

Iedere patiënt een eigen gebruiksaanwijzing



In de stadspraktijk, waar ik het eerste jaar als aios heb doorgebracht, bevinden zich veel expats. Hoogopgeleide mensen met een diverse culturele achtergrond, die vaak gewend zijn aan een heel ander gezondheidssysteem dan het onze. Dit brengt een heel eigen soort vragen en problemen met zich mee. Zoals de Franse bloedsuikermeter die de glucose rapporteert in mg/dl in plaats van in mmol/l. Een hypoglykemie lijkt dan ineens een hyperglykemie.

Ook merkte ik dat deze patiënten een hele andere aanpak van mij als huisdokter vereisten. Zo herinner ik mij een vrouw uit Israël, die meende dat alleen een scan haar zou kunnen geruststellen over haar spierspanningshoofdpijn. Het vergde heel wat moeite om niet 'gewoon' aan haar verzoek gehoor te geven. Het had zeker een hoop tijd en ergeris gescheeld.

Op dat soort momenten is het goed om te weten dat Verhagen et al. bevestigen dat de aanbevelingen uit verschillende NHG-Standaarden om iets niet te doen (bijvoorbeeld geen MRI bij specifieke rugklachten) vaak goed wetenschappelijk onderbouwd zijn. In tegenstelling tot veel adviezen om iets wel te doen. Patiënten hechten vaak veel waarde aan aanvullend onderzoek. Het feit dat elke vraag tijdens de anamnese en elk onderzoek tijdens het lichamelijk onderzoek al een stap is in het diagnostisch proces krijgt daardoor minder erkenning. Als de patiënt vanuit het thuisland gewend is om direct aanvullend onderzoek te krijgen, kan dit botsen met de Nederlandse terughoudendheid.

Expats zijn zeker niet de enige patiëntengroep met een eigen gebruiksaanwijzing. Aan het andere uiterste van het spectrum bevinden zich patiënten met een verstandelijke beperking. Bakker et al. spraken met huisartsen over de zorg voor deze patiënten. Huisartsen voelen zich vaak niet bekwaam om de specifieke problemen van deze patiënten te herkennen. Ik heb zelf in ieder geval bij deze patiënten de neiging om meer onderzoek te willen om onzekerheid bij mijzelf weg te nemen. Terwijl ik bij deze groep juist meer bedacht zou moeten zijn op het herkennen van andere problemen, zoals seksueel misbruik.

Het herkennen van een probleem begint bij het erkennen van het bestaan ervan. Daarom willen sommige patiënten zo graag een onderzoek of verwijzing. Pas als ze die krijgen hebben zij het idee dat de dokter erkent dat er inderdaad een probleem is. Dan moet ik uitleggen dat het achterwege laten van een onderzoek niet betekent dat ik het probleem wil bagatelliseren. Bij andere patiënten moet ik juist bedacht zijn op problemen waar de patiënt niet zelf mee komt.

Dat iedere patiënt of patiëntengroep een eigen aanpak vergt, maakt het er niet makkelijker op. Maar als het dan lukt om de patiënt met spierspanningshoofdpijn gerust te stellen zonder scan, is het des te mooier.

Nadine Rasenberg