

# Werken aan de overkant

## Indrukken van huisartsen in het ziekenhuis

DICK WILLEMS  
CEES APPELMAN

Willems D, Appelman CLM. Werken aan de overkant. *Indrukken van huisartsen in het ziekenhuis. Huisarts Wet* 1995; 38(11): 544-7.

**Samenvatting** Beide auteurs liepen, naast hun werkzaamheden in de huisartspraktijk, een aantal stages op specialistische poliklinieken die waren gericht op chronische ziekten. Mede aan de hand van casuïstiek worden de cultuurverschillen tussen huisartsen en specialisten beschreven, met het accent op twee aspecten: de verschillen in medisch denken, die vooral duidelijk worden in de fase van vraagverheldering en anamnese, en de verschillen in vormen van continuïteit van de zorg. Verschillen in medisch denken zijn in hoge mate terug te voeren op verschillen in positie binnen de gezondheidszorg; zij zijn vooral van belang waar huisartsenzorg en specialistische zorg complementair moeten zijn, bij de begeleiding van mensen met een chronische ziekte. Verschillen in opvatting over de inhoud van het begrip continuïteit dragen bij aan discrepanties in het systematisch monitoren van chronisch zieken en kunnen zo een belemmering vormen voor een goede samenwerking.

Dr. D. Willems, huisarts te Huizen;  
Dr. C.L.M. Appelman, huisarts te Utrecht.  
Correspondentie: Dr. D. Willems, Wadden 34,  
1274 GK Huizen.

### Inleiding

Hoe verloopt de communicatie tussen huisarts en specialist rond de verwijzing en de verdere begeleiding van patiënten met een chronische ziekte? In hoeverre wordt die communicatie beïnvloed doordat huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde verschillende culturen zijn, met verschillende praktische routines, technische objecten en impliciete overtuigingen? In dit artikel beschrijven wij een aantal verschillen tussen huisartsen en specialisten in dit soort termen.<sup>1</sup>

Beide auteurs waren de afgelopen drie jaar werkzaam in verschillende (poli)klinieken, zowel in Nederland als in het buitenland, met name Canada (Québec) en Engeland. Deze stages maakten deel uit van een 'Kadertraining huisartsen', waardoor huisartsen in staat gesteld worden hun expertise uit te breiden.<sup>2</sup> Zij participeerden zoveel mogelijk in de dagelijkse routines, en hadden zo de gelegenheid de specialistische praktijk en het medisch denken in het ziekenhuis van binnenuit te observeren. De auteurs bleven daarnaast werkzaam in de huisartspraktijk.

De deelgebieden waarop zij werkten en observeerden waren Cara (beiden), diabetes (CA), algemene endocrinologie (CA), reumatologie (DW), palliatieve zorg (DW) en revalidatie (DW). Per deelgebied verrichtten zij gemiddeld tussen de 50 en 200 consulten, woonden zij besprekingen mee en namen zij in voorkomende gevallen deel aan de klinische zorg voor patiënten. Tijdens de stages hielden beiden een logboek bij over de patiënten die zij onder behandeling hadden, en daarnaast noteerden zij hun observaties.

In dit artikel komen enkele gemeenschappelijke elementen uit deze stages aan de orde. Daarbij ligt de nadruk op twee aspecten die steeds terugkeerden en die bovendien van groot belang lijken voor de communicatie tussen beide 'culturen': het verschil in benadering van de vraag van de patiënt en de verschillende betekenissen die worden gehecht aan het begrip continuïteit.

### Vraagverheldering

Huisartsen weten dat de vraag van een patiënt niet altijd regelrecht volgt uit de klacht. De een wil van zijn klacht af, de ander wil weten of het erg is, een derde wil vooral de prognose weten. Huisartsen hebben een grote vaardigheid ontwikkeld in het achterhalen van de 'vraag achter de vraag'. Vraagverheldering is een belangrijk onderdeel van bijna elk huisartsgeneeskundig consult.

