook uiteen. Wat dat laatste betreft staan wij m.i. aan de vooravond van zeer offensieve kritiek van de zijde van sociologen, psychologen e.d..

Wat betreft huisarts en wetenschap: in principe ben ik gaarne bereid — zoals ook in het verleden — een bijdrage, mijn vakgebied betreffende, samen te stellen. Maar wat denkt u van een soort „correspondentierubriek” waarin huisarts en specialist „uitvoerige brieven met commentaar en suggesties” uitwisselen naar aanleiding van een patiënt, met re- en dupliek eventueel en met inschakelen van andere disciplines?

Mevrouw R. zou wellicht een geschikte patiënte zijn over wie u en ik in huisarts en wetenschap een schriftelijke gedachtenwisseling zouden kunnen voeren. Dat lijkt mij levendiger en informatiever dan een „artikel” van één of twee auteurs. Wanneer u en de redactie van huisarts en wetenschap hierop in willen haken ben ik gaarne bereid dit samen met u te proberen”.

Toen de correspondentie op dit punt was aangeland besloten wij gezamenlijk een poging te wagen om via huisarts en wetenschap bij wijze van proefneming diverse collegae in onze overwegingen te betrekken. Slaat een en ander inderdaad aan, dan zou de redactie van huisarts en wetenschap mogelijk verder erop willen inhaken en, zoals een onzer het uitdrukte: „Ik zie er een mogelijkheid in om de correspondentie tussen huisarts en specialist op een beter niveau te brengen, bovendien lijkt mij het inschakelen van andere disciplines ook bijzonder waardevol”. (Dit wanneer soortgelijke „openbare correspondentie” zou worden voortgezet.)

Het overzien van de hierboven weergegeven correspondentie, mede met het oog op het voornemen deze aan een bredere kring voor te leggen, is voor de huisarts de reden geweest tot het geven van de volgende beschouwing.

Hoewel het ziektegeval op zichzelf niet zoveel aanleiding tot commentaar kan geven, leent de benadering zowel van de huisarts als van de specialist zich zeker voor een kritische beschouwing.

Patiënte verkeerde in de moeilijke situatie dat zij ging verhuizen, waardoor een adequate benadering van haar problematiek dus wel werd bemoeilijkt. Haar klachtenpatroon blijkt naar de mening van de twee geconsulteerde reumatologen en van de huisarts niet te berusten op objectief aantoonbare verschijnselen. Vermoedelijk zijn zij gebaseerd op problemen die in de psychische of sociale sfeer liggen.

Het kernpunt ligt in de vraag of het juist is dat deze patiënte verder wordt gecontroleerd door de orgaanspecialist. Hoewel deze wijst op de niet-organische klachten doet hij geen verdere poging tot een verbetering daarvan te komen dan het voorschrijven van een analgeticum, een ataracticum en een vitaminepreparaat. Tegen de eerste twee medicaties kan op zichzelf weinig bezwaar worden ingebracht. Zij passen in de diagnostiek; het derde preparaat moet worden gezien als een suggestief aanhangsel en als zodanig is het in wezen onschuldig. De vraag is echter of patiënte bij deze benadering niet toch wordt gesterkt in haar mening een reumatische aandoening te hebben, terwijl aan de eigenlijke oorzaak geheel wordt voorbijgegaan.

Hier lijkt een taak voor de psychosomatisch ge-

schoolde huisarts of voor de psychiater te liggen, namelijk om te trachten de oorzaak van haar klachten op te sporen, hiervoor een oplossing te vinden of haar enig inzicht te verschaffen met de mogelijkheid van een verwerking van de bestaande problemen.

Kritisch tegenover zichzelf staand moet de huisarts zich afvragen of hij al niet na de eerste verwijzing de boot heeft gemist. Een beter contact met patiënte tijdens de langdurige fysiotherapeutische behandeling had de huisarts mogelijk tot bovengenoemde benadering van het klachtenpatroon kunnen brengen. Deze mogelijkheid had hij evenzeer toen patiënte kwam vragen om een verwijzing naar een reumatoloog elders.

Naast de vraag hoe de patiënte had moeten worden opgevangen en behandeld gaat het hier tevens om de communicatie huisarts-specialist.

