

De patiënt „tussen wal en schip” *

DOOR W. J. MOGGRE, HUISARTS TE HILVERSUM

Voor en aler de patiënt echt „tussen de dokters” komt, is er altijd de fase waarin hij zich tot één dokter wendt en dat is in onze situatie en structuur gewoonlijk de huisarts. Die is de eerste persoon, tot wie hij zich wendt, die altijd bereikbaar is, 168 uur per week. Is de eigen huisarts er niet dan is er wel een antwoord-apparaat dat naar een andere huisarts verwijst, maar zeker is dat de patiënt vandaag terecht kan, vandaag kan worden geholpen.

En dan is er de mogelijkheid dat de man (of vrouw) wordt doorge-stuurd naar een van de vele specia-listen, 32 verschillende soorten volgens het jaarboek 1973. Zo belandt de patiënt „tussen de dokters”. Dat gaat niet zo maar en vroeger ging dat helemaal niet „zo-maar”. Als u even met mij terugdenkt aan de jaren dertig, dan zult u weten dat het toen voor de patiënt niet zo eenvoudig was om te worden door-verwezen. De ervaren huisarts van toen voelde zich danig gefrustreerd door de vraag van de patiënt om „hogerop” te mogen. Dat gaf nog al wat weerstanden en de huisarts liet zich niet zo maar vermurwen, want dit klonk toen voor hem als een soort motie van wantrouwen. „Doe ik het dan niet goed?”, of „ben ik niet goed genoeg meer?”, of „ver-trouw je me nu soms niet meer?” kon de onmondige patiënt toen wel te horen krijgen. Deze situatie is in onze tijd, dacht ik, welhaast ondenkbaar, deze verlegenheid, deze gekrentheid kennen wij niet meer bij het verwijzen, maar daarover straks meer.

Na deze eerste periode kwam de volgende, waarin de huisarts, min of meer teurgesteld over eigen gebrek-kige kennis en kunde en vol ontzag voor de enorme vlucht van de kennis en mogelijkheden binnen de zieken-huismuren, zich nog slechts voelde en zag als een soort politieagent of wegwijzer, in de geest van: waar wil

je heen: naar internist, chirurg, gynaecoloog of wat al niet meer. Toch is ook aan dit tijdperk een eind gekomen en als ik het goed zie zijn wij nu in een soort stationaire toe-stand geraakt, waarin de huisarts duidelijk zijn eigen grenzen en mo-gelijkheden en even duidelijk zijn be-perkingen en onmogelijkheden heeft leren kennen; hij weet wat hij wel kan en wat hij niet kan (wat pluis is en wat niet pluis is. Bremer). Hij moet niet de illusie hebben een hele of halve specialist te zijn of te willen zijn, nee, hij moet duidelijk weten wanneer hij wel en wanneer hij niet moet verwijzen en ook nog hoe en naar wie hij dat moet doen. In de praktijk resulteert dit dan meestal, althans zo vergaat het mij gewoon-lijk, dat ik, in overleg, in gesprek met de patiënt, zeg: wat denk je, zouden we maar eens niet naar een specialist gaan. Zo bespreken we of de patiënt al dan niet een specialist zal bezoeken en daarna wordt afgesproken welke specialist zal worden gecon-sulteerd en waarvoor het bezoek aan de specialist zal plaats vinden. De patiënt krijgt een brief mee met mijn bevindingen, de laboratoriumgege-vens, eventuele therapie en zo mo-gelijk een duidelijke vraagstelling. En dus niet zoals soms nog gebeurt met een verwijskaart waarop slechts de vermelding voorkomt: „Buikklach-ten, wilt u patiënt in behandeling nemen?” Ik ben het dan ook duidelijk oneens met Ruhe die de hele verwijsbrief wilde afschaffen. Ik meen, dat deze, na bespreking en overleg met de patiënt een duidelijke functie heeft in de verwijzing en in het „tussen de dokters” belanden van de patiënt, waarbij ik er van uitga dat de specialist mijn geschrijf dan ook zal lezen op z'n minst, al ben ik daar niet altijd helemaal gerust op, gezien ook de ervaringen van Oosterhuis.

