

huisarts en wetenschap



maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap

REDACTIONEEL

Extra- en intramurale geneeskunde

In zijn artikel „Huisarts en ziekenhuis-patiënt” bespreekt *De Melker** een onderwerp, dat in dit tijdschrift nog vrijwel niet aan de orde is geweest. Eigenlijk een bemerkenswaardig feit, wanneer men zich realiseert dat het derde lustrum van de Woudschotenconferentie al achter de rug is.

Wanneer men het principe van de continue zorg voor de patiënt door de huisarts belijdt, houdt dit in dat de verantwoordelijkheid van de huisarts voor de patiënt, die in een ziekenhuis is opgenomen — evenals na elke andere verwijzing — niet is geëindigd. Weinig huisartsen zullen dit willen ontkennen of bestrijden. Echter, het vorm geven aan deze verantwoordelijkheid is minder eenvoudig dan het uitspreken.

Het probleem ligt ook niet zo eenvoudig. Wanneer er sprake is van medeverantwoordelijkheid — dat wil zeggen gedeelde verantwoordelijkheid — dan houdt dit in, dat ook de andere drager van verantwoordelijkheid, een stem in het kapittel heeft. Is de specialist ook zo van dit principe overtuigd, zodat hij de medeverantwoordelijkheid van de huisarts voor de ziekenhuis-patiënt zal willen erkennen?

Een concreet voorbeeld diene om de problematiek te verduidelijken. Op verzoek van de huisarts wordt een bejaarde patiënte met onduidelijke maagklachten door de internist opgenomen. Na enige dagen wordt een hernia diafragmatica gevonden en een operatie overwogen. Men kan zich voorstellen dat in dit stadium de huisarts behoefte heeft in de beraadslagingen te worden betrokken. Hij immers weet of er bij deze patiënte thuis voldoende opvang is, hoe de mogelijkheden zijn om thuis dieet te houden enzovoort. In de praktijk be-

tekent dit dat de huisarts op zeer korte termijn dient te worden ingelicht en waarschijnlijk naar het ziekenhuis zal moeten komen voor een bespreking. De communicatieproblemen zijn niet gering. Het is duidelijk dat een dergelijk overleg een bepaalde attitude vereist en bovendien, zowel van de huisarts als van de specialist, een aanzienlijke hoeveelheid tijd vergt. Misschien is het verstandiger het ideaal wat lager te stellen en voorlopig alleen te streven naar een betere voorbereiding op — en opvang na — de ziekenhuisopname.

In het algemeen is nog veel te weinig nagegaan welke consequenties de praktische uitwerking van de idealistisch gestelde taakomschrijving van de huisarts, geformuleerd tijdens de Woudschotenconferentie, heeft. Het is niet onmogelijk dat bij nader onderzoek zal blijken dat er destijds in sommige opzichten te hoog is gegrepen, met het gevolg dat dit appellerende credo — naast veel bezieling — ook de nodige frustratie heeft veroorzaakt.

Hoe nuttig het is dat de positie van de huisarts ten opzichte van de ziekenhuisgeneeskunde aan de orde wordt gesteld, komt ook naar voren waar de schrijver uit eigen ervaring en uit de literatuur signaleert, hoezeer de ziekenhuisgeneeskunde het gevaar in zich heeft van een te technische benadering en van infantiliseren en somatiseren van de patiënt. Vaak voldoet de huisarts aan een dringende behoefte door een meer persoonlijke benadering van de patiënt, geënt op de vaak reeds lang bestaande relatie tussen huisarts en patiënt.

Tegelijkertijd vraagt men zich echter af of dit het enige antwoord mag zijn op de vraag naar een minder eenzijdig georiënteerde ziekenhuisgeneeskunde. De huisarts heeft bepaald niet het monopolie van de integrale geneeskunde. Integendeel, door

* (1971) huisarts en wetenschap 14, 418-422.

zijn invloed zou de huisarts moeten helpen bevorderen dat in de ziekenhuisgeneeskunde meer rekening wordt gehouden met de psychosociale problematiek van de patiënt. Ook daarvoor zal een goede communicatie tussen huisartsen en specialisten nodig zijn.