Wil de huisarts de centrale figuur in de behandeling en de begeleiding van hen die hem als zodanig hebben gekozen blijven, dan dient hij voldoende te zijn geïnformeerd over alle aspecten van de gezondheidstoestand van zijn patiënten. Dit impliceert dat hij zich niet alleen zo goed mogelijk op de hoogte moet stellen van de belangrijke gegevens uit de voorgeschiedenis, maar ook dat hij grondig moet zijn geïnformeerd over de bevindingen, adviezen en de behandeling van de geconsulteerde specialisten.

Slechts dan mag de huisarts een optimale berichtgeving van de specialist verwachten indien hijzelf op zijn beurt ervoor zorgt dat de betrokken specialist alle gegevens krijgt die hem bij zijn advies of behandeling dienstig kunnen zijn. Te vaak wordt van de kant van de specialisten vernomen dat de informatie niet verder strekt dan algemene inlichtingen zoals naam, leeftijd en aanduiding van de klacht. In feite zou de specialist hieruit de conclusie kunnen trekken dat de huisarts geen enkele moeite heeft genomen om tot een diagnose te komen.

Voldoet de huisarts wel aan deze obligate eis, dan heeft de specialist niet alleen de plicht te zorgen dat de huisarts goed wordt ingelicht, maar ook dat hij wordt betrokken bij de te volgen behandeling.

Hiermede kan worden voorkomen dat de hulpzoekenden van de ene specialist naar de andere worden verwezen, soms jarenlang diverse specialisten bezoeken en door hen voorgeschreven medicamenten gebruiken, zonder dat de een weet wat de ander heeft voorgeschreven. Het is duidelijk dat een goede onderlinge schriftelijke en mondelinge communicatie het effect kan hebben van een gerichte nascholing.

Een en ander geldt niet alleen voor de huisarts, maar evenzeer voor de specialist. Hierbij moet de huisarts niet schromen zijn inzichten, ook al wijken deze duidelijk af van die van de specialist, aan laatstgenoemde kenbaar te maken. Valse schaamte uit angst onzin te verkondigen, is bij een dergelijke communicatie een verkeerde instelling. Nog steeds

geldt de stelling dat men het meeste leert van zijn eigen fouten.

Voor beide partijen is het zinloos om in gesprekken met leden van de eigen groep onlustgevoelens af te reageren door kritiek, gegrond of ongegrond, te spuien tegen de niet-aanwezige leden van de andere groep, die zich dus niet kunnen verdedigen. Daardoor maakt men alleen maar de afstand tussen beide groepen groter, terwijl de onderlinge verhouding wordt vertroebeld ten nadele van zichzelf en van de patiënt.

De reumatoloog zou over het bovenstaande nog het volgende willen opmerken.

De problematiek welke deze patiënte demonstreert is zo algemeen voorkomend — men denke onder andere aan de rede van de sociaal-psychiater Prof. Dr. N. Speyer op het Ledencongres in Den Haag 1970 — dat niet alleen van een curatief-medisch probleem, maar veel meer van een psychosociaal of maatschappelijk probleem moet worden gesproken. Het concrete feit doet zich voor dat bij uitstak de huisartsen en de door deze huisartsen ingeschakelde specialisten met dit fenomeen in de vorm van een „patiëntenstroom” worden geconfronteerd. Het is niet alleen ten gevolge van een gebrek aan kennis van psychologie, sociologie of welke „ogie” dan ook van de zijde van de curatieve arts, maar veel meer door het grote aanbod van dergelijke patiënten dat de arts zich terugtrekt, zich moet terugtrekken in de rol van diagnosticus: „soma-tisch-ziek of niet-ziek”. In het eerste geval past hij naar beste weten en kunnen een bepaalde therapie toe, in het laatste geval denkt hij zuchtend: „Daar kan ik niet aan beginnen, geen tijd”.

