

Patiëntenzorg: samen of apart? *

DOOR DR. R. F. WESTERMAN**

Bij de voorbereiding voor dit congres kwam telkens weer naar voren dat het uiteraard goed is positieve plannen voor de toekomst te maken, maar dat eerst de nodige irritatie openbaar moest worden. Irritatie die allerwegen dagelijks blijkt voor te komen in de contacten tussen huisartsen en specialisten. Die irritatie wordt gewoonlijk niet zo duidelijk geuit door de betrokkene en zo zou dan de mythe ontstaan zijn dat er vaak geen onderlinge problemen zijn.

Het is nu onder andere mijn taak om uw latente irritaties manifest te maken opdat u straks in de discussies het nodige zult meedelen. In zekere zin is mijn taak ondankbaar want in de voorafgaande artikelenreeks in Medisch Contact is al zoveel waarschreven dat ik zeker niets bijzonders meer te bieden heb. Ten hoogste kan ik hopen als specialist u nogmaals te irriteren.

Welke personen zijn in het spel?

Ten eerste — wij zouden het bijna vergeten — de patiënt. Verder de huisarts en de specialist. En het gaat om hun interactie.

Vanouds, en dit herinner ik mij sinds de eerste week van de studie, is er geschermd met de unieke en uiterst individuele arts-patiënt relatie. Ik meen dat dit begrip veel kwaad heeft gedaan. Die relatie zal wel uniek zijn maar dat is dan een onderwerp voor filosofen, de artsen zouden er maar niet te veel aan moeten denken want zij plegen dit begrip verkeerd uit te leggen. Zij leidden er namelijk uit af dat zij zelf ook uniek zijn. De patiënt niet, hij voelt zich niet uniek, hij is alleen maar

ziek. De patiënt houdt trouwens op met ordelijk denken, juist omdat hij ziek is. Hij laat zich in zijn toestand veel aanleunen door de dokter, die zich daardoor weer flinker voelt dan tevoren. En zo zal het dan wel komen dat de artsenstand de indruk geeft te behoren tot een soort bedaagd „establishment”. De sfeer is te proeven in de correspondentie-rubrieken van vrijwel alle internationale medische tijdschriften.

Het is mijns inziens zo dat de artsen het veel drukker hebben met die „unieke” arts-patiënt relatie (merkwaardigerwijze niet „patiënt-arts relatie”) dan de patiënten zelf. De patiënten houden van hun dokter of zij zien hem liever niet, maar zij zijn zich niet bewust van iets unieks in de relatie.

Deze houding van de artsen verklaart veel over hun werkwijze en ook over hun onderlinge botsingen. En over deze botsingen gaat het vandaag. Die vinden natuurlijk niet alleen plaats tussen huisartsen en specialisten, maar gewoon tussen alle artsen. Uiteraard, er kan er maar één uniek zijn en dat moet je zelf dan wel wezen.

Wat is de specialist nu voor iemand?

1. Voor de specialist is de huisarts slechts een opschrift boven een brief. Meer bemoeienis heeft hij eigenlijk niet met deze frontstrijder. Deze negatie wordt helemaal duidelijk wanneer in de specialistenbrief de zinsnede voorkomt: „patiënt was door de huisarts verwezen wegens...”

2. Wij mogen nog blij zijn als er sprake is van een brief. Brieven over de bevindingen bij de patiënten zijn toch al zeldzaam. Ook komen zij vaak zo laat dat de werkelijkheid soms al de brief heeft achterhaald. Verder zijn de brieven of te summier,

of onleesbaar lang en staan vol onbegrijpelijke afkortingen zonder toelichting: LBBB, AAAA, TUR, IUD.

3. De specialist belt ook nooit of zelden de huisarts op, hij schrijft alleen maar.

4. Hij houdt geen rekening met gegevens die andere artsen vóór hem reeds over de patiënt hebben verkregen, maar hij begint alle onderzoek geheel opnieuw.