Maar nu, nu is de patiënt „tussen de dokters” beland, hij is bij de specialist en daar zie ik nu een dergelijk proces als bij de huisarts

van vroeger zich voltrekken in die zin, dat als blijkt dat de afwijking van de patiënt eigenlijk bij een nog verder gespecialiseerde collega thuis-hoort — onverschillig of men hem super- of subspecialist wil noemen, of, misschien zelfs wat denigrerend, een orgaanspecialist — dan ziet men met de algemeen-specialist vrijwel hetzelfde gebeuren als in de jaren dertig met de huisarts. Hij, de alge-meen-specialist kan het niet over zijn hart verkrijgen, bijvoorbeeld als in-ternist, om de patiënt naar de long-arts, de cardioloog, gastro-entero-loog, endocrinoloog of reumatoloog te zenden, hij weet het immers alle-maal zelf wel, hij kan het ook alle-maal best alleen. Hetzelfde ziet men gebeuren bij bijvoorbeeld de algemeen-chirurg, die meent ook volledig de orthopedie, urologie, thorax-chirurgie en/of plastische chirurgie nog te beheersen en met bijna kramachtige pogingen ziet men hem in al deze gebieden rondtuinen. Dit zijn geen fabeltjes, ik behoef slechts te wijzen op de vele proble-men, die nog regelmatig vóórkomen als een van de super- of subspecialis-ten zich in een ziekenhuis als mede-werker wil zien opgenomen. De te-genwerking, de onderlinge naijver zijn dan net eender als vroeger bij de huisarts, die de opkomst van de spe-cialismen slechts zag als concurrentie voor hemzelf. En dat dan helaas ook nog versterkt door financieel-econo-mische motieven.

Het zou goed zijn als wij allen eens begonnen onze eigen mogelijkheden en onmogelijkheden te kennen en te erkennen, onze beperkingen, onze grenzen, onze kennis en kunde. Zo nu en dan pogen wij dan als huis-artsen duidelijk te maken dat zij nu ongeveer even ver zijn als wij zo'n veertig jaar geleden waren. Wat zij voelen ten aanzien van hun verder gegane collega's voelden wij toen ten aanzien van hen, en wij wensen hen toe dat ook zij eens zo ver zullen komen als wij nu zijn, zulks ten bate van de patiënt want anders komt

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

deze knel te zitten „tussen de dokters”.

Het volgende stadium, na het verwijzen en het polikliniek bezoek, is als de patiënt is opgenomen in het ziekenhuis, dit huis, bezeten van „jachtige genesdrift” om met J. H. v. d. Berg te spreken. Ik zou u willen uitnodigen om met mij een zaal-visitatie mee te maken. Alle patiënten zijn tevoren door de zuster naar bed gestuurd en daar liggen ze in hun onpersoonlijke ziekenhuisklaren tussen de witte lakens. Dat moet, want „de dokter” komt er aan, hij komt zaal-visitatie maken, gevolgd door enige assistenten, in smetteloos witte jassen en vergezeld door de hoofdzuster en mogelijk ook nog een zaalzuster, het witte schort keurig gesteven. Oneerbiedige lieden noemen deze hele optocht wel eens „de fluor albus”; wij zullen dat niet doen, maar richten het oog op de dokter, staand aan het voeteneind van het bad, het oog gericht op de temperatuurlijst, nu en dan een oog slaand op de patiënt. Laten wij aannemen dat de patiënt pas is opgenomen. Dan gaat de dokter tegen de zuster zeggen wat er allemaal gebeuren moet: allereerst een algemeen bloedbeeld met creatinine, alk. fosfat., cholesterol, glucose en L.D.H. „Dan wilt u wel regelen dat een thorax-foto, een I.V.P. en een colon-inloop worden gemaakt, zuster” - om vervolgens met de assistenten te overleggen over een sternumpunctie en mogelijk nog een lever-biopsie.

Als u intussen dan de patiënt hebt gadeslagen, ziet u deze hoe langer hoe angstiger kijken, hij begrijpt niets van al deze „vloeken” die uit de mond van de dokter komen, maar hij aanvaardt het, want: „de dokter zal het wel weten”, en, hoewel volledig onkundig van alles wat hem boven het hoofd hangt, zegt hij wat benepen, maar toch vriendelijk: „dag dokters, dag zusters; en de brave borst weet van angst haast niet waar hij zich moet bergen, want hij begrijpt er alleen maar zoveel van, dat hem heel wat boven het hoofd hangt; maar hij durft niets te vragen, kan ook eigenlijk niets vragen, alle witte jassen zijn weer weg en de dokters hebben het zo druk.

