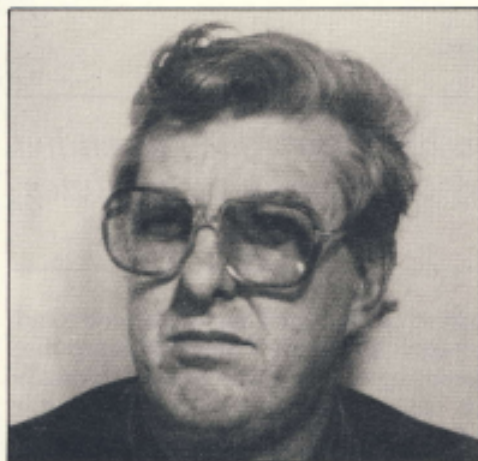


# Die tweede mening in Huisartspraktyk

— T McD Kluyts



**T McD Kluyts** MB ChB (Pret) MPrax Med (Pret)  
PO Box 300  
Randfontein  
1760

## Curriculum Vitae

Dr Thomas McDonald Kluyts is gebore in Pretoria. Hy matrikuleer aan die Hoër Skool Hendrik Verwoerd en verwerf daarna eers 'n BSc-graad en daarna die MBChB aan Tukkies. Sy internskap doen hy te Barberton Hospitaal waarna hy Mediese Beampte by die Klerksdorpse Hospitaal word. In 1972 tree hy tot die Algemene praktyk toe te Vredefort, en in 1975 verhuis hy na Randfontein as huisarts.

In 1982 verwerf hy die MPraxMed-graad aan die Universiteit van Pretoria. Hy is 'n stigterslid van die Suid-Afrikaanse Akademie vir Huisartspraktyk en dien reeds elf jaar onafgebroke op die Wesrandse tak van die Mediese Vereniging van Suid-Afrika, waarvan hy in 1986 die President was.

Hy stel baie belang in fotografie, gemeenskapsdiens, kultuuraangeleenthede en het onlangs op sy oudag begin gholf speel. Hy is getroud met Frannie Kluyts en het vier kinders waarvan die oudste hierdie jaar as eerstejaar op Tukkies as mediese student ingeskryf het.

**D**ie Tweede Mening is 'n saak wat dikwels tot verleentheid onder medici ly. Dit word veral gebruik as 'n verskoning om bedekte supersessie te verdoesel. Wanneer een kollega 'n medekollega konfronteer met 'n geval waar dr A se pasiënt deur dr B gesien is sonder die medewete van dr A, skuil dr B gewoonlik agter die Tweede Mening as verskoning. Of so 'n aksie dr B werklik teen 'n klag van supersessie sal vrywaar, kan nie sonder meer aanvaar word nie. Indien die Tweede Mening met 'n voorskrif en/of verwysing gepaard gaan, raak die saak werklik netelig. Oor die interessante supersessiereël wil ons nie verder

## Summary

*This article deals with the situation where the doctor gets a visit from an unknown patient for a so-called second opinion. It discusses how he could handle this sensitive visit in a way that it will benefit both the patient as well as his relationship with the colleague involved.*

S Afr Fam Pract 1988; 9: 82-5

**KEYWORDS:** Second opinion; Referral and Consultation; Physician-Patient relations; Family Practice

uitwei nie, behalwe om te benadruk dat geen geneesheer 'n pasiënt wat reeds deur 'n ander dokter behandel word, mag konsulteer sonder dat die behandelende geneesheer se toestemming eers verkry is nie.

In hierdie artikel wil ons besin oor die optrede van 'n geneesheer wat gekonfronteer word met 'n vreemde pasiënt wat hom om 'n tweede mening vra. Vanselfsprekend gaan dit nie hier om die pasiënt wat deur 'n kollega vir 'n tweede mening verwys word nie, maar om die pasiënt wat sonder die wete van sy/haar behandelende geneesheer 'n tweede opinie kom vra.

