

# lezersbijdragen (2)

## Opvang voor moeder

Een 67-jarige alleenstaande man zorgt al jarenlang voor zijn ernstig demente moeder. Zij woont bij hem in huis en gaat twee dagen per week naar de dagopvang. Hij heeft een larynxcarcinoom gehad waarvoor hij nu een tracheostoma heeft. Sociale contacten heeft hij niet, met de buurt heeft hij geen contact.

Op een vrijdagmiddag kom ik bij hem omdat hij pijn op de borst heeft. Ik vermoed een hartinfarct

en vertel hem dat ik hem per ambulance naar het ziekenhuis wil sturen. Hij voorziet problemen in de opvang van zijn moeder en gaat zijn klachten bagateliseren. 'Het zal wel met het nieuwe klepje van de tracheostoma te maken hebben, dokter. Ik heb bovendien helemaal geen pijn meer', zegt hij, terwijl hij even daarvoor nog hevige pijn had.

Terwijl ik de ambulancedienst aan de telefoon heb, belt de coassistent die met mij meeloopt op eigen initiatief de dagopvang om

te vragen wat zij kunnen betekenen in de acute opvang van de moeder. Zij zeggen vrijwel direct toe dat er binnen een uur iemand komt om haar de rest van de dag te verzorgen. Op mijn vraag of zij ook opvang regelen voor de nachten, antwoordt de vrouw aan de telefoon dat dit niet het geval is, maar zij kan wel even informeren bij het naastgelegen verpleeghuis.

Tien minuten later word ik gebeld en is alles geregeld. Moeder gaat naar het verpleeghuis. En dat allemaal binnen tien minuten op een vrijdagmiddag. Dat is pas mensenwerk! Nu nog opvang voor de hond zoeken...

Annemarie Uijen, huisarts

## 'Leerpunt gemaakt'

Ik kende hem van een werkgroep huisarts/specialist. Een kinderarts, met kritische vragen en een priemende blik. Hij had de naam 'af te houden' in de diensten. En ook ik had wel eens een discussie met hem. Maar altijd was er een sfeer van

wederzijds respect.

Tijdens een drukke dienst op de huisartsenpost trof ik hem aan de lijn. Bij het derde kind dat ik in moest sturen, begon hij te sputteren. 'Je hebt geen idee hoeveel ik al gefilterd heb', antwoordde ik. 'Ik heb veel snotneuzen gezien, maar probeer de pneumonie te vangen. Ongeruste ouders heb ik weer op weg geholpen. Ik zag talloze wondjes, maar probeer de kindermishandeling eruit te halen. Je zou ons hier eens moeten zien.'

Sportief nam mijn collega de uitnodiging aan. En vorige week zat hij naast me, in de spreekkamer op de huisartsenpost. Onze tweede patiënt had een acute visusdaling met pijn, verdacht voor acuut glaucoom. De dienstdoende oogarts had niet veel zin om met spoed te komen en hield mij eindeloos aan de praat. Mijn geachte collega-kinderarts zag de ongeruste patiënt, deelde mijn niet-pluisgevoel en voelde de druk van een overvolle wachtkamer op zaterdag. Nog steeds had hij niet veel woorden nodig: 'Leerpunt gemaakt.' Volgende week ga ik eens naast hem zitten, op de poli kindergeneeskunde. En die priemende blik? Die is allang overgegaan in een blik van verstandhouding.

Jacqueline van der Geest, huisarts



beeld: iStockphoto

## Patiënt geweed

Twee jaar geleden ontving ik een brief van een orthopeed in opleiding, die ik vanwege de toon nooit meer ben vergeten. Ik had een patiënte naar hem verwezen die vijf maanden na een val nog steeds schouderklachten had. Zij was de ex-vrouw van een collega, en was afgezien van haar afhan-

kelijkheid van drank nog steeds een intelligente vrouw die reëel om hulp vroeg wegens pijn en bewegingsbeperking.

Een terechte verwijzing dus, leek mij. Maar de collega wenste deze mevrouw niet meer te zien.

Ik citeer: 'Bij onderzoek zijn er geen grove afwijkingen te zien. (...) Op het moment dat patiënte zich presenteert op

het spreekuur, had zij zich niet verstoken van alcohol en maakt zij een verwaarloosde indruk. (...)'. Daarna, met onderstreping: 'Graag zouden wij met u de afspraak maken om patiënte met deze klacht niet meer op de polikliniek orthopedie te laten zien, behalve als haar levensstijl dusdanige vormen aanneemt dat mogelijke behandeling succesvol uitgevoerd zou kunnen worden door patiënte zelf.'

Aldus deze aios orthopedie. Hij moet nog véél leren.

Constance de Vries-Ekkers, huisarts

## In colonne

Een Duitse vrouw van rond de 40 trekt op een middag de aandacht in het winkelcentrum van een grote Limburgse plaats. Ze is verward en agressief, en wordt meegenomen naar het politiebureau. Als achterwacht/psychiater van de crisisdienst spoed ik me erheen.