In de specialistische polikliniek gebeurt in het eerste consult niets wat lijkt op 'onze' vraagverheldering. Dat is deels te begrijpen uit het feit dat de specialist met twee vragers te maken heeft: de huisarts en de patiënt. Zelfs bij goed opgestelde verwijsbrieven behoeft de vraag van de huisarts vaak wel enige verheldering. Dat is ook geen wonder: we weten dat de verheldering van de vraag van de patiënt soms een heel consult in beslag kan nemen, maar we verwachten dat wij onze vraag in het laatste regeltje van de verwijsbrief voldoende kunnen duidelijk maken. Zittend op de stoel van de specialist merkten wij dat formuleringen die wijzelf als huisarts vaak gebruiken, voor de specialist toch onhelder kunnen zijn. Veel brieven van de huisarts bij verwijzing van mensen met Cara naar de long- of de kinderarts eindigen met de zin: 'Gaarne uw diagnostiek en behandelingsadvies, waarna graag terugverwijzing', of woorden van gelijke strekking. Zo'n vraag verdient verheldering: bedoelt de huisarts dat de patiënt na één consult weer moet worden terugverwezen of verwacht hij dat de specialist in een aantal consulten de patiënt zo ver als nodig onderzoekt en dan terugverwijst? Moet het specialistische consult onzekerheid bij de huisarts wegnemen, of onzekerheid bij de patiënt? Hoe wil de huisarts de verdere verdeling van de zorg en zijn daarover afspraken met de patiënt gemaakt? Het gebeurt (te) weinig dat er tussen huisarts en specialist rond een verwijzing contact wordt opgenomen om te zorgen dat men op één lijn zit. Dit is vooral in situaties van langdurige begeleiding, bijvoorbeeld rond mensen met een chronische ziekte, van belang.

Ook ten aanzien van de patiënt verloopt het eerste consult bij de specialist anders dan bij de huisarts. Typerend is in dat verband het verschil in formulieren. Huisartsen hanteren of een niet-voorgestructureerde anamnesevorm, zoals op de 'groene kaart', of zij registreren volgens het SOEP-systeem, waarin – als het goed is – ook vraagverheldering een plaats krijgt. Specialist gebruiken veelal voorgestructureerde anamneseformulieren, die minder gericht zijn op verduidelijking van de vraag van de patiënt dan op de exploratie van de symptomen. Op die formulieren komt de vraag 'waarvoor komt de patiënt eigenlijk?' of 'wat verwacht de patiënt van ons?' niet voor.

De formulieren zijn een goede weerspiegeling van een verschil in medisch denken, dat samenhangt met een verschil in positie in de gezondheidszorg. In het specialistische consult is het erom te doen de oorzaak van de klacht te achterhalen en daar iets aan te doen. Het lijkt alsof specialisten ervan uit mogen gaan, anders dan huisartsen, dat de vraag in het algemeen luidt: 'Help me van deze klacht af'. Methodisch werken houdt op de polikliniek dan ook vooral in dat geen enkele stap in de anamnese wordt overgeslagen.

Esther C, geboren in 1989, komt op de polikliniek kinderlongziekten. Haar moeder overhandigt de specialist een brief, die onmiskenbaar afkomstig is van een geautomatiseerde huisarts. Reden van verwijzing, anamnese, onderzoek, reeds ingestelde behandeling en vraagstelling staan onder aparte hoofdes. De brief bevat bovendien een uittreksel uit het journaal en eindigt aldus: 'Gaarne zou ik uw advies willen hebben over de ingestelde behandeling met inhalatiesteroïden. Ik zou Esther met behulp van uw advies graag zelf verder behandelen.' De specialist heeft een lege patiëntenstatus voor zich, die begint met een vragenlijst van zes pagina's, waarin symptomen, familie-anamnese, uitlokkende factoren, medische voorgeschiedenis achtereenvolgens aan de orde komen. Het doornemen van de lijst neemt het grootste deel van het consult in beslag. Hierna volgt een kort lichamenlijk onderzoek en verwijzing naar de assistente voor longfunctie- en allergietests.

De gebruikte lijst is een standaard-anamnese, een checklist van vragen die gesteld behoren te worden bij astma, onafhankelijk van wat de vraag van de patiënt is. De vragenlijst levert een grote hoeveelheid informatie op. De nadruk ligt in de specialistische geneeskunde, veel meer dan in de huisartsgeneeskunde, op compleetheid, zowel ten aanzien van de klacht als ten aanzien van de medische voorgeschiedenis, de familie-anamnese, sociale omstandigheden en dergelijke.

Ons beкроop tijdens de stades geregeld het gevoel dat de specialist over deze dingen soms meer wist dan wij als huisartsen meestal weten. Daar staat tegenover dat huisartsen beschikken over een ander soort kennis: zij hebben gezien en meegevoelt hoe patiënten in eerdere episoden met ziekte omgingen en kunnen daardoor inschatten hoe dat in de betreffende episode zal gaan. De huisarts hoeft in het algemeen zijn kennis van de patiënt niet via vragenlijsten te verwerven.