Dit mag nou lyk of 'n kunsmatige vraagstuk rondom 'n eenvoudige saak geskep word: is dit nie voor-die-hand-liggend dat so 'n onregmatige versoek summier van die hand gewys moet word en die pasiënt sonder seremonie na die oorspronklike geneesheer terug gestuur word nie? Krities beskou, is so 'n optrede egter onbevredigend, aangesien dit (a) heelwaarskynlik geensins die pasiënt se probleem aanspreek nie, trouens, dit negeer die pasiënt totaal; (b) dit vrywaar die dokter teen moontlike dissiplinêre optrede maar dit laat hom professioneel onbevredigd; en (c), dit lewer geen positiewe bydrae tot huisartskunde in die algemeen of tot interkollegiale verhoudinge in die besonder nie.

Kom ons kyk na die probleem aan die hand van 'n tipiese voorbeeld.

'n Onbekende pasiënt, mev de B, 38 jaar oud, getroud, met 2 kinders maak 'n afspraak vir Maandagoggend 10:30. U as geneesheer is 30 minute laat. Om 11:00 sien u mev de B en na

bekendstelling wedersyds verneem u dat sy u konsulteer vir 'n tweede mening oor 'n knop in die regterbors. Sy was by die plaaslike munisipale kliniek wat haar na haar huisdokter, dr T verwys het. Dr T het na 'n, volgens mev de B, "vlugtige" ondersoek 'n borsbiopsie aanbeveel. U en dr T kom redelik goed oor die weg en help mekaar onderling met narkoses en chirurgie, maar is nie vennote of assosiantie nie. U wil nie u kollega antagoniseer nie en raai mev de B dus aan om dr T weer te gaan spreek en om aan hom haar onrustigheid te noem en miskien te vra of hy nie 'n mammogram vir haar wil laat doen nie. Mev de B lyk effe stroef oor hierdie voorstel maar aanvaar dit en met 'n "totsiens" wat eerder na 'n "vaarwel" klink, verlaat sy u spreekkamer. U gaan voort met u daagtaak sonder om haar vir die konsultasie te debiteer.

Etlieke dae of weke later ontmoet u vir dr T in die teater. Hy is siedend oor die arrogansie van die hedendaagse ginekoloë. Een van die plaaslike ouens het jou werklik gegaan en 'n borsbiopsie gedoen vir 'n pasiënt van hom vir wie hyself alreeds vir dieselfde prosedure teater gereël het. Die ginekoloog het nie eers die ordentlikheid gehad om hom, as huisdokter, in die saak te ken nie. Hy is sommer lus en lê 'n klag van supersessie! U probeer naarstiglik die onderwerp verander omdat u skuldig voel!

### *'n Tweede mening is dikwels bedekte supersessie.*

Wanneer krities na hierdie fiktiewe maar tog tipiese voorbeeld gekyk word, dring 'n horde van vrae na vore, soos byvoorbeeld:

- hoekom het mev de B 'n tweede mening nodig geag?
- hoekom het mev de B u gekies vir hierdie tweede mening?
- hoekom was u laat?
- het die tydfaktor 'n invloed gehad op u hantering van die geval?
- wat was die invloed van u vertraagde skedule op mev de B se reaksie op u voorstel?
- hoekom is mev de B aanvanklik deur die kliniek verwys?
- hoekom het mev de B haar huisarts se ondersoek as "vlugtig" beskou?
- wat dink mev de B van u hantering en hoe het dit haar verdere optrede bepaal?
- het u optrede interkollegiale verhoudinge positief of negatief beïnvloed?
- is die probleem van 'n moontlike Ca-mamma behoorlik hanteer?
- hoe het mev de B by die ginekoloog beland?
- het die ginekoloog fouteer? hoekom?
- is 'n borsbiopsie die regte hantering van die probleem?