Mijns inziens ligt hier een duidelijke taak voor

de bijdrage van de docenten in de huisartsgeneeskunde aan het curriculum. Misschien kunnen de huisartsen op dit gebied zelfs een bijdrage leveren aan de nascholing van de specialisten. Waarom eigenlijk niet? De huisartsen worden immers zelf ook voor het grootste deel door specialisten nageschoold!

S. van der Kooij

De huisarts en de ziekenhuispatiënt

DOOR R. A. DE MELKER, HUISARTS TE LENT*

Volgens het zogenaamde *Woudschotenrapport* van het Nederlands Huisartsen Genootschap dient de huisarts continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen te verlenen. Volgens deeltaak 7 kan hij „ad hoc” en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan.

Het is duidelijk dat, wil de huisarts aan deze taak voldoen, nauwe samenwerking met de behandelende specialist noodzakelijk is, zeker wanneer de patiënt in een ziekenhuis is opgenomen. Bovendien kan hij deze taak slechts uitvoeren indien hij de patiënt regelmatig zelf ziet, in dit geval doordat hij zijn patiënten in het ziekenhuis regelmatig gaat opzoeken. Hierbij dient hij zich niet te beperken tot een handdruk, maar moet hij zich van het verloop van de behandeling op de hoogte stellen en vooral de patiënt in het ziekenhuis begeleiden, dat wil zeggen naar zijn problemen luisteren, hem met zijn kennis terzijde staan en de patiënt helpen belangrijke beslissingen te nemen (bijvoorbeeld bij operatieve ingrepen en wat dies meer zij). Natuurlijk moet de huisarts bedenken, dat hij geen rechtstreekse verantwoordelijkheid heeft en dat hij zich dus, vooral wanneer hij niet precies van alle feiten op de hoogte is, op de vlakte dient te houden. Daarom is het dan ook van het grootste belang dat hij zo goed mogelijk is geïnformeerd, wil hij zich ook van deze taak kunnen kwijten.

Het is duidelijk dat op genoemde punten niet altijd een ideale situatie bestaat. Welke obstakels zijn er die een dergelijke ideale toestand in de weg staan?

1 Het contact met de behandelende specialist is vaak lang niet volmaakt. De huisarts is zeker bij zijn patiënten in het ziekenhuis niet altijd precies op de hoogte van het stadium waarin het proces van het stellen van de diagnose verkeert, van de

ingestelde therapie, eventueel opgetreden complicaties enzovoort. In kleine ziekenhuizen bestaat vaak wel contact met de specialist op de zogenaamde koffie-uurtjes, maar zelfs dan zal de specialist de huisarts veelvuldig moeten inlichten wil deze steeds „bij” zijn. Het ontvangen van een brief met informatie maanden na het ontslag, hetgeen vooral bij academische klinieken nog wel voorkomt, is natuurlijk gezien bovenstaande geheel onjuist.

Helaas zien nog steeds sommige specialisten niet in dat een snel, kort en zakelijk bericht van meer belang is voor patiënt en huisarts dan een uitgebreide ontslagbrief die pas na enige maanden wordt verzonden.

2 Lang niet alle huisartsen bezoeken wekelijks de patiënt in het ziekenhuis. Op het platteland speelt de afstand zeker een rol, maar ook in de steden waar deze problemen niet bestaan, bezoeken lang niet alle huisartsen regelmatig al hun patiënten. In de grote steden kan als bezwaar voor het bezoeken van de patiënt in het ziekenhuis worden aangemerkt, dat de patiënten vaak over verschillende ziekenhuizen zijn verdeeld.

3 De huisarts is vooral in wat grotere ziekenhuizen een „onbekende”. Hij past niet in de normale, efficiënte bedrijfsvoering, kortom hij heeft geen eigen plaats in het ziekenhuis. Natuurlijk, hij heeft ten alle tijde toegang en veel specialisten zullen deze bezoeken van de huisarts aan zijn patiënten waarderen, doch hij blijft een storend element die de verpleegster, net van plan de patiënt te gaan helpen, in de weg staat.

4 Vooral in oudere ziekenhuizen waar nog grote zalen bestaan, is een persoonlijk contact, een gesprek zonder dat anderen dit kunnen horen, vaak moeilijk.

Alvorens wij ons gaan afvragen hoe verbetering in deze situatie zou kunnen worden bereikt, lijkt het noodzakelijk na te gaan of de taak van de huisarts binnen het ziekenhuis inderdaad van be-

* Van het Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut. Hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.