5. De specialist gaat, uit vrees iets over het hoofd te zien, steeds verder met onderzoeken, soms op zeer ingrijpende wijze. Soms houdt ook de sterkste patiënt dat niet vol.

6. De specialist consulteert tussentijds andere specialisten zonder dat de huisarts daarvan weet, en vraagt daarna kalmpjes om een verwijfskaart.

7. Hij blijft de patiënt eindeloos op zijn spreekuur vervolgen en het kan zijn dat hij hem nooit meer naar de huisarts terugverwijst.

8. En als dan de huisarts eens een keer orde op zaken wil stellen en in de richting van de specialist opbelt, dan blijkt die vaak onbereikbaar te zijn, en „kan niet gestoord worden”.

Nu de huisarts.

1. Gedraagt de specialist zich nog al eens hautain ten opzichte van de huisarts, de huisarts is een trots koninkje op een voetstuk. Hiervan hebben wij er ongeveer 4500 in dit land. Hij is lichtgeraakt. Let maar eens op hoe het contact verloopt als een specialist in opleiding een jaargenoot opbelt die zich reeds als huisarts heeft gevestigd. De deemoed, die gevolg is van het knechtschap in de ziekenhuissfeer, kent de huisarts niet.

2. De huisarts verwijst slecht. Hij schrijft of geen verwijfsbrief, of volstaat met een krabbel op het randje van de verwijfskaart, of stelt iets op

* Voordracht, gehouden op het N.H.G.-congres november 1974.

** Verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam, met bijdragen van Dr. G. Blomhert, ziekenhuis Leyenburg, Den Haag.

een groot formaat postzegel. Hij levert geen oude gegevens.

3. Alvorens te verwijzen onderzoekt de huisarts de patiënt niet of nauwelijks. De knopen gaan niet los. De patiënt is vol lof en zegt: „Dokter zag het direct: u moet naar het ziekenhuis”.

4. Zonder blikken of blozen zendt de huisarts de patiënt naar meer dan één specialist tegelijk, en zonder dat die dat van elkaar weten. Als hij zelf het overzicht maar heeft.

5. Als de patiënt enige tijd bij de specialist onder controle blijft komt er iets nieuws: de huisarts verandert de therapie zonder bericht.

6. Hij knutselt soms met gevaarlijke therapieën (schildkliertherapie, stoeien met antibiotica).

7. Als de specialist wel als enige specialist met de patiënt bezig is, blijkt plotseling dat een of meer andere specialisten worden ingeschakeld voor dezelfde klacht. Dit ook weer zonder bericht. Of de patiënt overlijdt zonder dat de specialist daar iets van te weten komt.

8. In het ziekenhuis komt de huisarts zelden kijken. En als hij komt mijdt hij de specialist.

9. De huisarts is vaak onbereikbaar.

10. De huisarts beschouwt zich vaak als de „eigenaar” van de patiënt. Hij bevoegt de patiënt soms op hinderlijke wijze (men moet de mening van de patiënt hierover eens horen!). De huisarts onderschat schromelijk de betrokkenheid van de specialist ten opzichte van het wel en wee van de patiënt. Hij beschouwt ten onrechte de specialist als een knutselaar zonder belangstelling voor de patiënt als mens.

Zo denken we dus over elkaar. Als wij het nu over deze en soortgelijke wrijfpunten willen hebben, dan moet worden bedacht dat het oplossen van zodanige geschilpunten misschien tot grotere verbeteringen in de gezondheidszorg kan leiden dan het experimenteren met nieuwe organisatievormen. Nieuwe organisatievormen zijn nodig en gewenst, maar zij zullen pas bevredigend functioneren wanneer de betrokkenen slagen in een goede

samenwerking. Nog steeds is niet bewezen dat de huidige organisatie niet beter kan functioneren dan zij doet.