Het hier beschreven verschil in benadering is een weerspiegeling van een verschil in type medische kennis en medisch denken. Huisartsen gaan uit van een type kennis waarin dossiergegevens en minder formaliseerbare kennis over de persoonlijke trekken van de patiënt en communicatiepatronen binnen diens gezin samenkomen. In het denken van huisartsen spelen overwegingen die te maken hebben met die persoonlijke inschatting een grote rol. Dit kan ertoe leiden dat een huisarts afziet van een standaard-anamnese bij een bepaalde klacht, of die anamnese aanpast aan de persoonlijke situatie van de patiënt. Dat zal in de specialistische setting minder gauw gebeuren. Vooral in het begin staan patiënt en specialist als vreemden tegenover elkaar, hetgeen het afwerken van standaard-anamnese zinvol en gepast maakt. Dat verandert in de loop van de specialistische begeleiding van een chronische ziekte, maar toch blijft de kennis van de specialist, met name wat de gezinsituatie betreft, minder persoonlijk dan die van de huisarts. Het denken van specialisten blijft dienovereenkomstig, meer dan dat van de huisarts, gericht op de ziekte als dysfunctie, als verstoring.

Dit verschil is van belang bij het denken over complementariteit van huisarts en specialist. Meestal wordt deze omschreven als de relatie tussen twee professionals, die beiden deskundig zijn op hetzelfde gebied, maar de één wat meer dan de ander. Uit het werken op de polikliniek is ons dus gebleken, dat het ook gaat om verschillende denkwijzen.

### Continuïteit

Zowel in de huisartsgeneeskundige als de specialistische cultuur is het begrip 'continuïteit' van toepassing. De ervaring van beide auteurs is echter dat aan dit begrip verschillend inhoud wordt gegeven.

Een van de kenmerken van de huisartsgeneeskunde is het verlenen van continue zorg. Officieel wordt hier nog steeds onder verstaan dat binnen het veld van de gezondheidszorg de eigen huisarts de eerste persoon is tot wie een patiënt zich richt. De patiënt doet dit met elk probleem dat in zijn perceptie voorgelegd kan worden aan de eigen huisarts, hoewel er meestal fysieke aspecten aan het probleem zullen zijn verbonden. De eigen huisarts is 'continu' beschikbaar.

Hoewel de laatste decennia aan dit immer bereikbaar zijn door nacht- en weekenddiensten en part-time werken beperkingen zijn aangebracht, heeft elke patiënt (nagenoeg altijd) de mogelijkheid om de eigen huisarts elke willekeurige werkdag te consulteren. Zeker in de beleving van de patiënt is er sprake van een eigen huisarts. Hierdoor bouwt de huisarts een hoeveelheid kennis van de persoon van een patiënt op, die in elk volgend contact weer wordt gebruikt als context van een nieuwe klacht.

Kenmerkend is echter dat in de meeste gevallen de patiënt het initiatief neemt tot een contact. Ook in de contacten met patiënten met een chronische aandoening is dit nog vaak het geval. Van systematische monitoring door de huisarts van een chronische aandoening is nog lang niet altijd sprake. Vaak loopt de herhaalreceptuur via de doktersassistente. En zolang zich bij de patiënt geen nieuwe ontwikkelingen of complicaties voordoen, maakt deze geen

nieuwe afspraak voor controle van zijn chronische aandoening. Soms wordt tijdens een contact voor een andersoortig probleem de controle van de chronische aandoening te berde gebracht: 'Dokter, nu ik hier toch ben, kunt u nog eens mijn bloeddruk meten. Dat is alweer een tijdje geleden', of: 'A propos, hoe gaat het eigenlijk met je astma? Geen last gehad het laatste jaar?'

Bij de specialist daarentegen betekent continuïteit: continue behandeling van één, soms langdurige ziekte-episode. Vooral in grotere centra kan dit inhouden dat deze behandeling niet altijd door een en dezelfde persoon geschiedt. Na een eventuele diagnostische fase zullen vaak expliciete behandeldoelen worden geformuleerd, die bij chronische aandoeningen derhalve vaak niet genezing omvatten. Het monitoren van de aandoening gebeurt systematisch en het initiatief tot de vervolcontacten ligt doorgaans bij de specialist: 'Maakt u bij de secretaresse een nieuwe afspraak op mijn spreekuur voor over drie maanden, en een week daarvoor bij het laboratorium'. De specialist bepaalt doorgaans het tijdstip van het volgend contact. En dit contact staat dan duidelijk in het teken van steeds dezelfde aandoening, waarvoor de patiënt onder behandeling is. Systematisch wordt de status bepaald en wordt nagegaan of de behandeldoelen worden bereikt, of dat daarvoor een beleidsverandering nodig is.