Voorwacht/verpleegkundige Johan heeft al het nodige voorwerk gedaan. Hij vindt de vrouw floride psychotisch, een indruk die ik volledig deel. Een indruk ook die wordt bevestigd door de Duitse ggz-instelling waar de vrouw verbleef onder een maatregel tot gedwongen opname, vergelijkbaar met onze Inbewaringstelling (IBS). Een paar dagen eerder was ze 'ongeoorloofd afwezig', of in gewo-nemensentaal: ontsnapt. Onze Duitse collega's vragen om spoedige overplaatsing terug naar de kliniek en faxen een kopie van de betreffende maatregel. Er is één probleem: die maatregel is – de zegeningen van Europa ten spijt – in Nederland niet rechtsgeldig.

Wat nu te doen? Zou ze volmondig weigeren om de ambulance in te stappen, dan heb ik een probleem. Haar laten opnemen met een IBS in Nederland zal moeilijk worden bij gebrek aan bedden in de wijde omgeving. Het bed in Duitsland daarentegen is, alle dagen dat mevrouw weg was, voor haar gereserveerd gebleven. Vervoer naar dat bed, 50 kilometer verderop, ligt voor de hand. Maar er is een vervoersprobleem. De wachtcom-mandant van de politie weigert de vrouw mee te nemen naar de grens om haar over te dragen aan Duitse politiebeambten, een opstelling waar formeel niets op af te dingen is. Johan heeft gebeld met de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) en ook daar nul op het rekest gekregen. Omdat de redenen van afwijzing onduidelijk zijn, bel ik de zogenaamde intensivist, de arts die bereid is tot overleg in geval van verschil van mening met de meldkamer. Tijdens ons overleg van maar liefst een half uur blijkt dat hij het risico hoog inschat dat het vervoer moet worden onderbroken wegens agressie of verzet. Ook heeft hij elke ambulance hard nodig voor écht spoedeisende ritten.

Na enig heen-en-weergebel leg ik hem het volgende plan



voor: ik rijd mee in de ambulance. Zodra patiënte agressief is, stopt de ambulancechauffeur en volgt ter plekke het uitschrijven van een geneeskundige verklaring voor een IBS door een psychiater. In onze regio ben ik dat, maar tussen onze regio en de grens zijn dat de collega's van twee andere crisisdiensten. Johan zal deze crisisdiensten alvast inseinen. En voor de zekerheid rijdt er een agent mee in een surveillancewagen.

Tot onze verrassing gaat de collega van de RAV akkoord met dit speciale vervoer, en binnen een uur rijdt de ambulance voor. De vrouw gaat zonder protest mee, en houdt zich de gehele rit rustig. Wanneer we de Duitse grens passeren, valt de spanning van ons af. We brengen de vrouw tot op de gesloten afdeling – een kleine colonne met twee ambulanceverpleegkundigen, een agent en een psychiater. Niet spectaculair grensverleggend, maar wel het gevolg van lang en goed overleg met een collega.

En dan valt het contrast op tussen Duitsland en Nederland. Er is geen psychiater te zien, en de zusters van de afdeling snoeren de vrouw vast in een bed.

Lion Tan, psychiater

grote verrassing komt hij na zessen meteen langs om samen naar de patiënt te gaan. Hij onderzoekt de man en we hebben een uitvoerig gesprek met het echtpaar. Paul ziet nog mogelijkheden. Daarbij komt het roken natuurlijk naar voren, maar er is ook veel aandacht voor de algemene conditie, betere voeding, revalidatie.

De patiënt krijgt intensieve begeleiding in het Slotervaartziekenhuis, stopt met roken en knapt aanzienlijk op. Voor verdere begeleiding gaat hij naar een revalidatiecentrum. De prognose is nog altijd niet geweldig, maar de kwaliteit van leven is sterk verbeterd.

Terug bij de praktijk op die winterdag wil Paul in zijn Saab stappen, maar zijn sleutels zitten er nog in. Dat is hem vaker overkomen en hij weet hoe hij in zijn eigen wagen moet inbreken. We hebben alleen niet het juiste gereedschap. Passerende agenten hebben in hun pet een stalen balein die geschikt is, en zij helpen hem. Ik sluit de praktijk af en fiets naar huis, warm van zoveel samenwerking.

Chris Rietmeijer, huisarts

## Mogelijkheden zien

Winter 1996. Spoedvisite. Een ernstig kortademige man van een jaar of zestig. Hij staat vastgenageld aan het aanrecht naar lucht te happen. Een heleboel salbutamol en een half uur later maken we kennis. Hij is al jaren bekend met COPD. De longarts kan niks meer voor hem doen, ook al omdat hij nog steeds rookt.

De volgende dag bel ik de longarts. Mijn aandringen helpt niet. Maar het wil er bij mij niet in. Ik vind de man te jong misschien, vind zijn jongere vrouw te aardig. Dan denk ik aan Paul van Spiegel, die ik ken uit mijn assistententijd in het Slotervaartziekenhuis. Hij maakte destijds indruk op me toen we in het personeelsrestaurant na het eten een sigaretje rookten. Paul zat erbij en op de vraag of hij ook wel eens had gerookt, vertelde hij dat hij Spaans benauwd werd bij het idee. Hij had er wel eens nachtmerries over. Daar moesten we erg om lachen. Paul was een bevoegen longarts. Ik bel Paul dus op en leg de casus voor. Tot mijn



Meer lezersbijdragen vindt u op blz. 750 en op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).