

huisarts en wetenschap



maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap

REDACTIONEEL

Verhuizende patiënten

In de rubriek Praktijkperikelen — (1973) Medisch Contact 28, 534 — stond een verzuchting van een arts met betrekking tot het probleem van de verhuizende patiënt, van wie het medisch dossier onbenut achterblijft bij de vorige huisarts. Hij suggereert dat „systematische voorlichting over deze zaken” hoogste tijd wordt. „Waarom”, zo vraagt hij zich af, „is het (dan) nog geen vanzelfsprekende zaak, dat bij verhuizing de patiënten zich afmelden bij de vorige huisarts en zich aanmelden bij hun nieuwe huisarts zodat toezending van hun medische gegevens kan volgen?”

Het is mij bekend dat de redactie van zo'n „praktijkperikel” veelal met opzet wat ongenueanceerd is en — zoals in dit geval — soms ook gewoon „vreemd”. Merkt de inzender enerzijds op dat de start voor nieuwe patiënt en huisarts onzeker en tijdrovend is, anderzijds meent hij tevens dat het vragen — schriftelijk of telefonisch — van de medische gegevens bij de vorige huisarts een extra taak is. Nu, als een dergelijke simpele zaak als een extra taak wordt gezien, dan wordt het tijd een hofhouding aan te schaffen om orde op de medisch administratieve zaken te stellen.

Wat verder opvalt is dat uit de „verzuchting” niet valt af te leiden waaraan of aan wie het gesignaleerde euvel nu eigenlijk wordt toegeschreven.

„Medische gegevens” - „Patiënten-dossier”. In een lange reeks jaren heb ik zeer vele dossiers mogen ontvangen, gevraagd en ongevraagd. Er zijn

drie categorieën te onderscheiden: 1. Een of meer brieven van specialisten; 2. een patiëntenkaart; 3. een patiëntenkaart en een of meer brieven van specialisten samen.

Ad 1. De brieven van specialisten zijn tegenwoordig veelal zonder uitzondering met de schrijfmachine geschreven en daardoor leesbaar. Zij zijn vrijwel zonder meer van waarde voor overdracht van beperkte informatie.

Ad 2. Een door de huisarts bijgehouden kaart — van verschillende afmetingen — al dan niet met voorgedrukte tekst, zoals de N.H.G.-werkkaart, een geperforeerd blad of een envelop met voorbedrukte tekst. Ik ontving in al die jaren nimmer een met de schrijfmachine beschreven kaart of anderszins. Mijn ervaring is dat de medische gegevens daardoor moeilijk of nauwelijks zijn te ontcijferen: de kaarten bieden weinig ruimte, vooral indien ze zijn voorbedrukt, de praktische beoefening van de orthografie schiet tekort, men gebruikt een eigen systeem van afkortingen enzovoort. Een met de schrijfmachine geschreven samenvatting van de relevante medische gegevens ontving ik tot nu toe nog niet. De waarde van deze kaarten voor informatie-overdracht is naar mijn mening — afgemeten aan wat ik tot nu toe ontving — gering.

Ad 3. Een combinatie van 1 en 2: als ad 1 en 2. Het komt er in de praktijk op neer dat er niet zo-

veel door de huisarts om „medische gegevens” wordt gevraagd en dat deze niet zo vaak worden aangeboden om desgevraagd te worden opgestuurd, omdat deze gegevens vaak — zacht uitgedrukt — onvolledig zijn. Wetende dat de met de schrijfmachine geschreven relevante medische gegevens bij de vorige huisarts zijn te verkrijgen, is het mijns inziens vrijwel ondenkbaar dat de nieuwe huisarts dit als regel zou nalaten.

Het is niet meer dan billijk de lezer te informeren over de eigen werkwijze. Ik meen dat de enige wijze de nieuwe huisarts bruikbare medische informatie te geven alleen mogelijk is door het verstrekken van een met de schrijfmachine geschreven medische samenvatting met — als het kan — een summiere karakterisering van de persoon. Als voorbeeld diene de volgende samenvatting betreffende het echtpaar M. De tekst is letterlijk aangehaald en niet speciaal voor dit commentaar geschreven.

C. M., geboren 1920, destijds autospuiter, was vanaf 1953 in de praktijk. Tot 1970 zag ik hem zelden. Hij solliciteerde toenmaals, omdat het werk hem niet meer zinde, waarbij de keurend arts berichtte dat er een positieve reductie in de urine was gevonden. Hij werd hierop merkwaaardigerwijs zonder meer afgekeurd.

Bij controle van een bloedsuikerdagcurve werd gevonden: 8.45 uur 101 mg⁰%, 11.00 uur 132 mg⁰% en 14.00 uur 151 mg⁰%. In geen van de porties urine glucose. In de familie geen diabetes. Voor alle zekerheid adviseerde ik hem niettemin een suikerarm dieet te houden. Inmiddels bleef hij bij de oude baas (sedert 1934).