Indien nu de huisarts en de specialist elkaar wat meer willen gaan waarderen doen zij er goed aan elkaar en zichzelf te gaan zien als gewone technische vaklieden met ieder een eigen kennis en in dienst van de patiënt. Dan klaart de atmosfeer al aanzienlijk op. De specialist als vakman moet de kans krijgen zijn werk af te maken. Dit betekent soms dat hij een patiënt blijvend moet controleren en dat dan de patiënt vrijwel niet meer bij de huisarts terugkomt. Dat moet niet erg worden gevonden, het vak is moeilijk: ook de specialist kan vaak niet het hele terrein overzien, laat staan dat de huisarts dat kan. Want let wel: een specialist is niet — zoals nog steeds wel eens over met name de internist wordt gedacht — een huisarts met enkel extra mogelijkheden. Die opvatting is te ouderwets. Maar hij is ook niet „alleen maar een technicus”. En de huisarts als vakman moet niet worden overbelast: bij hervormingen in het eerste echelon — waarvan ik overigens begrijp dat niemand nog weet hoe die moeten zijn — zal het de huisarts bij het toenemen van zijn maatschappelijke en psychosociale verplichtingen niet mogelijk zijn diepgaande somatische en psychiatrische kennis te onderhouden.

Als wij dan nu komen aan het maken van plannen voor een betere interactie tussen de functionarissen, dan zie ik drie grote onderwerpen in de werkrelatie tussen huisarts en specialist in de zorg voor de patiënt:

1. de communicatie,
2. de afgrenzing van kennis en bevoegdheden,
3. het verwijzen en terugverwijzen van de patiënt.

Ad 1. Communicatie. Huisarts en specialist moeten elkaar voortdurend gemakkelijk kunnen bereiken. De telefoon moet door beide partijen permanent worden bewaakt tijdens „normale” werkuren. Een antwoord-

apparaat in die periode doet vaak wanhoop ontstaan bij de opbellende partij. In avond en nacht is een antwoordapparaat vaak onvermijdelijk, het moet dan goed inlichten over eventuele waarneming en moet ook een boodschap kunnen opnemen. De telefoon moet in de normale werkuren voortdurend worden bewaakt door een doktersassistente. Zij kan vele vragen opvangen en alvast voorlopig bevredigend beantwoorden. Zij kan ook dringende zaken doorgeven aan de arts per semafoon of iets dergelijks.

Er is intensief contact nodig via brieven. De huisarts hoort een verwijsbrief van voldoende kwaliteit te schrijven met in elk geval de eigen bevindingen en een duidelijke vraagstelling. Van de specialist kan worden verlangd dat hij na de eerste confrontatie met de patiënt een kort krabbeltje met zijn voorlopige bevindingen zendt aan de huisarts, en na het tweede spreekuurbezoek een echte brief. Na elk volgend spreekuurbezoek wordt ook een brief geschreven, of bij zeer frequente controle toch wel tenminste elke twee maanden. Niet elke bevinding kan alleen maar per brief besproken worden. Telefonisch contact moet dan ook als normaal worden beschouwd.

Consultaties van de specialist door de huisarts moeten steeds mogelijk zijn. De specialist moet hiervoor open staan. Als regel kan de consultatie telefonisch plaats vinden. Een consult aan huis kan bijna altijd als obsoleet worden beschouwd: de specialist kan aan huis eigenlijk niet meer dan fysische diagnostiek bedrijven.

Verdere communicatie tussen huisarts en specialist kan worden bevorderd door te zorgen dat beide partijen elkaar kennen. Sociale contacten in de sfeer van de vrijetijdsbesteding zijn niet nodig, maar wel contacten op vakgebied. Ondanks allerlei negatieve geluiden is het nog steeds zo dat in verscheidene provincieplaatsen goed bezochte periodieke demonstratiebijeenkomsten in de ziekenhuizen worden georganiseerd, vaak eens per week op een vast uur.

Daar worden vele vragen gesteld en beantwoord. Een en ander leidt daar tot goed contact en een goed inzicht omtrent elkanders mogelijkheden en beperkingen.

