

Van triage tot spreekkamer

Wat de triagist hoort en de huisarts ziet

Elina Tapken & Claudia Ligthart Schenk

© 2026 Elina Tapken & Claudia Ligthart Schenk
Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

De verhalen in dit boek zijn gebaseerd op ervaringen binnen de huisartsenpost. Namen, herkenbare details en omstandigheden zijn aangepast om de privacy van patiënten, naasten en zorgverleners te beschermen.

De casussen in dit boek zijn geïnspireerd op situaties uit de praktijk, maar zijn zorgvuldig aangepast, gecombineerd of geanonimiseerd. Herkenbare gegevens zijn gewijzigd. Dit boek is geen medisch naslagwerk en vervangt geen professioneel medisch advies. De verhalen zijn bedoeld om inzicht te geven in het werk van triagist en huisarts op de huisartsenpost.

Illustraties: ontwikkeld met behulp van AI, onder redactie en creatieve regie van de auteurs.

ISBN: 9789465540245

Eerste druk, 2026

Omslagontwerp: Eigen ontwerp en beheer
Uitgave in eigen beheer / Brave New Books

Voor iedereen die de huisartsenpost kent, nodig had, nodig heeft of ooit van dichtbij wil begrijpen.

Voor de patiënten en naasten die bellen met twijfel, pijn, onrust of paniek.

Voor iedereen die zich afvraagt wat er gebeurt nadat de telefoon wordt opgenomen.

En voor iedereen die wil weten hoe een verhaal van de lijn uiteindelijk verdergaat: in de spreekkamer, op visite, of soms op een heel andere plek waar passende zorg nodig is.

Voor toekomstige collega's die willen ontdekken hoe bijzonder, ingewikkeld en waardevol dit werk is.

Voor oud-collega's, collega's, triagisten, huisartsen en iedereen achter de schermen die de huisartsenpost draaiende houdt.

Voor wie luistert zonder te zien.

Voor wie kijkt met het eerste verhaal in het achterhoofd.

Voor wie doorvraagt, twijfelt, overlegt, beslist en daarna ontdekt dat de koffie alweer koud is.

Dit boek is voor jullie.

Omdat goede zorg buiten kantoortijd niet pas begint in de spreekkamer, maar vaak al bij één stem aan de telefoon. En omdat die ene stem soms het begin is van een verhaal dat verder moet worden gezien.

Inhoudsopgave

Voorwoord-----	1
Inleiding -----	4
1. De fietser die “wel gewoon naar bed was gegaan” -----	7
2. De vrouw die niet meer wakker werd -----	18
3. Het kindje met koorts -----	29
4. Niet in zijn hum-----	41
5. De wond die niet het hele verhaal was -----	52
6. Verwardheid op een zondagochtend-----	62
7. De waterparel die misschien in zijn buik zat -----	71
8. De pijn die in golven terugkwam -----	79
9. Het oor dat nú gezien moest worden -----	86
10. De blafhoest die in de auto zachter werd-----	95
11. De ring die geen kant meer op wilde-----	104
12. De vishaak die bleef hangen -----	112
13. De galbulten die ineens spannend werden -----	120
14. Buikpijn onderin, en vragen die je liever niet stelt -----	129

15. De borstpijn die volgens hem spierpijn was -----	139
16. Het kind dat niet wilde springen-----	148
17. Oma is alleen maar gevallen-----	155
18. De paniek die voelde als doodgaan -----	164
19. De katheter die op zaterdagavond stopte met meewerken-----	172
20. Het kraaltje dat misschien in de neus zat -----	180
21. De pillen die precies op zaterdag op waren -----	188
22. De visite waarbij genezen niet meer het doel was-----	196
23. De benauwdheid die hij zelf niet zo spannend vond -----	204
24. De keel die niet meer wilde slikken-----	212
25. De beller die eigenlijk niet durfde te bellen-----	220
Nawoord-----	228
Begrippenlijst -----	232
Dankwoord-----	248
Over de auteurs -----	251
Eerder verschenen -----	253
Contact-----	254

Voorwoord

Sommige verhalen beginnen met een deur die opengaat.

Andere beginnen met een telefoon die rinkelt.