In oktober 1971 pijnlijke rechterarm, mogelijk veroorzaakt door arthrosis cervicalis (röntgenologisch is de tussenwervelschijf C4-C5, C5-C6 en C6-C7 duidelijk vernauwd met aanmerkelijke arthrosis. Vooral links (!) zijn de foramina intervertebralia zeer sterk vernauwd door arthrosis van de uncovertebrale gewrichtjes). In die tijd had hij na 37 jaar, omdat het bedrijf werd opgeheven, een andere baas moeten zoeken: plaatwerker in de automobielbranche!

In maart 1972 werd getracht met een palliatieve bestraling met röntgen de klachten te beïnvloeden. In april ging het redelijk.

H. G. M. -H., geboren 1920; één gehuwde dochter. In de loop der jaren herhaaldelijk behandeld wegens lage rugklachten afgewisseld met pijnklachten van de nek, respectievelijk de schouders. Stress speelt bij het ontstaan hiervan een belangrijke rol. In verband met profuse menses en daardoor ontstane anemie kreeg zij regelmatig ferrofumaraat. Na veel vijven en zessen kreeg patiënte ten slotte een röntgen-castratie.

In januari 1967 had zij een aanval van koliekpijn links ten gevolge van een concrement in de tractus urinalis; na enkele dagen werd een steentje uitgewaterd. Inmiddels had patiënte een stress incontinece gekregen, waarvoor ze bij collega G., gynaecoloog onder behandeling is met oestriol. In 1968 had ze weer een steentje, waarop de uroloog, U. haar zag. Later raakte ze nogmaals tweemaal een steentje kwijt. Ook in 1970 weer een steente kwijt geraakt.

Ook in 1971 waren er herhaaldelijk perioden van lage rugpijn, die dan veelal met poeders met antipyriene 100 mg, fenacetine 250 mg en coffeine 50 mg werden behandeld. In de genese van deze klachten heeft deze vrij weinig stenische vrouw overigens wel inzicht.

30 augustus 1972

Het probleem van het overdraagbaar maken van de medische gegevens is groot en ligt al jaren zeer

Medisch profiel ontleend aan W. E. Fabb

MEDICAL PROFILE									
Surname		First Names		DATE OF BIRTH	PENSION OR REPAT. NO.	MEDICAL RECORD NO.			
PAPSON		Nicola Louisa		23.2.1929		2-03972			
Address				TELEPHONE HOME	TELEPHONE BUSINESS	EDUCATIONAL STATUS			
33 Hillview Drive, PLEASANTON. Vic. 3979.				32-8911	46-5381	Matriculation			
H.F. INITIALS		M.S.	SEX	RELIGION	BLOOD GRP.	I.C.C.			
B.E.		M	F	Meth.	A, POS				
FAMILY HISTORY				OCCUPATION					
Mother French, Father British. Mother diabetic 1970. Brother haemophilic				Home duties - part time secretary					
Diagnoses - Problems				ALLERGIES ADVERSE DRUG REACTIONS					
DATE OF ONSET	DATE RESOLVED	NO.		CODE	DATE STARTED	DATE STOPPED	Therapy - Immunization		
1933	1933	1	Tonsillectomy		7-2	4-53	pheniramine 50 mg tds		
1941		2	Hay fever - seasonal due to grass pollens		7-2	2-64	pheniramine 50 mg tds		
1946	1946	3	Ac. appendicitis → appendicectomy		1-64	1-64	clemizole 20 mg tds		
1951	1952	4	Fracture L femur - motor accident		1-64	3-64	triprolidine 2.5 mg tds		
2-69	3-70	5	Menorrhagia - functional → total hysterectomy		1969				
6-70		6	Obesity		1-3	6-3	norethisterone 5 mg tds		
6-70		7	Essential hypertension		9-3	4-9	mestranol 0.1 mg; 1 d for 20 days from 5th day of cycle		
5-71		8	Generalised lymphadenopathy and splenomegaly						
5-71	6-71	8	Infectious mononucleosis		1970				
5-71	5-71	9	Cellulitis of left hand		4-6		reduction diet		
					4-6		chlorothiazide 0.5 g bd		
					2-7	4-9	reserpine 0.25 mg tds		
					4-9	1-10	methyl dopa 250 mg tds		
					1972				
					3-7		debrisoquine 20 mg daily		
					7-1		triprolidine 2.5 mg tds		

velen zwaar op de maag. Wij — huisartsen — doen er — meen ik — verstandig aan dit probleem duidelijk te omschrijven en er naar te streven het tot oplossing te brengen.

