

G. W. EGBERTS

## Patiënt – huisarts – specialist: een driehoeksverhouding

Aan de hand van twee casusbesprekingen wordt een pleidooi gehouden voor een actieve opstelling van de huisarts bij de communicatie tussen patiënt en specialist. De aanwezigheid van de huisarts bij een slecht-nieuwsgesprek betekent niet alleen een belangrijke steun voor de patiënt, maar verhoogt ook de trefzekerheid van het verdere beleid van de huisarts.

### Inleiding

In gevallen waarin de huisarts een patiënt thuis verder moet begeleiden na een ziekenhuisopname of een polikliniekbezoek, is het van groot belang dat er een goede communicatie bestaat tussen patiënt, huisarts en specialist. Te vaak wordt de communicatie gereduceerd tot instant-berichtgeving. De arts zou voortdurend dienen te beseffen dat iedere communicatie een specifiek doel heeft met betrekking tot die ene patiënt. 'Verbetering in de relatie huisarts/specialist dient niet gezocht te worden in het slechten van geschilpunten, maar in het respecteren van het feit dat deze verschillen er zijn, om vervolgens na te gaan hoe men anders met deze verschillen kan omgaan.'<sup>1</sup>

Mulder noemt de relatie tussen huisarts en specialist, naar analogie van de LAT-relatie, de WAT-relatie: working apart together.<sup>2</sup> Verbeteringen in deze relatie komen echter niet vanzelf tot stand. Het horen van een lezing of het lezen van een artikel, zelfs het uitspreken van de intentie tot verbetering zal op zichzelf niet leiden tot zo'n verbetering.

Zelf heb ik getracht bij twee van mijn patiënten de communicatie tussen patiënt, huisarts en specialist te verbeteren. Het gaat hierbij om twee patiënten die van de betreffende specialist een slecht bericht te horen kregen, het bericht van een ernstige ziekte. Deze twee ziektegeschiedenissen zijn hier uitvoerig weergegeven.

### Een vrouw met multipole sclerose

#### Eerste bezoek

In juli 1983 kwam een 39-jarige vrouw op mijn spreekuur met het verhaal dat ze in de auto niet goed kon zien wat er van rechts kwam. Tevens werd ze duizelig als ze het hoofd naar achteren bewoog. Bij onderzoek vond ik een nystagmus naar rechts en een duidelijke uitval in het rechtergezichtsveld. Dit was voor mij reden patiënte te verwijzen naar de neuroloog.

Omdat bij herhaling een postnystagmus werd gevonden, werd besloten tot opname. Er werd onder andere een lumbaalpunctie verricht. Na onderzoek van haar liquor kwam vast te staan dat bovenaan in de differentiële diagnose multipole sclerose moest staan. Na de ziekenhuisopname volgden enkele poliklinische bezoeken. Gedurende deze periode heb ik patiënte niet meer gezien.

#### Nieuwe klachten

November 1984 bezocht ze mijn spreekuur in verband met lage rugklachten. Toen zij mijn spreekkamer binnen kwam, schrok ik van haar looppatroon: ze liep erg stutelig met een breed gangspoor. Volgens haarzelf waren de rugklachten ontstaan na tillen. Bij onderzoek vond ik onder andere beiderzijds zeer heftige kniepeesreflexen en pathologische voetzoolreflexen.

Tijdens het consult wist ik niet goed hoe ik dit probleem zou benaderen, omdat ik er heilig van overtuigd was dat dit een exacerbatie was van multipole sclerose. Ik gaf haar wat pijnstillers en vroeg haar een week later op mijn spreekuur terug te komen.

Voor dit volgende consult had ik wat extra tijd uitgetrokken. Zij vertelde dat de rugklachten wel wat verminderd waren, maar het lopen ging allesbehalve goed. Ik wilde nu graag van haar weten in hoeverre zij op de hoogte was van haar ziekte en ik vroeg haar wat men haar in het ziekenhuis had verteld. Zij antwoordde dat zij een zenuwontsteking had, die erg lang kon duren, waar geen medicijnen voor waren, en dat zij veel moest rusten en geduld moest hebben. Zij voegde eraan toe dat ze zo langzamerhand ook niet meer wist waar ze aan toe was, omdat het lopen steeds slechter en onzekerder ging. Ze voelde zich aan het lijntje gehouden.