Op de huisartsenpost begint zorg vaak zonder dat je elkaar ziet. Geen gezicht, geen houding, geen kleur, geen blik van een partner in de hoek van de kamer. Alleen een stem. Soms rustig, soms gejaagd. Soms boos, omdat bang zijn er nu eenmaal niet altijd netjes uitziet. Soms zo kalm dat juist dát je ongerust maakt.

Als triagist luister je naar woorden, maar vooral ook naar alles wat daaronder zit. Naar ademhaling. Stiltes. Twijfel. De manier waarop iemand zegt: “Het valt wel mee.” Naar de partner op de achtergrond die daar duidelijk anders over denkt. Naar een moeder die te veel details geeft omdat ze probeert grip te krijgen op haar angst. Naar iemand die belt voor “alleen even advies”, terwijl je ergens voelt dat dit telefoontje niet zomaar in de categorie geruststellen past.

In *Tussen paniek en paracetamol* nam ik je mee naar die kant van de lijn. Naar de triagekamer, waar paniek, pijn, twijfel, humor en menselijkheid dagelijks door elkaar heen lopen. Waar je soms met één vraag het verschil maakt, en soms vooral probeert de juiste vraag te vinden terwijl de klok doortikt.

Maar na dat telefoongesprek stopt het verhaal niet.

Want wat gebeurt er daarna?

Wat ziet de huisarts als de patiënt de spreekkamer binnenkomt? Klopt het beeld dat aan de telefoon is ontstaan? Is iemand zeker dan hij klonk? Of juist minder ziek dan het verhaal deed vermoeden? Wat gebeurt er met dat niet-pluisgevoel zodra er ogen, handen, onderzoek en ervaring bij komen?

Daarom is dit tweede deel ontstaan.

Voor dit boek schrijf ik samen met huisarts Claudia Ligthart Schenk. Waar ik vertel wat de triagist hoort, vult zij aan wat de huisarts ziet. Eén patiënt, twee perspectieven. Dezelfde zorgvraag, maar bekeken vanaf twee verschillende plekken in hetzelfde proces.

En juist daarin zit de kracht van dit boek.

Want op de huisartsenpost werken we zelden alleen. De triagist hoort het eerste verhaal. De huisarts ziet het vervolg. Daartussen zit overdracht, vertrouwen, klinisch redeneren, ervaring en soms een flinke portie georganiseerde chaos. Een patiënt is namelijk geen protocol op pootjes. Een klacht komt zelden binnen met nette kopjes, duidelijke alarmsignalen en een vriendelijke samenvatting onderaan. Was het maar zo. Dan hadden we allemaal een rustigere dienst en aanzienlijk minder koffie nodig.

In werkelijkheid is zorg buiten kantoortijd vaak rommelig. Mensen bellen op hun kwetsbaarst. Ze zijn bang, moe, geïrriteerd, bezorgd of juist veel te laconiek. Ze weten niet altijd wat belangrijk is om te vertellen. Soms noemen ze iets tussen neus en lippen door wat uiteindelijk de hele casus kantelt. Soms zeggen ze precies de goede woorden, maar klinkt hun stem verkeerd. En soms is het niet de patiënt zelf, maar degene naast hem die de echte urgentie laat horen.

Dit boek gaat over die momenten.

Over luisteren zonder te zien.

Over kijken met het verhaal van de triagist in je achterhoofd.

Over twijfelen, afwegen en doorvragen.

Over het niet-pluisgevoel dat je niet altijd kunt uitleggen, maar wel serieus moet nemen.

Over samenwerken onder tijdsdruk.

Over patiënten die ons raken, verrassen, frustreren of bijblijven.

Maar vooral gaat dit boek over de weg van telefoon naar spreekkamer.

Een weg die voor de patiënt misschien kort lijkt, maar waarin achter de schermen veel gebeurt. Er wordt gewogen, overlegd, gepland, beoordeeld, bijgestuurd en soms opgeschaald. Niet omdat zorgverleners graag moeilijk doen, maar omdat goede spoedzorg begint bij het inschatten van risico. En risico laat zich lang niet altijd netjes zien.

Met dit boek willen we laten zien hoe bijzonder dat samenspel is. Niet mooier dan het is, maar wel eerlijk. Met herkenbare casussen, scherpe observaties en ruimte voor de mens achter de klacht.

Want uiteindelijk hebben triagist en huisarts hetzelfde doel.

Niet de mooiste registratie.

Niet het strakste protocol.

Niet de snelste oplossing.