Ad 2. Afgrenzing van kennis en bevoegdheden. Juist voor een internist is het aantrekkelijk om hierover te spreken omdat de arbeidsafbakening tussen huisarts en internist niet altijd overduidelijk is. Waarschijnlijk is dit te verklaren omdat de inwendige geneeskunde als specialisme een groot terrein bestrijkt en bovendien weinig instrumenteel is. Enerzijds heeft de huisarts vaak het gevoel dat de internist hem taken afhandig maakt, anderzijds meent de internist vaak werk te moeten doen dat de huisarts heel goed zelf had kunnen uitvoeren.

Wat zou in het ideale geval de huisarts kunnen doen alvorens een patiënt naar de internist te verwijzen? Allereerst uiteraard een goede anamnese afnemen. En vervolgens — mits doordrongen van het besef van beperking in de toelaatbare conclusies — een algemeen lichamenlijk onderzoek en eenvoudig bloedonderzoek: BSE, hemoglobine, leukocyten, zo nodig enkele oriënterende lever- en nierfunctie bepalingen: urine: eiwit, reductie, sediment; eventueel faeces: benzidine, vertering; eventueel een electrocardiogram; eenvoudig röntgenonderzoek kan ook hierbij behoren; thorax voorachterwaarts en dwars, galblaas met oraal contrast, maag(-darm)passage), wellicht een intraveneus pyelogram.

Dit takenpakket maakt het werken voor de huisarts meer interessant en het werk van de internist verarmt niet: hij wordt ten dele van enige routine ontlast en kan nu dieper ingaan op complexe probleemstellingen. Nu moet dit programma ook niet al te vast liggen: de patiënt wil namelijk niet dat de huisarts al te veel zelf doet, hij vertrouwt hem dan niet („te lang vasthouden”).

Ad 3. Verwijzen en terugverwijzen. Van de verwijsbrief mag worden verwacht dat alle relevant geachte

gegevens, eventueel schematisch, worden vermeld. Van het grootste belang is ook dat de toegepaste therapie exact wordt aangegeven. Tevens kan de huisarts aangeven wat hij zich voorstelt over de regeling van een eventuele nabehandeling en terugverwijzing.

Leidt het onderzoek door de internist tot een diagnose, dan zal hij een behandeling instellen, meestal medicamenteus. Het kan enige tijd duren voordat de instelling daarvan bevredigend kan worden genoemd, soms moet er eerst nog worden geëxperimenteerd met medicijnen. Tot zo lang moet de patiënt bij de internist blijven. Is de instelling bevredigend, dan kan de patiënt terug naar de huisarts. Heeft de huisarts daar niet om gevraagd, dan kan hem dat worden voorgesteld.

Hier rijst de vraag of uit een oogpunt van efficiëntie over dit terugverwijzen bindende regels moeten worden voorgeschreven. Dit lijkt aantrekkelijk, maar het gaat toch eigenlijk alleen maar goed indien de huisarts de nacontrole met bekwaamheid en belangstelling uitvoert. De terugverwijzing moet dus toch ten dele blijven afhangen van kennis en gerichtheid van de huisarts maar ook van de specialist. Het is zeker niet nodig dat de internist alle patiënten met suikerziekte of hoge bloeddruk blijft controleren, maar als de huisarts er weinig van terecht brengt moet de internist het wel doen. En zo zal voor schildklierpatiënten gelden dat zij jarenlang en soms levenslang door de internist moeten worden gecontroleerd omdat het herkennen van afwijkingen in de schildklierfunctie niet alleen afhangt van laboratoriumgegevens, maar ook van de fysische diagnostiek. Verder moet worden bedacht dat ogenschijnlijk eenvoudige nacontroles moeilijker kunnen zijn dan het lijkt. Indien de huisarts een patiënt zeer vaak naar een streeklaboratorium moet zenden voor bloedcontrole, kan dat voor de patiënt soms te belastend worden. Het meten van de bloeddruk lijkt eenvoudig, maar is het niet.