Om het beleid en de begeleiding in het ziekenhuis niet te doorkruisen, stelde ik haar het volgende voor: ik zou contact opnemen met de betreffende neuroloog

om met hem te bespreken hoe de zaken ervoor stonden. Daarna zou ik haar berichten over het verloop van dit gesprek.

#### Het gesprek

Ik heb de neuroloog opgebeld en met hem een afspraak gemaakt om over deze patiënte te spreken. Hij bleek hier direct toe bereid. Ik heb hem het probleem voorgelegd en zijn conclusie was: 'we moeten met de billen bloot'. Hij vroeg of ik dat als huisarts moest doen of hij als specialist. Ik verzocht hem of hij dit wilde doen, met mij als huisarts erbij. Mijn argumentatie was dat ik in de toekomst veel met de begeleiding te maken zou krijgen. Hij schrok hier wel een beetje van, omdat het de eerste keer was dat hij een dergelijk verzoek kreeg. Hij had er echter geen moeite mee op mijn verzoek in te gaan. Ik arrangeerde met het echtpaar een afspraak op een vrijdagmiddag om 12.00 uur op de kamer van de spjcialist.

Het slecht-nieuwsgesprek duurde ongeveer drie kwartier. Hierin ging de neuroloog vooral in het begin erg gestructureerd te werk en liet hij de patiënte eerst uitgebreid zelf vertellen wat ze van haar ziekte dacht. Er was namelijk tijdens de ziekenhuisopname reeds informatie door de neuroloog gegeven in de richting van de multipole sclerose, maar van deze informatie was zeer weinig bij patiënte overgekomen of blijven hangen.

Het was voor het echtpaar een duidelijke schok te horen dat patiënte leed aan multipole sclerose. Patiënte en haar man hadden echter wel gedacht in die richting, omdat een zusje ook aan deze ziekte leed, zij het met een heel ander symptomencomplex. Ze werden uitgebreid geïnformeerd over ziekteverloop, het wisselende karakter van de ziekte, de ups en downs, enzovoort. De steeds terugkerende vraag tijdens dat gesprek van patiënte en haar man was: 'Kan er nou toch echt helemaal niets aan gedaan worden, dokte?'

Na afloop van het gesprek beloofde ik de volgende dag langs patiënte te gaan.

Er volgde opnieuw een gesprek van ongeveer drie kwartier. Juist nu merkte ik hoeveel voordeel ik kon putten uit het feit dat ik bij het gesprek van de dag daarvoor aanwezig was geweest. Opnieuw was er veel verloren gegaan of niet goed begrepen. Ik hoefde in het geheel niet te aarzelen om antwoorden te geven en voelde me vrij zeker van mijn zaak.

G. W. Egberts, huisarts te Blokker. Correspondentie-adres: James Grievelaan 2, 1695 HX Blokker.

### Een patiënt met een sigmoïdcarcinoom

#### Anamnese en lichamelijk onderzoek

In mei 1984 kwam een 53-jarige man op mijn spreekuur met de klacht dat hij al jarenlang af en toe wat rood bloed zag bij de ontlasting, dat dit de laatste weken was toegenomen en dat er nu pijn bij kwam, voornamelijk gelokaliseerd links onder in de buik. Zijn eetlust was goed en duidelijke vermagering was niet opgetreden. Evenmin waren er veranderingen in het defecatiepatroon. De verdere anamnese leverde geen bijzonderheden op. Voor deze klacht had hij nog nooit een arts geraadpleegd.

Bij uitwendig onderzoek van de buik kon ik geen duidelijke afwijkingen vaststellen. Het rectaal toucher leverde ook geen bijzonderheden op, met name geen pathologische weerstanden en er zat geen bloed aan de handschoen.