De introductie van de N.H.G.-werkkaart in 1956, nadien eenmaal — in geringe mate — gewijzigd, heeft de registratie van medische gegevens door de huisarts weliswaar helpen bevorderen, zij heeft er echter niet of onvoldoende toe bijgedragen dit medisch dossier overdraagbaar te maken. Zij is eigenlijk voornamelijk geschikt voor persoonlijk gebruik door deze huisarts.

Ook in andere — met name angelsaksische — landen staat de „medical summary” in de belangstelling (*Fabb*). Men verbindt de medische samen-

vating veelal aan een medisch profiel van de patiënt (*figuur*), omvattende basis-gegevens, allergieën, familie-anamnese, benevens verleden en actuele medische geschiedenis met inbegrip van alle therapeutica. De medische samenvatting van de patiënt bevat tevens een schets van de persoonlijkheid van de patiënt.

Niet alleen ten dienste van de nieuwe huisarts, ook voor iedere huisarts lijkt het bijzonder nuttig een dergelijk medisch profiel van ieder patiënt te maken en aan de patiëntenkaart te hechten, zodat men in één oogopslag is geïnformeerd. Deze werkwijze kan mogelijk bijdragen tot professionalisering van de huisartsgeneeskunde. H.

Fabb, W. E. (1973) *Medical Practice Management* 2, 2-7.

*Rode lampjes in de opvoeding; wanneer krijgen opvoedkundige problemen consequenties?**

DOOR A. R. FRIJLING**

Een van de redenen voor de keuze van dit onderwerp was een probleem dat in het poliklinisch-psychiatrische werk dagelijks de aandacht trekt, dikwijls in de vorm van een wanhopige verzuchting van de onderzoeker: „Waarom zijn deze ouders niet eerder gekomen?”. In talrijke anamneses wordt men geconfronteerd met een reeks kinderneurotische symptomen en opvoedingsmoeilijkheden, die veelal gedurende jaren aan de aanmelding op een kinderpsychiatrische polikliniek of Medisch Opvoedkundig Bureau voorafgaan. Niet zelden heeft men het gevoel dat pas hulp wordt gezocht wanneer alle noodsignalen in werking zijn getreden.

De verzuchting waarom de ouders niet eerder zijn gekomen wordt in de eerste plaats ingegeven door een gevoel van onmacht van de onderzoeker. Dit gaat vaak gepaard met rancuneuze gevoelens jegens de ouders en de verwijzers die „veel te lang hebben gewacht”. Deze primitieve afweer-manoeuvre waarbij men een zondebok vindt om aan gevoelens van onmacht te ontkomen, is een weinig vruchtbaar uitgangspunt voor een beter begrijpen en zo mogelijk oplossen van de problemen. In de hier beschreven situatie heeft de psychiater veelal het gevoel dat hij het gezin beter had kunnen helpen wanneer het in een vroeger stadium onder zijn aandacht was gekomen. In hoeverre deze ver-

onderstelling juist is zal nog nader worden gezien.

Beginselen van de kinderpsychiatrie. In de titel van deze voordracht is sprake van opvoeding en opvoedings-problemen, niet van psychopathologie bij kinderen of kinderneurotische verschijnselen. Daarin komt tot uiting dat men juist in de kinderpsychiatrie voortdurend wordt geconfronteerd met de manier waarop een kind in een bepaald gezin functioneert. Soms kan men de symptomatologie van het kind in hoofdzaak zien als een reactie op belastende gezinsomstandigheden, bijvoorbeeld de woonsituatie of de invaliditeit van een van de gezinsleden. Eveneens kan een storende reactie op interacties van de gezinsleden onderling in het spel zijn.

In andere gevallen krijgt men de indruk dat het kinderlijke gedrag niet meer afhankelijk is van actuele gezinsinvloeden al wordt het daardoor wel versterkt. Dit blijkt onder andere wanneer het kind in belangrijke mate ditzelfde vertoont in relatie tot onderwijzer en leeftijdsgenoten en vaak ook ten opzichte van de psychiater tijdens het kinderpsychiatrische onderzoek. Doch zowel voor reactief als voor neurotisch gedrag geldt, dat een dergelijk gedrag zich heel vaak manifesteert binnen het gezin en dat het dikwijls gepaard gaat met opvoedingsproblemen. Het is daarbij onjuist het kind te beschouwen als machteloos slachtoffer bestuurd door de krachten die binnen het gezin spelen. De eigen wensen en verlangens zijn altijd mede bepalend voor de rol welke het kind binnen het gezin vindt.

Nauw hangt hiermede samen het feit dat in

* Voordracht, gehouden tijdens de studiedag „Kinderen zijn ook mensen”, Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, november 1971.

** Chef de clinique afdeling kinderpsychiatrie, Erasmus Universiteit, Rotterdam.