

Kan het „nooit kwaad” doorsturen naar een specialist?

„Als u me eens naar een specialist stuurt. . .”

Het komt nogal eens voor dat de patiënt doorgezonden wil worden naar 'n specialist, maar dat de huisarts de boot afhoudt, vertelt prof. dr. H. J. van Aalderen, directeur van het Huisartseninstituut van de VU. En dan ontstaat er een wat onaangename situatie. De patiënt denkt: waarom wil hij me niet doorsturen? Het kan toch nooit kwaad? Heb ik hem op z'n teentjes getrapt met die vraag? Denkt hij dat ik geen vertrouwen meer in hem heb? En de huisarts denkt: hoe zeg ik net nu zó, dat de patiënt niet denkt dat ik gepikeerd ben; dat ik hier gebruik zit te maken van mijn macht. . .”

VU-Magazine: „Kun je dan niet rechtstreeks naar een specialist stappen, als je dat wilt?

Prof. Van Aalderen: „Nee, dat kan niet als fondspatiënt en eigenlijk ook niet als particulier patiënt, want de meeste specialisten houden zich aan de code dat ze geen patiënten in behandeling nemen, die niet door de huisarts zijn verwezen.

Maar waarom dan de boot afgehouden als 'n patiënt per se wil?

Dat is vaak heel moeilijk aan de patiënt uit te leggen, is het verhaal van prof. Van Aalderen. Maar 't komt er op neer, dat het niet zo is, dat een verwijzing naar een specialist „nooit kwaad kan.” Hoe vreemd het ook klinkt, het kan volgens prof. Van Aalderen in sommige gevallen wél kwaad. Dat is dan in die gevallen waarin de huisarts het idee heeft dat er eigenlijk geen lichamelijke afwijkingen zijn, die de oorzaak vormen van de klacht. Maar hoe gaat dat als je bij 'n specialist terecht komt? Die kent alle achtergronden van de patiënt niet; heeft die ook niet te kennen. Hij gaat zoeken en wie weet vindt hij tenslotte ergens een afwijking van de norm, waarbij het zeer de vraag is of die iets te maken heeft met de klacht.

VU-Magazine: Zoals een garagehouder al tijd wel een onderdeel vindt dat vernieuwd moet worden als je hem de auto brengt? Iets dergelijks blijkt inderdaad ook voor te komen in de medische wereld. Prof. Van Aalderen: „Men blijft dóór onderzoeken, vaak net zo lang tot er „iets” gevonden is. Vaak tot schade van de patiënt met wie allerlei dingen gebeuren, maar maandenlang, maar die juist daardoor ervan weerhouden wordt zich af te vragen wat er toch met hem aan de hand is, dat hij of zij aldoor

klachten heeft. Bezinning op de eigen levenssituatie zou soms meer helpen.”

VU-Magazine heeft behoefte aan 'n duidelijker beeld van patiënten als bedoeld.

Prof. Van Aalderen: „Het gaat om patiënten met vage, wisselende klachten. Moehheid, duizeligheid, niet lekker gevoelen, dan weer pijn hier, dan weer daar. Er zijn veel mensen die daarmee rondlopen. Op de achtergrond speelt een werksituatie mee, die niet bevalt, een chef die men geen grote mond durft te geven, omstandigheden thuis. Er zijn veel vrouwen bij van tussen de 40 en 50 jaar. Er wordt dan gezegd: het zijn de overgangsjaren. En dat speelt vaak ook wel 'n beetje mee. Maar de hoofdoorzaak is vaak dat deze vrouwen opeens werkloos zijn geworden. De kinderen zijn de deur uit. Ze worden op zichzelf teruggeworpen en zitten met de vraag: wat moet ik met de rest van mijn leven doen. Dat komen we ontzettend veel tegen nu de gezinnen kleiner zijn geworden. En niet iedereen weet hoe daar op te reageren. En dat openbaart zich dan in allerlei vage lichamelijke klachten.

Wat kan er niet gebeuren als je zo'n patiënt doorstuurt naar een specialist? Hij gaat zoeken en wie weet vindt hij een beetje bloedarmoede. Misschien is de baarmoeder wel een beetje verzakt. En dat kan zover gaan dat er geopereerd gaat worden. Maar verdwijnen daarmee de klachten? Juist door dat gezoek naar een lichamelijke oorzaak, komt de patiënt er niet toe de eigen levenssituatie onder ogen te zien en daarover 'n gesprek te beginnen. Want daar is moed voor nodig. Ook voor 'n huisarts om daarover te beginnen.”

Kortom het kan soms wél kwaad om terecht te komen in de medische molen, om zich over te geven aan allerlei technische experimenten als de oorzaak van de klachten primair gezocht moet worden in de manier waarop de patiënt reageert op z'n levenssituatie. En hoe vreemd het ook klinkt: de vrees van de huisarts is niet zo zeer dat de specialist niets zal vinden, maar dat hij – ijverig zoekend – tenslotte wél iets zal vinden en daar mee aan de gang zal gaan. Want daar is hij voor. Zijn taak is een andere dan die van de huisarts, die zich af moet vragen of een verwijzing naar een predikant, een maatschappelijk werkster, een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden of noem maar op, misschien niet terechter was. Een voetbalclub of een politieke partij zou misschien ook gezonder

voor sommige patiënten zijn dan een onderzoek door 'n specialist.

Is er wel voldoende contact tussen huisartsen en specialisten over de patiënten?

Prof. Van Aalderen erkent volmondig, dat hier een zwakke stee ligt in de gezondheidszorg. De specialist krijgt z'n patiënten van 40 tot 60 verschillende huisartsen. Hoe daarmee contact te onderhouden? Dat is een van de grote problemen waarmee we zitten. Maar verwijzend naar 'n lopend experiment in Hoogeveen geeft hij wel aan wat het effect is van intensiever contact in de gezondheidszorg ook met maatschappelijke werkers enz. De specialisten kregen minder te doen. En de ziekenhuizen raakten in zorgen door gebrek aan patiënten. Maar dat kun je geen medisch probleem meer noemen.

Correspondentie over deze rubriek naar:

Huisartseninstituut Vrije Universiteit, Combinatiegebouw, Uilenstede, Amstelveen