- wat is mev de B se eintlike probleem?
- hoekom kon die kliniek nie tyd en moeite bespaar deur self te reël vir 'n borsbiopsie nie?
- het iemand werklike aandag aan die pasiënt gegee ipv net aan die toestand?
- sou dit verkeerd wees indien u haar wel sou debiteer?  
Ens, ens, ens.

### *Wanneer u haar vertrouwe gewen het behoort sy ontvanklik vir u advies te wees.*

Alhoewel hierdie vrae nie almal regstreeks verband hou met die vraagstuk van die Tweede Mening nie, het dit wel betrekking op die totale huisartssituasie en deel dit daarom relevansie met die aangeleentheid ter sprake.

Ek gaan nie probeer om antwoorde op hierdie hipotetiese vrae oor 'n hipotetiese geval te verstrek nie. U kan egter met vrug daarna kyk, u eie antwoorde formuleer en 'n kollega of vriend vra om dit saam met u te evalueer. Dit is 'n interessante oefening. As alternatief kan ons eerder kyk hoe ons so 'n situasie sou kon hanteer.

Na kennismaking met mev de B en na die probleemstelling is ons eerste plig om met dr T in verbinding te tree. 'n Oproep na sy kamers is egter vrugteloos aangesien hy nie op daardie oomblik beskikbaar is nie. U vra dat hy u moet terugskakel sodra hy beskikbaar is en gaan dan voort om 'n anamnese te verkry.

'n Positiewe familiegeskiedenis van Ca-mamma word gevind in die feit dat mev de B se moeder sowel as 'n ouer suster mastektomie vir karsinoom moes ondergaan. Die moeder is op ouderdom 43, drie jaar na mastektomie oorlede aan die siekte. Die suster het na die mastektomie ernstige huweliksprobleme ondervind wat in egskeiding geëindig het. Mev de B is beangs en baie onseker en verward. Haar twee kinders was beide bottelbabas en die jongste is nou tien jaar oud. Sy gebruik nie die pil nie, maar het 'n IUKA. Sy beplan geen verdere kinders nie. Sy bestempel haar huweliksverhouding as "redelik gelukkig".

### *U sal definitief nie kan voortgaan met verdere behandeling nie.*

Met ondersoek word 'n diffuse knobbelrigheid in beide borste gevind met 'n dominante nodule effens groter as 'n ertjie in die regterbors, superior mediale kwadrant. Geen limfkliere is tasbaar nie, en die res van die sistemiese ondersoek is normaal.

Dit is te betwyfel of 'n mammogram alleen in hierdie geval 'n definitiewe antwoord sou kon gee. Dieselfde geld vir 'n perkutane aspirasie. Dit wil dus voorkom of u in hierdie geval met sy ernstige emosionele implikasies, tog ook 'n borsbiopsie sou aanbeveel. U het nou reeds die pasiënt as volwaardige pasiënt hanteer in dié sin dat u na haar probleem geluister het en haar fisies ondersoek het. Indien u dit met noukeurigheid en meelewend gedoen het, het u ook haar vertrouwe bestendig en behoort sy ontvanklik te wees vir u advies. U kan nou met vrymoedigheid haar probleem bespreek en haar gerusstel dat haar dokter korrek besluit het. Indien u met haar dokter sou verskil sou dit om tegniese redes wees wat u diplomaties aan haar kan verduidelik, met die

*Dit is sinneloos om haar weg te stuur voordat u seker is dat sy u terugverwysing aanvaar.*

versekering dat u dit self met hom sal bespreek. Dit is baie onwaarskynlik dat u ooit radikaal van haar dokter sou verskil; indien dit wel sou gebeur sal u taak baie meer veeleisend, maar des te meer noodsaaklik wees.