Maar de juiste zorg, op het juiste moment.

En soms begint dat met één zin aan de telefoon:

“Goedenavond, huisartsenpost, waarmee kan ik u helpen?”

Inleiding

Op de huisartsenpost begint zorg vaak met een telefoontje.

Iemand belt omdat er iets is. Pijn, koorts, benauwdheid, een val, ongerustheid of een gevoel dat niet goed te plaatsen is. Soms belt de patiënt zelf. Soms een ouder, partner, kind, thuiszorgmedewerker of begeleider. Voor de beller lijkt het misschien één vraag: moet ik hiermee iets doen?

Maar achter dat ene telefoontje zit een hele route.

In dit boek volgen we die route. Van het eerste contact met de huisartsenpost tot aan de beoordeling daarna: in de spreekkamer, tijdens een visite, via de thuiszorgroute of soms richting ziekenhuis.

Elk hoofdstuk is opgebouwd uit vaste onderdelen.

De telefoon

In het deel De telefoon lees je wat er gebeurt tijdens de triage. De triagist hoort de patiënt meestal alleen via de telefoon. Er is geen beeld. Geen kleur, geen houding, geen wond, geen ademhaling om naar te kijken. Alleen een stem, een verhaal en soms iemand op de achtergrond die zich zorgen maakt.

De triagist stelt vragen om in te schatten hoe dringend de klacht is en welke zorg past. Daarbij gaat het niet alleen om wat iemand zegt, maar ook om hoe iemand klinkt. Is iemand benauwd? Verward? Angstig? Veel te rustig? Maakt iemand klachten kleiner? Of zegt een partner: “Hij is echt anders dan normaal”?

In dit deel zie je hoe de eerste inschatting ontstaat.

Overdracht

Na de triage volgt de overdracht. Dat is de samenvatting voor de huisarts of andere zorgverlener die de patiënt gaat beoordelen.

Een goede overdracht is meer dan een lijstje klachten. Het laat zien waarom iemand gezien moet worden. Soms zit dat in duidelijke alarmsignalen, zoals hevige pijn, benauwdheid of sufheid. Soms zit het juist in een kleine zin die veel zegt: “Moeder vertrouwt het niet”, “partner vindt hem anders” of “patiënt klinkt zeker dan hij zegt”.

De overdracht vormt de brug tussen wat de triagist hoort en wat de huisarts daarna ziet.

De spreekkamer, visite of juiste route

Daarna verschuift het verhaal. De patiënt wordt gezien in de spreekkamer, thuis tijdens een visite, of krijgt passende zorg via een andere route. In deze delen komt de blik van de huisarts of vervolgzorg erbij.

Wat ziet de huisarts bij binnenkomst? Klopt het beeld van de triage? Wat verandert er door lichamelijk onderzoek? Is iemand zeker dan verwacht, of valt het juist mee? Moet iemand naar het ziekenhuis, kan iemand thuis blijven, of is uitleg en geruststelling voldoende?

Niet elke casus eindigt in de spreekkamer. Soms rijdt de visiteauto. Soms wordt de thuiszorg ingeschakeld. Soms is overleg met een specialist nodig. En soms is het belangrijkste dat iemand duidelijke uitleg krijgt en weet wanneer opnieuw contact nodig is.

Wat deze casus laat zien

Aan het einde van elk hoofdstuk staat Wat deze casus laat zien. Daarin wordt kort teruggekeken op het verhaal.

Niet als lesboek met een opgeheven vinger, maar om zichtbaar te maken wat onder de casus ligt. Waarom bepaalde vragen belangrijk zijn. Waarom twijfel soms juist zorgvuldig is. Waarom iemand toch gezien moet worden. Of waarom geruststellen soms net zo belangrijk kan zijn als behandelen.

Over de verhalen

De casussen in dit boek zijn gebaseerd op ervaringen uit de praktijk, maar zijn aangepast, gecombineerd en geanonimiseerd. Namen, leeftijden, situaties en herkenbare details zijn veranderd om de privacy van patiënten, naasten en zorgverleners te beschermen.

Het doel is niet om echte situaties één op één na te vertellen. Het doel is om te laten zien hoe het werk op de huisartsenpost voelt. Hoe een zorgvraag binnenkomt. Hoe afwegingen ontstaan. Hoe triagist en huisarts samenwerken. En hoe ingewikkeld een ogenschijnlijk simpele klacht soms kan zijn.

