

Om te beginnen, verwondert het mij, dat de auteurs veronderstellen dat zij op hun vragen betrouwbare antwoorden kregen. Reeds op de eerste vraag („Wie nam het initiatief tot de verwijzing naar de polikliniek?”) moet men het antwoord wantrouwen. Dezelfde vraag, gesteld aan de verwijzer, zal in een groot aantal gevallen een ander antwoord opleveren. De patiënt reageert soms allerlei agressies tegen zijn huisarts af door het initiatief voor de verwijzing voor zich op te eisen. Omgekeerd zal de huisarts gaarne dit initiatief claimen als er iets ernstigs bij de patiënt gevonden wordt. Iets dergelijks vond HOLTHUIS (1961) bij zijn vragen aan verzekerden, wie het initiatief genomen had tot werkhervatting.

Ook op vraag 5 („Bent U ergens bang voor, en gaat het er voornamelijk om dat wij dat uitzoeken?”) zal niet altijd de waarheid volgen. De tegenwoordige mens is „en publiek” nergens bang voor, „de dokters zijn tegenwoordig zo knap . . .”. De mogelijkheid moet overwogen worden of de hoofdpijn niet ontstaat omdat de angst verdrongen wordt.

Het belangrijkste lijkt mij echter dat het voor de auteurs „volledig in het duister” blijft waarom deze patiënten verwezen zijn. Dit lijkt mij niet zo moeilijk te raden. De huisarts heeft de patiënt al herhaalde malen gezien en niets gevonden. De klachten blijven bestaan. Wat moet hij doen? Ik wil uitsluiten dat de huisarts de patiënt verwijst om van het „gezeur” af te zijn, het verwijzen wordt dus geen afwijzen of om met WEIJEL (1961) te spreken: er bestaat geen afweer met de specialist.

De auteurs kunnen van mij aannemen dat in deze gevallen de specialist gebruikt wordt als „sedativum”. Het vervelende is, dat de specialist dit kennelijk niet begrijpt, waardoor het sedativum niet altijd goed werkt, en soms zelfs toxische bijwerkingen kan gaan vertonen. De specialist dient in deze gevallen een organische basis van het lijden uit te sluiten, zijn negatieve bevindingen aan de patiënt mee te delen en de patiënt zonder medicatie naar de huisarts terug te verwijzen. Ik zou het volgende willen poneren:

Het verwijzen van een patiënt met functionele klachten naar een orgaanspecialist heeft alleen zin als inleiding tot een verdere psychotherapie. De specialist dient in deze gevallen de patiënt na het onderzoek zo snel mogelijk naar de huisarts terug te verwijzen, waarbij hij geen therapeutische adviezen dient te geven.

Het is merkwaardig dat de auteurs in hun artikel WEIJEL niet noemen, die in Nederland op dit punt toch baanbrekend werk heeft gedaan. Weinigen hebben zo helder over de betekenis van de klacht en het klagen geschreven. De klacht moet worden opgevat als een teken dat de patiënt gedecompenseerd raakt. WEIJEL noemt de klacht de „communicatieve expressie van negatieve prikkeling” en zegt dan: „De werkelijke vraag in de medische situatie is niet „wat heeft de patiënt?” maar „waarom klaagt de patiënt?””.

Deze vraagstelling is voor de huisarts zeer vruchtbaar.

Ik heb het gevoel dat de betekenis van „de klacht” en „het klagen” als een toch wel belangrijke medische aanlegenschap te weinig ter sprake komt. In het alfabetische tienjarenregister 1951-1960 van dit *Tijdschrift* komen deze woorden niet voor.

*Literatuur:* GIEL, R. en P. J. M. VAN DER LUGT (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1488. — HOLTHUIS, R. (1961) Proefschrift Amsterdam. — WEIJEL, J. A. (1960) *Huisarts en Wetenschap* **3**, 228; (1961) *Medische psychologie*. Erven J. Bijleveld, Utrecht; (1962) *Huisarts en Wetenschap* **5**, 215.

Nieuwkoop, 14 oktober 1966

G. J. BREMER

Moet men zijn patiënten geloven? Daarmee stelt collega BREMER een moeilijke en belangwekkende vraag met vele kanten, waarvan die van het denkraam van de onderzoeker niet de minst belangrijke is. Zo blijkt wel uit de toelichting van collega BREMER, dat ook antwoorden die men moet wantrouwen toch betekenis voor hem hebben.

Wij hebben telkens aan het eind van een gesprek getracht de betrouwbaarheid van de verkregen informatie te schatten. Daarbij bleken de onduidelijkheid en de onbetrouwbaarheid van de antwoorden elkaar te overlappen. Deze bevindingen werden niet vermeld, omdat wij niet wisten of de schatting van de betrouwbaarheid wel zo betrouwbaar was.

De bestudering van de achtergronden van klachten en angsten vereist o.i. een andere opzet, waarbij bijvoorbeeld de op onze wijze geïdentificeerde patiënten aan een nader psychiatrisch onderzoek worden onderworpen.

De opmerking van collega BREMER over het mogelijke motief van een verwijzing onderstreept nog eens de strekking van ons artikel. De door hem genoemde reden voor een verwijzing heeft alleen effect, wanneer deze aan de specialist wordt meegedeeld. En dat gebeurt niet zo erg vaak.

Wij erkennen gaarne het baanbrekend werk van WEIJEL. Het is overigens BALINT, die eerder en op zeer kernachtige wijze op het belang van het waarom van het klagen heeft gewezen. Terwijl ook collega BREMER zelf een bijdrage heeft geleverd aan de inzichten over het verwijzen door de huisarts.

Rotterdam, 21 oktober 1966

R. GIEL

P. J. M. VAN DER LUGT

## ASCITES EN ZIJN BEHANDELING

Het caput selectum van K. BORST (1966) brengt het volgende in mijn herinnering terug.

In 1922 werd ik chirurg aan de Centrale Burgerlijke Ziekeninrichting te Semarang, toen nog gehuisvest in zeer oude gebouwen. Zo kon het, dat daar een jongetje rondliep met een dik buikje, dat zijn slaapmatje wel ergens had en ook zijn rijst wel kreeg, maar dat niet als patiënt was ingeschreven. Hij had geen ouders, en was daar opgeborgen, omdat hij geregeld buikpuncties moest ondergaan voor een ascites, waarvan de oorzaak niet bekend was. Ik zette de behandeling voort. Ik vond deze hele toestand ellendig voor zo'n jong kind van 8 à 9 jaar — dat vrolijk en vief was en als hoofdman fungeerde van andere kinderen in het ziekenhuis, waar zij met stokken e.d. paradeerden — en besloot tot operatie. Ik kliefde de vena saphena, klapte die om naar boven en hechtte haar in het buikperitoneum. Kleppen verhinderen het terugstromen van bloed in de buikholte. De operatie was een volkomen succes. Puncties waren nadien niet meer nodig. Op een dag was hij verdwenen. Waarschijnlijk had hij in het ziekenhuis contacten gemaakt en was hij door een kinderloze vrouw geadopteerd.

Het lijkt mij, dat in een tijd, nu 44 jaar later, waarin vaat-operaties aan de orde van de dag zijn en antistollingsmiddelen ter beschikking staan, deze operatie weer kansen krijgt.

*Literatuur:* BORST, K. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1912.

Baarn, 23 oktober 1966

M. N. ROEGHOLT