In verband met zijn leeftijd en zijn klachten liet ik een bloedbeeld bepalen en een colon-inloop vervaardigen. Het bloedbeeld vertoonde geen afwijkingen. Op de colonfoto werd een impressie gezien in het colon descendens over een afstand van ongeveer 6 cm. Mogelijk werd deze impressie veroorzaakt door een te grote linker nier; zekerheid hieromtrent kon de röntgenoloog op grond van deze foto niet geven.

#### Verwijzing

Naar aanleiding van de uitslag van de colon-inloop besloot ik de patiënt te verwijzen naar de internist. Poliklinisch werd een coloscopisch onderzoek gedaan, waarbij op 49 cm van de anus een circulaire stenose werd waargenomen met pathologische veranderingen van het slijmvlies. Het slijmvlies bloedde snel. Macroscopisch imponeerde dit als een carcinoom en er werden enkele bipten genomen. Bij verder onderzoek bleek de linker nier sterk vergroot, waarbij de gedachten uitgingen naar een polycysteuze nier of een secundaire hydronefrose ten gevolge van een dichtgedrukte linker urether door het ruimte-innemend proces.

Na afloop van het onderzoek werd patiënt meegedeeld dat er waarschijnlijk een kwaadaardig proces was in de dikke darm. Later die ochtend zou er een gesprek volgen. De internist belde mij op met de vraag of ik patiënt thuis 's middags wilde opvangen, omdat hij erg geschrokken was.

Op dat moment stelde ik voor dat ik aanwezig zou zijn bij het gesprek, dat een half uur later zou plaatsvinden. Ik zou dan de patiënt op dat moment kunnen opvangen en tegelijkertijd volledig op de hoogte komen van hetgeen de internist aan patiënt zou gaan vertellen.

#### Het gesprek

In het ziekenhuis trof ik een half uur later mijn patiënt, die uiteraard een verdrietige en sombere indruk maakte. Direct werden er al vragen op mij afgevuurd, zoals 'hoe moet dat nu verder', 'wat zijn de kansen', 'wat zal de behandeling zijn' en 'hoe lang heb ik nog te leven?' Er volgde een gesprek van ongeveer 20 minuten, waarbij ik me voornamelijk op de achtergrond hield. Ik probeerde me zoveel mogelijk te verplaatsen in de situatie van de patiënt en hoorde het verhaal van de specialist ook op die manier aan. De patiënt kreeg mijns inziens goed en eerlijk antwoord op zijn vragen. Hij zou de week daarop op de afdeling chirurgie worden opgenomen voor operatieve behandeling van zijn aandoening.

Voordat hij werd opgenomen, heb ik hem thuis nog bezocht en daarbij bleek dat het goed was dat ik aanwezig was geweest bij het gesprek met de internist. Er waren toch nog wat onduidelijkheden voor de patiënt, terwijl ik ervan overtuigd was, dat alles in goede en heldere bewoordingen was verteld. Hieruit blijkt weer eens dat het ontvangen en het verwerken van informatie slecht samengaan. Door mijn aanwezigheid bij het gesprek kon ik daar echter eenvoudig op terugkomen; de patiënt kon zich toen ook weer herinneren wat er was gezegd.

Tijdens de ziekenhuisopname heb ik

hem een aantal keren bezocht. Als huisarts ben je over het algemeen toch weinig betrokken bij de behandeling van je patiënten in het ziekenhuis. Door mijn aanwezigheid bij het gesprek tussen patiënt en internist voelde ik me echter veel meer betrokken bij de behandeling dan ik tot nu toe gewend was.

#### Epicrise

Op het ogenblik maakt de patiënt het uitermate goed. Er werd een sigmoïdrectie verricht in verband met een sigmoïdcarcinoom. De resectieranden waren vrij en er waren geen aanwijzingen voor lymfekliermetastasen. Later werd nog een nefrectomie verricht in verband met een nauwelijks functionerende linker nier ten gevolge van een enorme hydronefrose met een zeer smalle schors.