Dit boek is geen medisch handboek en vervangt geen professioneel medisch advies. De casussen zijn bedoeld om mee te kijken in de wereld van de huisartsenpost: de twijfel, de urgentie, de samenwerking, de menselijkheid en soms ook de humor die tussen alle ernst door gewoon blijft bestaan.

Je kunt dit boek van voor naar achter lezen, als een route door de huisartsenpost. Maar je kunt ook losse hoofdstukken lezen. Elke casus staat op zichzelf en laat een ander stukje zien van zorg buiten kantoor tijd.

Steeds begint het op dezelfde plek: bij iemand die belt.

En steeds draait het om dezelfde vraag:

Wat is nu de juiste zorg, op het juiste moment?



1. De fietser die “wel gewoon naar bed was gegaan”

De telefoon

Niet midden in de nacht, niet op het moment van de val, niet terwijl de adrenaline nog door de straatstenen liep. Nee, uren later. Dat soort telefoontjes hebben altijd iets verraderlijks. Alsof de klacht eerst een nacht heeft liggen rijpen onder een dekbed, naast een glas water en iemand die heeft gezegd: “Laat mij maar, het valt wel mee.”

Aan de lijn was een vrouw.

“Mijn man is gisteravond gevallen met de fiets,” zei ze. “Hij had wat gedronken. Hij heeft nu heel veel hoofdpijn.”

Er zijn zinnen waarbij je als triagist meteen rechterop gaat zitten. Niet omdat het meteen paniek is, maar omdat het verhaal te gewoon klinkt voor iets wat mogelijk helemaal niet gewoon is.

Een man van vijfendertig. Alcohol gedronken. In de avond gevallen met de fiets. Op zijn hoofd terechtgekomen. Wond op het hoofd. Nu, vroeg in de ochtend, veel hoofdpijn. En ook nog pijn aan zijn schouder.

Ik zag hem niet.

Ik zag geen bloed in zijn haar. Geen scheve schouder. Geen grauwe kleur. Geen blik die net iets te traag reageerde. Ik kon alleen luisteren naar zijn vrouw, naar de woorden die ze koos en naar wat er tussen die woorden bleef hangen.

“Is hij buiten bewustzijn geweest?” vroeg ik.

Ze aarzelde.

“Dat weet ik niet precies. Hij zegt van niet. Maar hij weet niet alles meer van de val.”

Daar was het eerste haakje.

Niet alles meer weten van de val. Bij alcohol wordt dat soms weggewuifd alsof het erbij hoort. Alsof geheugenverlies na een val een soort kateraccessoire is. Maar alcohol maakt een hoofdtrauma niet minder spannend. Het maakt het juist onhandiger. Alcohol trekt een mistgordijn op rond de klachten. Sufheid? Kater. Misselijkheid? Kater. Hoofdpijn? Kater. Warrigheid? Ook vast kater.

En ondertussen kan er onder die kater gewoon iets anders zitten.

“Is hij misselijk of heeft hij gebraakt?”

“Hij is misselijk geweest. Niet echt overgegeven, geloof ik.”

“Is hij goed wakker?”

Op de achtergrond hoorde ik een mannenstem. Ver weg. Mopperend.

“Ja, hij is wakker,” zei ze. “Maar hij wil eigenlijk gewoon slapen. Hij zegt dat ik niet zo moet zeuren.”

Dat zeggen patiënten vaker op momenten waarop ze ons juist wél nodig hebben.

“Mag ik hem zelf even spreken?”

Er kwam gerommel. De telefoon werd verplaatst.

“Ja?” zei hij.

Zijn stem klonk geïrriteerd. Niet overduidelijk verward, maar kortaf. Traag. Alsof elk antwoord te veel werk was.

“Goedemorgen, u spreekt met de huisartsenpost. Uw vrouw vertelt dat u gisteravond bent gevallen met de fiets. Weet u nog wat er gebeurd is?”

“Gewoon gevallen.”

“Hoe bent u gevallen?”

“Geen idee. Fiets gleed weg of zo.”

“Bent u op uw hoofd gevallen?”

“Blijkbaar.”

“Wat bedoelt u met blijkbaar?”

“Nou ja, er zit een wond.”