Op de polikliniek voor longziekten komt de heer P. Hij bezoekt de longarts eens per zes maanden in verband met zijn emfyseem. 'Hoe gaat het met u?', begint de specialist. Vanzelfsprekend antwoordt de heer P hoe het met zijn ademhaling gaat: 'Die nieuwe medicijnen helpen goed, dokter! Ik heb al in geen weken Ventolin meer gebruikt. En ik kan weer een beetje gemakkelijker de trap op'.

Consulten op een polikliniek hebben een grotere vanzelfsprekendheid dan bij de huisarts. Patiënten en specialist weten van tevoren waar het over gaat. In de huisartspraktijk ligt dit anders. Als de heer P op de spreekuuragenda staat, kan het zijn dat hij voor zijn emfyseem komt, maar ook (of

tegelijk) om over de problemen met zijn werkgever te praten. Controles voor chronische ziekten en overige gezondheidsproblemen lopen bij de huisarts veel meer door elkaar dan bij de specialist.

Een beschouwing over dit verschil in opvatting over het begrip continuïteit en de consequentie ervan voor de zorg aan chronisch zieken vormt een extra reden om het inrichten van specifieke spreekuren bij de huisarts voor controles van verschillende chronische ziekten te overwegen, zoals dat bijvoorbeeld in Engeland gebeurt.

Naar onze indruk vormt het vermoeden bij de specialist dat het monitoren van chronisch zieken door de huisarts onvoldoende systematisch plaatsvindt, een zwaarwegende reden voor het 'vasthouden' van een patiënt en het niet overdragen van de controles aan de huisarts.

Een ander opvallend verschil met de huisartspraktijk is dat specialisten het contact met de patiënt kunnen beëindigen, omdat de behandeling af is (of uitzichtloos), of omdat de huisarts de begeleiding over kan nemen na terugverwijzing van de patiënt.

Mevrouw E, 35 jaar, komt voor het eerst op de polikliniek reumatologie. Zij heeft al enkele jaren verspreide gewrichtsklachten, waarvoor door een klein legertje specialisten nooit een oorzaak is gevonden en die tot nu toe tevergeefs op allerlei manieren zijn behandeld. De huisarts schrijft als waarschijnlijkheidsdiagnose 'fibromyalgie?'. Mevrouw E zegt dat ze al haar hoop op deze dokter heeft gevestigd. Het consult eindigt voor haar teleurstellend. Na een uitgebreide anamnese en een onderzoek van de gewrichten zegt de reumatoloog dat hij absoluut niets voor haar kan doen, dat haar klachten niet op zijn terrein liggen, en dat ze van al dat 'gedokter' niet beter zal worden. 'U hoeft hier niet meer terug te komen', luidt de slotzin.

Het is duidelijk dat de huisarts wel kan zeggen, dat mevrouw E. moet ophouden met 'shopping', maar dat hij alleen kan zeggen dat ze niet terug hoeft te komen als hij haar uit zijn praktijk wil zetten. Patiënten kunnen altijd terugkomen bij hun huisarts. Het terrein van de specialist is daar

door meer afgeperkt, overzichtelijker, en in dit opzicht ook gemakkelijker.

## Beschouwing

Aan het begin van dit artikel is gesteld dat huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde beschreven kunnen worden als twee verschillende culturen. Onderzoek naar wat er gebeurt op het grensvlak van die twee culturen zal ook van kwalitatieve aard moeten zijn. De stages die de deelnemers aan de Kaderopleiding huisartsen in diverse ziekenhuizen hebben gelopen, geven aanwijzingen waar zo'n kwalitatief onderzoek over zou moeten gaan – het zijn 'pilots'.

Wat valt er – voorzichtig – uit dergelijke 'pilots' te concluderen?

Ten eerste, dat voor goede communicatie kennis van elkaars praktijken nodig is. Met andere woorden: huisartsen en specialisten zouden vaker in elkaars keuken moeten kijken en meemaken hoe het 'aan de andere kant' werkt. Eén van de manieren waarop de huisarts zijn inzicht in de specialistische geneeskunde zou kunnen vergroten en op peil houden, en daarmee het verschil in cultuur zou kunnen overbruggen, is door meer in het ziekenhuis te gaan doen.

De rol van de huisarts in het ziekenhuis is in Nederland beperkt. Van invloed op wat er met patiënten gebeurt, is alleen sprake als de huisarts daar iets voor onderneemt. Participatie in patiëntenzorg in Québec liet zien dat dat ook anders kan. Op het platteland wordt de staf van het ziekenhuis vaak gevormd door de huisartsen, maar zelfs in de miljoenenstad Montréal is het niet ongewoon dat huisartsen ziekenhuisbedden hebben, waar ze patiënten met bijvoorbeeld een pneumonie kunnen laten opnemen, en waar zij de medische coördinatie blijven houden. Specialisten komen daar eventueel in consult. In het Jewish General Hospital in deze stad heeft de vakgroep huisartsgeneeskunde een eigen opname-afdeling.