Usel sal definitief nie kan voortgaan met verdere behandeling nie. U moet egter u bevindinge aan haar dokter oordra. U doen dit deur aan hom 'n verslag van u bevindinge met 'n kort verduideliking te lewer. Dit is verkieslik dat hierdie verslag skriftelik sal geskied en u kan dit in standaardvorm doen deur van 'n vooraf-gedrukte brief gebruik te maak, wat u dan net invul. Wanneer dit op hierdie wyse gedoen word, neig dit om agterdog by u kollega te verwyder. U vra die pasiënt om na haar huisdokter terug te keer en verduidelik aan haar dat u 'n verslag sal voorsien. Dit is egter u plig om u bevindinge ook aan die pasiënt te verduidelik aangesien dit die rede is waarom sy u in die eerste plaas kom sien het. Indien verdere spesiale ondersoeke na u mening nodig sou wees, sou u dit

*U telefoongesprek in haar teenwoordigheid gaan vir haar besonder belangrik wees in haar besluit om terug te keer.*

aan die behandelende geneesheer voorstel, maar dit ook aan die pasiënt noem. Die behandelende geneesheer behoort te aanvaar dat die essensie van u verslag ook aan die pasiënt oorgedra is. Dit sal help om u, sowel as die pasiënt en u kollega teen moontlike manipulasie te vrywaar.

Dr N Oos  
Wesstr. 7,  
Suidstad

Geagte Kollega,

U pasiënt, . . . . ., het my vandag gespreek vir 'n tweede mening. Hiermee my verslag aan u in die vertrouwe dat dit u goeie hantering van die geval sal ondersteun.

**Hoofklagte** . . . . .

**Anamnese** . . . . .

**Klinies** . . . . .

**Opsomming** . . . . .

**Voorstel** . . . . .

Ons hoop en vertrou dat ons hiermee van diens kon wees. U pasiënt is versoek om so gou doenlik met u 'n afspraak te reël vir verdere aandag en hantering deur uself.

Met kollegiale groete,

Die uwe,

(Ons verwysingsnommer: . . . . .)

## Afbeelding I

Afbeelding 1 is 'n voorbeeld van 'n verslagvorm wat gebruik kan word.

Selvs al sou u aanvanklik met dr. T kontak maak en hy u vra om mev de B dadelik terug te stuur, sou u nogtans haar vertrouwe moes wen om te verseker dat sy wel sal teruggaan. Dit kan u alleen vermag deur haar probleem aan te spreek. Alhoewel u in so 'n geval nie noodwendig 'n fisiese ondersoek sou doen nie, sou u tog 'n deeglike geskiedenis moes neem en probeer om 'n emosionele evaluering te doen. Indien u sou oordeel dat 'n fisiese ondersoek noodsaaklik is om haar vertrouwe te wen, sou dit sekerlik ook aangedui wees.

Dit sou sinneloos wees om haar weg te stuur voordat u seker is dat sy u terugverwysing gaan aanvaar. Sy sal dit alleen doen as u haar kan oortuig dat

haar huisdokter ook haar beste belange op die hart dra. U telefoon-gesprek met dr T in haar teenwoordigheid en die wyse waarop u die saak hanteer gaan vir haar besonder belangrik wees in haar besluit om wel terug te keer. Daarom is dit nodig dat u hierdie telefoongesprek met daardie oogmerk sal voer en 'n hoë professionele standaard sal handhaaf. U moet onthou dat sy 'n leek is, dat sy erg bekommerd is en dat dit vir al drie betrokke, noodsaaklik is dat die hele oefening positiewe resultate tov pasiëntesorg en interkollegiale verhoudinge sal oplewer. U sou derhalwe in so 'n geval ook die verslag so volledig moontlik voltooi en aan haar oorhandig vir besorging aan haar huisdokter.

Indien hierdie optrede gevolg word, behoort u, die pasiënt, haar huisdokter en, les bes, huisartskunde self, baie te wen uit 'n situasie wat andersinds maklik tot katastrofale komplikasies vir almal betrokke, kon lei.