Ik stelde de vragen langzaam. Niet omdat hij dom was, maar omdat zijn hoofd misschien iets anders aan het doen was dan antwoorden geven. Ik vroeg waar hij was, welke dag het was, of hij dubbelzag, krachtverlies had, tintelingen, nekpijn, of de hoofdpijn erger werd en of hij bloedverdunners gebruikte.

Geen bloedverdunners. Geen duidelijke uitvalsverschijnselen. Geen nekpijn. Maar wel forse hoofdpijn, een wond op het hoofd, onzekerheid over bewustzijnsverlies, gedeeltelijk geheugenverlies, alcohol in het spel en een pijnlijke schouder.

Ik vroeg hem zijn vrouw weer aan de lijn te geven.

Dat doe je soms bewust. Niet omdat je de patiënt passeert, maar omdat de partner vaak beter ziet wat de patiënt zelf niet meer scherp beoordeelt.

“Vindt u hem anders dan normaal?” vroeg ik haar.

Ze was even stil.

“Ja,” zei ze toen. “Hij is niet zichzelf. Hij is normaal niet zo... sloom. En hij heeft echt veel pijn.”

Daar was het tweede haakje.

Niet zichzelf.

Het is geen medische term die je in hoofdletters op een protocolposter zet, maar in de triage weegt hij soms zwaarder dan een perfect geformuleerde klacht. Partners kennen de normale versie van iemand. Ze horen het verschil tussen moe en niet goed. Tussen chagrijnig en vertraagd. Tussen kater en niet-pluis.

“Hoe ziet de wond eruit?”

“Er zit opgedroogd bloed in zijn haar. Ik kan het niet goed zien. Het is wel een snee, denk ik.”

Ook dat kon ik niet beoordelen. Aan de telefoon is een wond altijd een raadsel met slechte belichting. Een klein scheurtje kan eruitzien als een slagveld als hoofdhaar meedoet, maar een diepe wond kan ook verstopt zitten onder gestold bloed.

Je weet het pas als iemand kijkt.

En dat was precies het punt.

Deze man moest gezien worden. Niet omdat ik op afstand kon zeggen dat er iets ernstigs aan de hand was. Juist niet. Hij moest gezien worden omdat ik op afstand níét veilig genoeg kon zeggen dat het meeviel.

Ik legde haar uit dat ik hem wilde laten beoordelen op de huisartsenpost. De wond moest bekeken worden. Zijn neurologische toestand moest beoordeeld worden. Zijn schouder ook. Maar vooral dat hoofd liet zich niet wegpraten.

“Hij wil eigenlijk niet,” zei ze.

“Nee,” zei ik. “Dat hoor ik vaker bij mensen die toch moeten komen.”

Ik gaf instructies: niet zelf laten fietsen of rijden. Laat iemand hem brengen. Bij verslechtering, suf worden, herhaald braken, toenemende verwardheid, insulten, krachtsverlies of niet meer goed wakker te krijgen: direct opnieuw bellen of 112.

Terwijl ik de urgentie bepaalde, liep mijn hoofd het rijtje nog eens langs.

Trauma capitis. Alcohol. Amnesie. Forse hoofdpijn. Wond. Partner vindt hem anders. Pijnlijke schouder. Niet goed te beoordelen aan de telefoon.

Dit was geen “even aankijken”.

Dit was: komen.

Niet met zwaailichten in mijn hoofd, maar wel met een stevig uitroepteken.

Overdracht

35-jarige man, gisteravond gevallen met fiets na alcoholgebruik. Wond op hoofd, forse hoofdpijn sinds vanochtend, pijnlijke schouder. Onzeker of er bewustzijnsverlies is geweest. Patiënt weet niet goed meer wat er gebeurd is rondom de val. Echtgenote vindt hem anders dan normaal/sloom. Geen bloedverdunners. Geen duidelijke uitvalsverschijnselen telefonisch, maar beoordeling

beperkt door alcohol/katerbeeld en mogelijk hoofdtrauma. Graag beoordeling wond, neurologisch beeld en schouderletsel.

De spreekkamer

Toen hij binnenkwam, liep hij zelf.

Dat is verraderlijk geruststellend.

Want iemand die zelf loopt, zelf moppert en zelf vindt dat hij “voor niks” naar de huisartsenpost is gestuurd, kan er aan de buitenkant behoorlijk acceptabel uitzien. Geen brancard. Geen paniek. Gewoon een man van vijfendertig, ochtendgezicht, pijnlijke blik, hand tegen zijn hoofd, zijn vrouw vlak achter hem.