Verder is nog van belang aan de orde te stellen dat, alhoewel de specialist vaak als slechts consultatief optredend wordt beschouwd, hij zijn verantwoordelijkheid voor de patiënt terdege voelt en daarom moet hij ook in de periode dat hij met de patiënt bezig is in alle rust kunnen handelen. Dit kan natuurlijk ook wel (net zo min als de specialist is ook de huisarts „eigenaar” van de patiënt). Het gelukt het beste bij een goed contact met de huisarts.

Bij ziekenhuis-opname is natuurlijk geheel duidelijk dat de specialist alle verantwoordelijkheid heeft, maar ook hier slaagt het werk beter indien in die periode de huisarts daadwerkelijk belangstelling toont voor de behandeling en zo mogelijk nieuwe ideeën aandraagt.

IDEAAL

Voor een ideale samenwerking tussen huisarts en specialist valt aan het volgende te denken: in elk geval goed gedifferentieerde ziekenhuizen en regionalisatie (bedenk goed dat een de facto regionalisatie al vaak voorkomt!). Het ziekenhuis is daarbij van een grootte van 500-600 bedden met een ruim aantal specialismen en deelspecialismen. Dit ziekenhuis werkt samen met de huisartsen in de eigen wijk. Voor de vorm van de wijk is bepalend de bereikbaarheid voor de patiënt van het ziekenhuis. Hierbij spelen een rol: a. de geografische afstand, en b. de route van openbare verbindingen. Het ziekenhuis moet zijn activiteiten richten op de huisartsen die de daarin opgenomen patiënten beheren. De huisartsen moeten dus ook weer in duidelijke wijken werken. Het ziekenhuis kan voor die huisartsen aan stafbesprekingen doen, nascholing organiseren, enzovoort. Dit alles op vaste tijden, bijvoorbeeld tijdens het middagspitsuur van het verkeer. Tevens moet er tijd worden gemaakt om over bepaalde patiënten van gedachten te wisselen.

Voor de samenwerking is heel mooi de mogelijkheid voor huisartsen

sprekkuur te houden in de polikliniek van het ziekenhuis. Dit levert de huisarts ideale onderzoeksfaciliteiten en verwijzen wordt dan wel zeer eenvoudig. Natuurlijk is dit slechts mogelijk voor een beperkt aantal

huisartsen, maar het levert de specialist een voorbeeld van een goede werkrelatie met de huisarts.

Het omgekeerde, namelijk het laten bezoeken van gezondheidscentra van huisartsen door specialisten om daar

patiënten aan de specialist te presenteren, kan wel maar moet dan wel zeer gedisciplineerd worden georganiseerd, anders verwordt deze opzet tot een gewoon spreekuur van de specialist op die plaats.

Patiënt: plantaardig, dierlijk of mineraal? *

DOOR E. J. BOER, JOURNALIST

Eigenlijk had ik hier niet moeten staan, want wat is mij gevraagd? Om als patiënt voor u te spreken - als patiënt die klem zit tussen de huisarts aan de ene en de specialist aan de andere kant.

Een sprekende patiënt, dat kan natuurlijk niet. Voor artsen is de patiënt per definitie een zwijger. Als ik hier aan mijn rolverwachting — ook zo'n woord — zou moeten voldoen zou ik hier mijn plas komen inleveren, of op z'n minst zouden „de knopen los moeten”.

Een patiënt is geen spreker. Hij dient per definitie zijn mond te houden en te vernemen wat hem wordt meegedeeld. Zodra hij het woord neemt wordt dokter onrustig. De volgende patiënt wacht. De dokter zegt ook haast nooit, zoals de rechter wel doet aan het slot van het onderzoek, „verdachte hebt u nog iets te zeggen?” Nee - het vonnis komt meteen; de diagnose.