Deze wat badinerende voorstelling van een zaalvisitatie is ongetwijfeld overdreven, maar er zit een ondergrond van waarheid in. Deze waarheid is het, die het voor de huisarts vrijwel noodzakelijk maakt om zijn patiënten in het ziekenhuis ten minste eenmaal per week op te zoeken; doet hij dat niet, dan mist hij een geweldige kans. Hij moet voor de patiënt vertalen wat de specialist heeft gezegd, moet hem uitleggen wat hem boven het hoofd hangt, behoort als huisarts de taal van de patiënt te verstaan en te spreken, de taal van de specialist te kunnen vertalen in zijn taal. Dat is ook de reden waarom de huisarts met de patiënt alléén gaat praten; hij gaat op de rand van zijn bed zitten of op een stoel of krukje en laat hem even vertellen, even z'n agressie spuien over alles wat „ze” verkeerd doen, laat hem z'n vragen stellen; geef hem alsjeblijft gelegenheid om te vragen, wees niet steeds zelf aan het woord, maar luister, luister intens en... luister goed, dat wil zeggen: luister tussen de regels door. Ga dan met deze kennis van de patiënt gewapend, op de hoogte van zijn angst hier en van zijn problemen thuis, die men als huisarts kent en waar de specialist geen weet van heeft, ga dan zo met de specialist praten en overleg met hem over deze patiënt.

Vertel van zijn angst, van zijn zieke vrouw thuis, van zijn lastige of moeilijke kinderen of wat al niet meer, want dan kan deze patiënt zich veilig voelen „tussen de dokters”. Want er dreigen ook bij de specialist gevaren dat hij teveel technicus, teveel orgaan-specialist wordt en de mens in nood met al zijn angsten uit het oog verliest. Genezen is meer dan beter maken alleen; de echte geneeskunst blijkt het beste bij de ongeneeslijken.

Soms heeft men als huisarts de neiging de volgende stelling te verkondigen: de specialist is een technisch verlengstuk of, zo men wil, een technisch hulpmiddel voor de huisarts dat hij inschakelt, waarheen hij verwijst als hij technisch tekort schiet om zijn patiënten te genezen. De specialist moet geen vak-idiot worden, maar

de mens in de patiënt blijven zien, hij behandelt geen hartinfarcten, magen of galblazen. Hij heeft niet een interessante Kahle óf een boeiende leukemie, want dan wordt de patiënt gemangeld „tussen de dokters”.

Laat dus de huisarts zijn functie in het ziekenhuis goed zien en in overleg met de patiënt en met de specialist, zijn eigen taak, zijn „genezen” blijven uitvoeren. Want een tweede stelling die ik zou willen poneren is: de huisarts die niet ten minste éénmaal per week zijn patiënten in het ziekenhuis bezoekt en aan de hand daarvan, al dan niet met de behandelend specialist overlegt, faalt in zijn functie als huisarts.

Tenslotte in het kort een aantal opmerkingen. De patiënt komt „tussen de dokters” na verwijzing door de huisarts, in goed overleg met de patiënt en voorzien van een fatsoenlijke verwijsbrief met relevante informatie. Ongetwijfeld moeten er regels en reglementen zijn, maar alle communicatie staat en valt met de mensen die het uitvoeren. Als men de reglementen nodig heeft, is het niet best meer. Er moet een goed samenspel zijn, ook bij poliklinische verwijzingen. Dat betekent dat de specialist ook iets weet van de deskundigheid van de huisarts en die patiënten terugverwijst, die best door de huisarts verder kunnen worden behandeld: diabetes, hypertensie, pernicious anemie; bijvoorbeeld de internist, evenals de gynaecoloog die „pilotcontroles” blijft doen, wekken de gedachte commercieel te zijn ingesteld.

In de relatie huisarts-patiënt-specialist heeft de patiënt wel degelijk een woordje mee te praten, hij is mondig, hij mag ook weten wat er aan scheelt, het gaat om zijn eigen corpus, om zijn eigen „lijf”, in veel gevallen misschien zelfs om zijn lijfsbehoud. Wij moeten niet terwille van eigen stand of standing, of om ons eigen hachje, noch huisarts, noch specialist, de patiënt de dupe laten worden, want dan is deze letterlijk en figuurlijk dan „tussen wal en schip” gekomen!