Maar lopen is geen bewijs dat het goed gaat.

Zeker niet na een val met de fiets.

Zeker niet na alcohol.

Zeker niet met hoofdpijn, een hoofdwond en een verhaal dat gaten bevat.

Ik had de overdracht gelezen voordat ik hem binnenriep.

Gisteravond gevallen met fiets na alcoholgebruik. Wond hoofd. Forse hoofdpijn. Pijnlijke schouder. Onzeker bewustzijnsverlies. Weet niet goed wat er is gebeurd. Echtgenote vindt hem anders/sloom.

Dat laatste bleef hangen.

Niet omdat “sloom” een officiële diagnose is, maar omdat partners vaak haarscherp voelen wanneer iemand niet klopt. Ze kennen de normale versie. De kater-versie. En dus ook de versie waarbij er iets nèt anders is.

Hij ging zitten alsof zitten eigenlijk al te veel gevraagd was.

“Volgens mij valt het allemaal wel mee,” zei hij.

Zijn vrouw keek naar mij met een blik die iets anders zei.

Ik vroeg hem wat er gebeurd was.

Hij haalde zijn schouders op, maar stopte halverwege omdat zijn rechterschouder duidelijk protesteerde.

“Geen idee. Gevallen.”

“Van de fiets?”

“Ja. Denk ik.”

“Denk ik?”

Hij zuchtte. “Ik weet het gewoon niet precies meer.”

En daar lag het opnieuw op tafel: geheugenverlies rondom het trauma.

Bij hoofdletsel is dat geen detail. Alcohol verklaart veel, maar het mag niet alles verklaren. Het maakt de beoordeling juist lastiger. Een kater kan hoofdpijn geven, misselijkheid, sufheid en traag reageren. Precies de klachten waar je bij hoofdletsel ook alert op moet zijn.

Alcohol is in dit soort casussen geen geruststelling.

Alcohol is mist.

En in mist moet je langzamer rijden, niet harder.

Hij was aanspreekbaar, wist waar hij was en kon antwoord geven, maar hij oogde traag. Niet ernstig verward, niet overduidelijk neurologisch afwijkend, maar ook niet fris. Niet helder op de manier waarop je dat graag zou willen bij iemand met een klap op zijn hoofd.

Ik onderzocht de wond. Onder het haar zat opgedroogd bloed. Na schoonmaken werd duidelijk dat er een wond zat die beoordeeld moest worden. Maar een hoofdwond vertelt zelden het hele verhaal. Het is het zichtbare stukje van de klap. De buitenkant. De vraag blijft altijd: wat gebeurde er aan de binnenkant?

Zijn pupillen reageerden symmetrisch. Geen duidelijke uitval. Geen scheve mond. Geen spraakstoornis. Geen duidelijke nekstijfheid. Kracht in armen en benen leek intact, voor zover de pijnlijke schouder dat toeliet.

Allemaal geruststellende onderdelen.

Maar geruststellende onderdelen maken nog geen geruststellend totaalplaatje.

Hij had forse hoofdpijn.

Hij wist niet goed wat er was gebeurd.

Er was alcohol gebruikt.

Zijn vrouw vond hem anders.

Er was sprake van hoofdletsel met een wond.

En hij was niet betrouwbaar genoeg te beoordelen om veilig thuis af te wachten.

Daarbij kwam de schouder. Hij hield hem voorzichtig, bewoog beperkt en gaf pijn aan bij heffen. Maar het hoofd had voorrang.

Ik legde hem uit dat ik hem wilde insturen voor verdere beoordeling en een scan van het hoofd.

Hij keek alsof ik had voorgesteld zijn fiets preventief te laten begraven.

“Een scan? Voor hoofdpijn?”

“Voor hoofdletsel,” zei ik. “Met alcoholgebruik, geheugenverlies en forse hoofdpijn. En omdat uw vrouw aangeeft dat u anders bent dan normaal.”

Hij zweeg.

Zijn vrouw niet. “Precies,” zei ze.

Dat is ook geneeskunde: soms zegt de opluchting van de partner meer dan de patiënt zelf.