Toch stel ik mij hier op als patiënt, als een sprekende patiënt. Want patiënt zijn wij immers allemaal op onze tijd. Ook de arts. Zelfs de arts. Een arts die patiënt wordt houdt subiet op arts te wezen. Hij schrompelt ineem tot diezelfde afhankelijke, onzekere ziel van wie de horizon is gekrompen tot vier witte muren. Pas in bed wordt de dokter mens, zou je haast zeggen.

De keuze luidt: plantaardig, dierlijk of mineraal. Of alle drie? Wat is de patiënt? Is hij een organisme, waarin een storing zit die er uitgehaald moet worden? Een organisme, dat wij van boven tot onder

* Voordracht, gehouden tijdens het N.H.G.-congres, november 1974.

doormeten als de storing niet direct is te vinden? Zoals bij een auto die niet wil aanslaan? Nee, zeggen de artsen, de patiënt is een mens. Maar het blijft moeilijk de patiënt als mens te behandelen als men op jacht is naar de diagnose.

In de werkplaatsen van Volkswagen wordt de auto tegenwoordig volgens een geavanceerd systeem geserviced. Men steekt een plug in een gat, de chefmonteur loopt in een lichtgekleurde jas en bedient elektronische apparatuur, hij prevelt onverstaaenbare dingen en licht de klant onvolledig in. Dit nieuwe systeem heet: diagnose. Op het testrapport staan suggesties tot reparatie of de woorden: deze auto is dringend aan vervanging toe. Waaraan doet dit ons denken?

Wat is de patiënt? Plantaardig, dierlijk of mineraal? Er is iets bijzonders aan hem. Ik kan u geen pakkende definitie bieden. Is de patiënt een mens? Je zou het even denken, maar de patiënt is niet een mens in de normale betekenis van het woord. De situatie heeft iets aan hem veranderd. In zijn huiselijke omgeving kan hij het misschien nog wel staande houden, dat mens zijn, maar tegenover de dokter is hij in een andere situatie. Tegenover de dokter immers is duidelijk dat hij de situatie niet meer in de hand heeft. Hij moet beslissingen van anderen volgen zonder precies te weten wat ze inhouden.

De keuze luidt intussen nog steeds: plantaardig, dierlijk of mineraal. Is de patiënt niet meer dan een organisme waarin zich een storing voordoet die er moet worden uitgehaald? Een apparaat dat wij van boven tot

onder doormeten als we de storing niet direct vinden? Zoals bij een auto die niet wil aanslaan? Gevoelsmatig zeggen we dan: neen, duizend maal neen, de patiënt blijft in de eerste plaats mens (tenslotte is niet iedere arts uitsluitend op jacht naar de diagnose).

Ik weet een aardige vergelijking. In de werkplaatsen van Volkswagen wordt de auto tegenwoordig volgens een geavanceerd systeem geserviced. De auto staat op de brug, ze steken ergens een plug in een gat. De chefmonteur, gekleed in witte jas, verschijnt, kijkt, wendt zich tot de elektronische apparatuur die nog het meeste wegheeft van de controlepanelen in de intensive care, hij prevelt, hij fronst, kijkt de klant nadenkend aan en zegt: „Hm, u weet hoe dit systeem officieel heet: het heet *diagnose*. Op het testrapport worden suggesties gedaan tot reparaties, en een enkele keer staat er per abuis: deze patiënt is dringend aan vervanging toe.

Maar nee, dat kunnen we niet volhouden. De patiënt is niet mineraal. Ook niet plantaardig (waarop ik hier om der tidszwillen niet nader zal ingaan). Is de patiënt dan soms dierlijk? Ja, ja, al iets meer in de buurt. Wat is eigenlijk het verschil tussen mens en dier? De mens kan mondig zijn, hij kan spreken. Sommigen durven, anderen niet.

De mondigheid van de patiënt is een veel gehanteerd begrip dezer dagen, en als „patiënt tussen de dokters” kan ik hier niet omheen.

Mondig betekent al gauw lastig, in ons land. In de hoofdstad kennen we een actiegroep die zich „de lastige