Zes maanden na het slechtnieuwsgesprek heb ik de patiënt verzocht om voor mij op papier te zetten hoe hij het heeft ervaren dat de huisarts bij het slechtnieuwsgesprek aanwezig was. Uit zijn brief citeer ik het volgende:

'Ik was zo met de verwerking van mijn probleem bezig dat ik geen moment angst of bedreiging ervaren heb. Wel ging er van de aanwezigheid van de huisarts een bepaalde steun uit. De wetenschap dat de huisarts met mijn probleem en mijn reactie daarop op de hoogte was, gaf mij het gevoel dat ik en mijn vrouw, indien nodig, direct bij hem om hulp konden komen zonder eerst alles te moeten uitlegen. Verder heb ik veel houvast gehad aan de woorden: 'de meeste mensen overleven dit' en 'als het hopeloos was, zouden wij u niet opereren'. De openheid waarmee het slechte nieuws verteld werd, heeft ook tot gevolg gehad dat het goede nieuws meer vertrouwd wordt. Doordat mijn ziekte met de specialist, huisarts en mij is doorgesproken was de huisarts hierbij meer betrokken, waardoor ik ook later tijdens zijn bezoeken in het ziekenhuis zowel als thuis makkelijker over mijn toestand en problemen kon spreken.'

### Beschouwing

De Nederlandse huisarts ziet langzamerhand steeds meer onderdelen van zijn werkterrein verdwijnen, zoals de verloskundige zorg en de consultatiebureau.

Wanneer de huisarts werkloos blijft toezien, zal in de nabije toekomst een weinig interessante baan overblijven. Daarom zal de huisarts zelf initiatieven moeten durven nemen, niet alleen op centraal, maar ook op perifeer niveau. Een voorbeeld van een dergelijk initia-

tief heb ik gegeven aan de hand van de hier vermelde casuïstiek.

Wanneer een patiënt naar de tweede lijn wordt verwezen, moet de huisarts een rol blijven spelen in de begeleiding van de patiënt, zeker als er een ernstige diagnose wordt vermoed c.q. gesteld.

Een eerste vereiste zal een goede communicatie zijn tussen specialist en huisarts. Een verwijsbrief waarin staat vermeld wat de huisarts van de specialist verwacht, indien een ernstige diagnose wordt vermoed, kan ertoe bijdragen dat de communicatie tussen huisarts, patiënt en specialist goed op gang komt.

Menig huisarts wordt regelmatig geconfronteerd met vragen van patiënten omtrent mededelingen die hen door de specialist zijn gedaan. Het is vaak moeilijk, soms onmogelijk, een uitleg te geven van hetgeen de specialist aan de patiënt heeft gezegd. Veel specialisten en huisartsen geven hun patiënten uitleg omtrent hun aandoeningen of klachtenpatroon. Te vaak wordt aangenomen dat de patiënt deze uitleg begrijpt, zonder dat dit wordt geverifieerd. Wanneer de huisarts geen goed beeld heeft van hetgeen de specialist aan de patiënt heeft verteld, kan dit de verdere begeleiding negatief beïnvloeden.

Een mogelijkheid om de communicatie tussen huisarts, patiënt en specialist beter te laten verlopen, is in de hier weergegeven casuïstiek naar voren gekomen. Dit betekent dat de huisarts tijd moet investeren in het bijwonen van een gesprek tussen patiënt en specialist. Deze investering in tijd werpt echter de volgende resultaten af:

- De patiënt voelt zich gesteund; hij/zij staat niet alleen.
- De patiënt krijgt het gevoel niet tussen wal en schip te raken, doordat beide artsen op dezelfde golflengte als de patiënt zitten: de begeleiding verloopt beter en effectiever.
- De huisarts voelt zich veel steviger in zijn schoenen staan tijdens de verdere begeleiding.

#### Dankbetuiging

Bijzonder veel dank ben ik verschuldigd aan mijn vriend en collega P. Bakker, huisarts te Westwoud.

<sup>1</sup> De Groot JB. Communicatie tussen huisarts en specialist: toetssteen of steen des aanstoots? In: Van Weel C, Danner SA. Huisarts en internist. Utrecht: Bunge, 1984.