Ik vertelde hem dat de scan geruststellend kon zijn. Dat hoop je zelfs. Niemand zit te wachten op een bloeding, schedelfractuur of ander ellendig souvenir van een avond fietsen met alcohol in de benen. Maar bij dit verhaal was thuis afwachten niet de veiligste keuze.

Een scan aanvragen betekent niet dat je zeker weet dat er iets ernstigs is. Het betekent dat je de kans op iets ernstigs niet verantwoord genoeg kunt uitsluiten zonder beeldvorming.

Ik belde met de spoedeisende hulp voor overleg en verwijzing. De overdracht was helder: fietsval na alcoholgebruik, hoofdwond, forse hoofdpijn, amnesie rondom het trauma, partner vindt hem anders, neurologisch op de post geen duidelijke focale uitval, maar beoordeling beperkt betrouwbaar. Indicatie voor beoordeling en CT-scan.

Daarna keek ik hem weer aan.

“U hoeft het niet leuk te vinden,” zei ik. “Maar u moet wel gaan.”

Hij zuchtte. Zijn vrouw pakte haar jas.

Dat was waarschijnlijk het moment waarop hij begreep dat hij deze discussie niet ging winnen.

En ergens was dat maar goed ook.

Want sommige patiënten komen niet naar de huisartsenpost omdat ze zelf denken dat het nodig is. Ze komen omdat iemand anders scherp genoeg was om te bellen. Omdat een triagist goed genoeg luisterde. Omdat een huisarts het totaalplaatje serieus nam.

Deze man had geen scan nodig omdat hij spectaculair ziek binnenkwam.

Hij had een scan nodig omdat het verhaal niet klopte met veilig afwachten.

Wat deze casus laat zien

In de spreekkamer kreeg het telefoongesprek een gezicht.

De wond was zichtbaar. De pijnlijke schouder was zichtbaar. Zijn traagheid was zichtbaar. Maar vooral werd zichtbaar dat de triage terecht was geweest. Niet omdat er aan de telefoon al een diagnose gesteld kon worden, maar omdat de onzekerheid goed was ingeschat.

Hoofdletsel bij alcoholgebruik vraagt voorzichtigheid. Alcohol kan klachten maskeren, vertekenen of bagatelliseren. Wat lijkt op een kater, kan ook passen bij een hersenschudding of ernstiger letsel. En wanneer iemand zich het trauma niet goed herinnert, forse hoofdpijn heeft en door zijn partner als anders wordt ervaren, moet je verder kijken dan de gedachte: hij is toch gewoon wakker?

De kracht van deze casus zit in de optelsom.

Een val.

Alcohol.

Een hoofdwond.

Geheugenverlies.

Forse hoofdpijn.

Een partner die zegt: hij is niet zichzelf.

Los van elkaar kun je sommige onderdelen misschien nog wegedeneren. Samen vormen ze een verhaal dat beoordeling en beeldvorming nodig maakt.

En zo werd een ogenschijnlijk simpele fietsval geen kwestie van “paracetamol en terug naar bed”, maar van luisteren, kijken, wegen en uiteindelijk: door de scan.



2. De vrouw die niet meer wakker werd

De telefoon

De telefoon ging in de vroege ochtend.

Geen paniek op de lijn. Geen gehijg, geen huilende familie op de achtergrond, geen patiënt die tussendoor probeerde mee te praten. Alleen een rustige stem van de thuiszorg.

Dat soort gesprekken hebben een andere lading.

Niet harder.

Niet sneller.

Maar zwaarder.

“Goedemorgen, u spreekt met de thuiszorg. Ik ben bij mevrouw. Ze is overleden aangetroffen in bed. Kunt u de huisarts laten komen voor de schouw?”

Soms valt er aan de telefoon even iets stil, zonder dat er echt stilte is. Je hoort misschien een jas ritselen. Een deur die zacht dichtgaat. Iemand die bewust rustig praat, omdat er in de kamer naast haar een leven is gestopt.

“Om wie gaat het?” vroeg ik.

Ze noemde de naam. Een mevrouw van drieënnegentig jaar.

Drieënnegentig. Een leeftijd waarop mensen soms zeggen: “Dan mag het ook.” Maar zo simpel voelt het zelden op het moment zelf. Ook een verwacht overlijden blijft een grens. Voor de mevrouw, voor de thuiszorg, voor de familie die onderweg is, en voor degene die aan de telefoon moet uitzoeken wat er nodig is.