Daar bestaan nie 'n verwysingsveld in die internasionale literatuur oor hierdie aangeleentheid nie, veral nie oor die tipiese situasie soos dit daaglik in ons huisartspraktjke voordoen nie en wat ek in bostaande hipotetiese geval probeer vasvang het nie. Die supersessiereël word nie algemeen internasionaal toegepas of erken soos in Suid-

- en moet op diplomatieuse wyse verkry word;
3. maak notas van die tersaaklike feite;
4. bewerkstellig deur simpatieke ondervraging en, indien nodig, ondersoek, die vertrouensverhouding wat noodsaaklik is vir verdere hantering;
5. lewer 'n skriftelike verslag van u bevindinge aan die betrokke kollega;
6. Verseker deur u optrede, dat die pasiënt voortgesette, doeltreffende aandag kry ten opsigte van sy/haar probleem.

## From the journals

### Factors related to the use of ambulatory mental health services in three provider plans

PAULA DIEHR<sup>1</sup>  
KURT PRICE<sup>2</sup>  
STEPHEN J WILLIAMS<sup>1</sup>  
DIANE P MARTIN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Biostatistics, School of Public Health and Community Medicine, University of Washington, Seattle, WA 98195; <sup>2</sup>Prospective Payment Assessment Commission, Washington, DC; <sup>3</sup>Health Services Administration and Head Division of Health Administration, Graduate School of Public Health, San Diego State University, San Diego, CA 92182 and <sup>4</sup>Department of Health Services, School of Public Health and Community Medicine, University of Washington, Seattle, WA 98195, USA.

*Soc Sci Med*, 1986; 23(8): 773-80

**Abstract** The use of ambulatory mental health (MH) services by adults was studied in three provider plans: Blue Cross (BC), Group Health Cooperative (GHC) and United Healthcare (UHC), an experimental new plan in which a patient's primary care physician managed all of his care. Approximately 8,3% of the enrollees in each plan had some MH use in the 18 months of the study. We studied correlates of MH use (yes/no). Sex was not a significant predictor of MH use. In general, worse health and lower socioeconomic status (SES) were correlated with having at least one MH visit, but better health and higher SES were correlated with a higher quantity of use for those who had some MH use. The three insurance plans did not differ significantly in the proportion of people who had any MH services, but BC users of MH services had 2-3 times more MH visits and higher costs than GHC and UHC users. This suggests that the reliance on primary care providers in UHC and GHC may have changed the nature of MH care as compared to Blue Cross. The effects of income, MH need and symptom sensitivity on MH use were different among the three plans.

### Ons sit met 20 000 potensieel plofbare situasies in huisartspraktjke.

Afrika nie en in die Verenigde Koninkryk is dit byvoorbeeld onbekend. Die hipotetiese geval hierbo beskryf derhalwe 'n unieke Suid-Afrikaanse huisarts-situasie wat ongelukkig nie baie seldsaam is nie. In my eie praktjke word ongeveer 4 tot 6 soortgelyke gevalle per jaar hanteer. Indien dit as norm kon dien sou dit beteken dat in die ongeveer 4 000 huisartspraktjke in die RSA ongeveer 16 000 tot 24 000 soortgelyke gevalle per jaar sou voorkom. Rond dit af na 'n gemiddeld en ons sit met 20 000 potensieel plofbare situasies in huisartspraktjke in die RSA wat elk 'n minimum van drie persone betrek; situasies met katastrofale gevolge vir een of meer betrokkenes indien dit nie reg hanteer sou word nie.

Ten slotte kan ons die hoofelemente vir optrede in situasies waar 'n huisarts om 'n Tweede Mening gevra word, as volg saamvat:

1. benader die pasiënt as mens met 'n probleem en nie as 'n inkomstebron of 'n professionele landmyn nie;
2. identifiseer die behandelende geneesheer en kommunikeer met hom/haar. Hierdie inligting word dikwels opsetlik deur die pasiënt weerhou

Are you an  
Academy  
member?