Daarnaast komt het veel voor dat huisartsen naast hun vrijgevestigde praktijk gedurende één à twee dagdelen meewerken op een polikliniek en zo hun specifieke

ke expertise ontwikkelen en op peil houden. Ook in Engeland, waar tijdens de opleiding tot huisarts onder andere een lange tijd op een afdeling en een polikliniek van een specialisme wordt gewerkt, is het niet ongebruikelijk dat dit na vestiging als huisarts nog voor een dagdeel wordt gecontinueerd. Soms wordt een nieuwe huisarts binnen een groep op grond van deze ervaring aangetrokken. 'Het belangrijkste voordeel', aldus een Canadese 'huisarts-orthopeed', 'is dat je een goed contact hebt met de meeste specialisten, en dat ik mijn orthopedische ervaring ook kan gebruiken in de groepspraktijk waar ik werk.' Op de vraag of zijn polikliniekwerk sterk interfereerde met zijn huisartspraktijk was het antwoord dat het organisatorisch alleen mogelijk was, omdat hij in een groep werkte.

Het lijkt zinvol om ook in Nederland de mogelijkheid te onderzoeken om voor huisartsen die specifieke interesse en ervaring op een bepaald deelgebied hebben, de gelegenheid te scheppen om (bijvoorbeeld een dagdeel per week) op de polikliniek mee te werken. Niet alleen om de expertise te onderhouden, maar ook om meer begrip te kweken voor elkanders beperkingen en om de cultuur te kennen waarmee gecommuniceerd wordt.

Ten tweede laten onze ervaringen in de specialistische setting zien, dat er behoefte is aan verder onderzoek, vooral omdat in de toekomst een groter beroep zal moeten worden gedaan op goede communicatie

tussen huisarts en specialist. Als er werkelijk een situatie van complementariteit moet ontstaan, dan moeten de verschillen in werk- en denkwijze (in dit artikel met de term 'cultuur') aangeduid nauwkeuriger in kaart worden gebracht dan wij op basis van onze, niet op onderzoek gerichte stages hebben kunnen doen. Het zou aanbeveling verdienen om participerende observaties te verrichten in een aantal verschillende klinische settings, waar mensen met chronische ziekten worden begeleid. Kwalitatieve vormen van onderzoek lijken hiervoor in eerste instantie het meest geschikt, omdat het gaat om het verkrijgen van inzicht in problemen in communicatie.<sup>3</sup> Te denken valt, behalve aan Cara, diabetes en gewrichtsproblemen, aan ziekten als kanker en aan chronische psychiatrische patiënten. Daarbij zou niet alleen gekeken moeten worden naar de boven aangeduide verschillen in vraagverheldering en in continuïteit, maar zouden ook aspecten als het werken met standaarden en protocollen, overlegsituaties en praktijkvoering nader moeten worden onderzocht.

#### Literatuur

- 1 Payer L. *Medicine and culture*. New York: Holt, 1988.
- 2 Dinant GJ, Crebolder HFJM, Op 't Root J. De SGO-kaderopleiding huisartsen. *Med Contact* 1992; 47: 913-4.

- 3 Crabtree BF, Miller WL, eds. *Doing qualitative research. Research methods for primary care*. Vol 3. Newbury Park: Sage, 1992. ■

#### Abstract

**Willems D, Appelman CLM. Werken aan de overkant. *Huisarts Wet* 1995; 38(11): 543-7.** In this paper two general practitioners describe their experiences of working in a hospital during two years with several categories of patients with a chronic disease. These clinics were performed while they continued to practice in primary care as well. Illustrated by case histories they describe cultural differences between primary and secondary care focusing on two specific items: the differences in medical thinking, which are manifest in the stage of problem identification and history taking, and the differences between the concepts of continuity of care. The authors conclude that differences concerning medical thinking are based to a large extent upon differences between positions in the system of health care. It is important to be aware of them there where primary care and specialist care are supposed to be complementary, more specific: in the surveillance of patients with a chronic disease. Differences in interpretation of the subject continuity add to discrepancies concerning the systematic monitoring of chronic ill people. Awareness of these differences is helpful to realize a fruitful cooperation between general practitioner and specialist.

**Correspondence** Dr. D. Willems MD, Wadden 34, 1274 GK Huizen, The Netherlands.