Ik vroeg waar mevrouw was aangetroffen.

“In bed,” zei de thuiszorgmedewerker. “Vanmorgen bij de zorg. Ze lag rustig. Ik kreeg geen contact meer.”

“Wanneer is mevrouw voor het laatst levend gezien?”

“Gisteravond door de avonddienst. Ze was toen al erg zwak. Ze lag eigenlijk de hele week al in bed. Het ging snel achteruit.”

Daar begint de triage.

Niet met een urgentie alsof er nog iets te redden valt. Maar met zorgvuldig vaststellen wat de situatie is. Is er sprake van een verwacht overlijden? Zijn er aanwijzingen voor een niet-natuurlijke dood? Is er reanimatiebeleid bekend? Is de eigen huisarts betrokken? Is de familie op de hoogte? Is mevrouw echt overleden, of is er twijfel?

Dat klinkt misschien zakelijk. Bijna koel.

Maar juist bij overlijden is structuur belangrijk. Niet omdat je het verdriet wilt ordenen in vinkjes, maar omdat je rust wilt brengen in een situatie die voor anderen heel groot kan voelen.

“Is er twijfel of mevrouw overleden is?” vroeg ik.

“Nee,” zei ze zacht. “Ze ademt niet meer. Ze is koud. Geen pols. Ze reageert nergens op.”

“Zijn er bijzonderheden? Tekenen van een val? Letsel? Bloed? Iets waardoor u denkt: dit klopt niet?”

“Nee. Ze ligt gewoon in bed. Rustig. Geen bijzonderheden.”

“Was mevrouw ziek?”

“Ja. Ze ging de hele week al hard achteruit. At en dronk bijna niet meer. Ze wilde eigenlijk ook niet meer uit bed.”

Ik hoorde aan haar stem dat ze dit niet voor het eerst deed, maar ook niet op de automatische piloot. Thuiszorgmedewerkers staan vaak op een bijzondere plek in het leven van mensen. Ze komen binnen met sleutels, steunkousen, medicatie, washandjes en praktische zorg. En soms zijn zij degene die iemand vinden wanneer het leven in de nacht is weggegaan.

“Is de familie al gebeld?”

“Ja. Ze zijn onderweg. Ze waren er niet bij toen ik haar vond.”

Dat is een zin die blijft hangen.

Familie was er niet bij.

Niet als verwijt, niet als drama. Gewoon als feit. Maar voor familie kan dat later zwaar voelen. Alsof ze een moment hebben gemist dat niet opnieuw komt. Terwijl overlijden zich niet altijd houdt aan agenda's, waakschema's of de hoop dat iemand “nog even wacht”.

“Is mevrouw bekend bij de eigen huisarts? Was er sprake van een palliatieve situatie?”

“Volgens mij wel. Ze was de laatste tijd erg achteruitgaand. Maar ik weet niet precies wat er vastgelegd is.”

Daarom moest de huisarts komen.

Op de huisartsenpost gaat dat via de visiteauto: de huisarts samen met de chauffeur op pad. Geen sirene, geen haast zoals bij een reanimatie, maar wel met aandacht. De visiteauto rijdt niet alleen naar benauwdheid, pijn op de borst of een ziek kind. Soms rijdt hij naar een huis waar alles stil is geworden.

Ik vroeg nog naar praktische zaken.

Of mevrouw nog in bed lag.

Of de thuiszorg aanwezig bleef.

Of de familie binnen kon komen.

Of er een huisartsendossier of medicatielijst aanwezig was.

Of er bijzonderheden waren in de woning.

Of de thuiszorg zich veilig voelde in de situatie.

Ze bleef erbij tot de familie kwam.

Dat vond ik fijn.

Niet omdat ik dat kon eisen, maar omdat niemand alleen zou hoeven wachten met een overleden mevrouw in huis en familie onderweg. Soms is blijven ook zorg. Misschien wel de meest stille vorm ervan.

Ik vertelde haar dat ik de visitearts zou informeren en dat de huisarts met de chauffeur zou komen voor de schouw. Ik legde uit dat de arts ter plaatse het overlijden officieel moest vaststellen en beoordelen of er sprake was van een natuurlijk overlijden. Tot die tijd was het goed om mevrouw rustig te laten liggen en geen verdere handelingen te verrichten die niet nodig waren.

“Dank je,” zei ze.