<sup>2</sup> Mulder JD. Samenwerken: in het bijzonder tussen huisarts en specialist [Inaugurale rede]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1983.

IRENE VAN HAM

## Najaarscongres SIMG

**Het vijfendertigste SIMG-congres vond – zoals gebruikelijk – plaats in Klagenfurt, op 15-20 september 1986. Tijdens de eerste drie dagen waren de thema's: 'Het kind in de praktijk van de huisarts', 'Fysiotherapie' en 'Huisarts en gezin'; tijdens het internationale gedeelte werd gesproken over 'De kwaliteit van de patiëntenzorg', 'Onderzoek in de huisartspraktijk' en 'De risicopatiënt in de huisartspraktijk'.**

### Inleiding

De eerste drie dagen van het jaarlijkse SIMG-congres in Klagenfurt zijn vooral bedoeld als nascholing voor Oostenrijkse artsen. De voertaal is dan Duits. De laatste drie dagen hebben een meer internationaal karakter. Dan zijn er meer sprekers uit niet-Duitstalige landen en wordt er ook Engels en Frans gesproken. Gelukkig is er een simultaanvertaling.

Ik vond het ook nu weer de moeite waard om ook de eerste dagen van dit congres te bezoeken. De voordrachten stonden zeker op hetzelfde peil als die tijdens het internationale deel. Bovendien was de sfeer wat rustiger (minder mensen, alleen Duits, minder Nederlanders om op terug te vallen), zodat er gemakkelijker contacten met Oostenrijkse, Zwitserse en Duitse collega's konden worden gelegd.

Elke ochtend vonden er voordrachten plaats rond een centraal thema en 's middags waren er workshops en vrije voordrachten. Verder was er iedere middag een bijeenkomst van een Balintgroep, die praktisch geheel uit Oostenrijkse collegae bestond en ook diende als aanzet voor een meer blijvende Balint-groep na het congres.

### Het kind

Het thema van de eerste dag was: 'Het kind in de praktijk van de huisarts'.

I. van Ham, huisarts, wetenschappelijk medewerker aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht.

Verschillende aspecten van kinderen en hun problemen werden belicht, zoals kinderen met psychosomatische aandoeningen, kinderen met seksuele problemen, kinderen met motorische problemen en enuresis. Bij al deze onderwerpen bleken drie vragen voor de huisarts van groot belang te zijn: wie heeft hulp nodig, wie zoekt hulp, en wie is symptoombdrager?

Als diagnostische mogelijkheden bij kinderen met problemen werden genoemd: het laten maken van een tekening, het laten vertellen of het bijhouden van een dagboek (bij wat oudere kinderen). Bij kinderen met motorische problemen werd de (voormalige) overgang van de kleuterschool naar de basisschool genoemd als belangrijk diagnostisch moment.

's Middags was er een workshop over autogene training met kinderen en jongvolwassenen en een workshop over seksuele problemen bij kinderen.

### Fysiotherapie

Dinsdag stond de fysiotherapie in de schijnwerpers. Na een algemene voordracht waarin gewezen werd op de mogelijkheid de patiënt aan huis te laten behandelen door een fysiotherapeut (in vele landen kennelijk nog niet gebruikelijk), volgde een aantal voordrachten over meer specifieke onderdelen van de fysiotherapie.

In de eerste voordrachten werd veelvuldig verwezen naar therapieën met vaak fraai klinkende namen die mij als Nederlandse weinig bekend voorkwamen. Toch klinkt het niet onaantrekkelijk om een patiënt met een aanval van angina pectoris te behandelen door hem de rechterarm te laten onderdompelen in koud water. In gedachten zag ik mijn patiënten met oedeem van de benen al ijverig 'wassertreten' aan de oevers van het Gooimeer. Het aantrekkelijke van al deze therapieën is dat ze, behalve eenvoudig en goedkoop, ook een grote zelfwerkzaamheid van de patiënt vereisen.

De voordrachten over manuele diagnostiek en therapie, revalidatie van