Bij patiënten bij wie naast somatische ook duidelijke psycho-sociale factoren een rol spelen — vooral bij chronische aandoeningen is dat zeer vaak het geval — is de belangstelling van de curatief werkzame arts vaak enigszins groter voor deze combinatie van factoren. Toch beperkt hij zich vaak tot de inschakeling van een sociale werkster of van een „specifieke dienst” (bijvoorbeeld de sociale reumadienst). Geen van beiden zijn echter voldoende toe- en uitgerust om de „totale problematiek” op te lossen zonder actieve hulp van de handelende huisarts en de betrokken specialist.

De oplossing van het probleem zal onder andere moeten liggen in een verandering in het medische curriculum, zodat meer aandacht aan de zogenaamde mens- en maatschappijwetenschappen kan worden besteed, waarbij met de opleiding tot huisarts, specialist, sociaal geneeskundige reeds in een vroeger stadium kan worden begonnen. Hiertoe zal ook een kennismaking met het werk en de werkers casu quo werksters van de verschillende medische en maatschappelijke diensten op het gebied der gezondheidszorg en ziektebestrijding moeten behoren. Zonder de medewerking van deze paramedische medewerkers(-sters) is de zorg voor de chronische patiënten veelal volstrekt ontoereikend. De begrippen „thuisfront” en „team-work” zullen dan tenminste minder vaak alleen maar met de mond

worden beleden; zij zullen daarentegen meer doeltreffend in de praktijk worden toegepast.

Bovenstaande beschouwing tendeeft naar het beter toerusten van de huisarts om deze problematiek die een dermate belangrijk deel van zijn dagtaak uitmaakt, op te kunnen vangen. De huisarts zal behoefte hebben aan diverse specialisten onder wie ook de psychiater om bepaalde somatische en/of psychische afwijkingen die specialistische begeleiding nodig hebben op te sporen of uit te sluiten. Geleid door deze adviezen moeten huisarts en patiënt zoveel vertrouwen voor elkander kunnen opbrengen dat daadwerkelijke hulp kan worden geboden.

Wat betreft mevrouw R. „soma-tisch” gezien, het is niet nodig dat patiënte bij de reumatoloog blijft komen. Deze heeft niet veel „beters” te bieden dan de huisarts. Wel leert de ervaring dat patiënten een „kwaaltje” kunnen koesteren, het zelfs willen hebben en dat dit „kwaaltje” volgens de patiënt door een specialist moet worden begeleid. De huisarts heeft dan een onvoldoende „image” evenals de psychiater, want een en ander moet volgens de patiënt echt in de lichamelijke sfeer liggen. „De huisarts weet te weinig van te veel en men is niet „gek”, dus ook geen psychiater” zo hoort men op het spreekuur. Het lijkt mij dus niet juist ernaar te streven deze patiënten te laten begeleiden door „orgaanspecialisten” en psychiaters met terzijdestelling van de huisarts.

Naar mijn mening zou de oplossing bij voorkeur moeten komen van de huisarts (nieuwe stijl?!), die zich weet omringd door specialisten die hij kan inschakelen als adviseurs en slechts in de meer ernstige en gecompliceerde gevallen als (mede-)behandelaars. Het is echter nu reeds de taak van de huisarts om, wanneer hij uit specialistische onderzoeken ervaart dat organische afwijkingen niet op de voorgrond staan, de patiënt in „eigen handen” te houden; net zo goed als het tot de taak van de specialist behoort de huisarts hierin terzijde te staan.

„Verantwoording rond een verwijzing” een „bewuste correspondentie” zoals hierboven is weergegeven, kan misschien ertoe bijdragen dat ondanks de huidige overbelasting van de „artsen oude stijl” — die heus wel „bij de tijd” willen en kunnen zijn — de taakverdeling tussen huisarts en specialist op zo verantwoord mogelijke wijze, in het belang van de patiënt, zal geschieden.

Gezamenlijk merken huisarts en reumatoloog tenslotte het volgende op.

Duidelijk blijkt uit deze correspondentie het nut van een goede communicatie tussen huisarts en specialist, omdat hierdoor de weg voor een adequate behandeling van de patiënt kan worden uitgestippeld. Huisarts en specialist kunnen wat betreft hun diagnostisch en therapeutisch handelen alleen maar voordeel hebben van een duidelijke en openhartige uitwisseling van gegevens en van el-kanders op- en aanmerkingen.