

# huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

## Les van een huisarts

DOOR E. VAN DE WEG, HUISARTS

Wanneer in dit gezelschap de naam „Macacus Rhesus” valt, zullen de gedachten uitgaan naar medische begrippen als rhesus-factor, rhesus-antagonisme, enzovoort. Wanneer daarna even een vacuüm ontstaat, gaan ze misschien verder naar het olijke diertje, dat u in de dierentuin hebt gezien, met zijn grappige capriolen. Maar komt u met allerlei associaties tot begrip van dit diertje in zijn milieu van de wouden, zijn samenleving en leefgewoonten?

Wanneer u thans een huisarts voor u ziet, zullen zich misschien ook allerlei associaties voordoen, mogelijk ook van allerhand koddige capriolen in de vorm van voor u onbegrijpelijke conclusies en behandelingsmethoden. Persoonlijk herinner ik me nog zeer wel, dat in mijn opleidingstijd vaak op de „domheden” van de huisarts werd gewezen, terwijl tegenwoordig wordt gesproken over de huisarts als frontsoldaat in het medische gebeuren. Hij is immers de man (in de betekenis van mens) tot wie men zich in eerste instantie wendt om hulp. Deze hulp wordt gevraagd voor het oplossen van een nog ongedifferentieerd probleem. Dit kan liggen op het gebied van welk medisch specialisme ook, of op een combinatie van die gebieden. Het kan ook liggen op het zuiver menselijke vlak, hetzij psychisch, hetzij sociaal of religieus. Hierbij is het typerend, dat ook de problemen van het zuiver menselijke vlak lichamelijk worden geprojecteerd, hetgeen de klager vaak niet duidelijk is. Het is daarom voor de huisarts-frontsoldaat noodzakelijk uit te maken, op welk vlak het hoofddaccent van de klacht en waar de hoofdzaak van de genese ligt. Hij moet zich dus niet alleen afvragen, waarover de patiënt klaagt, maar ook, waarom hij klaagt.

\* Voordracht gehouden op 27 september 1962 voor medische studenten in de Kinderkliniek van het Academische Ziekenhuis te Leiden, hoofd Prof. Dr G. M. H. Veeneklaas.

In deze eeuw van snelle veranderingen, zowel op materieel gebied, als op het terrein van normen en waarden, welke veranderingen gepaard gaan met een verder schrijdende secularisatie, is het zeer wel in te voelen, dat men zich insufficiënt gaat voelen tegenover de eisen, welke het leven stelt. De steeds verder gaande specialisering, zowel op medisch als op sociaal terrein (bureaus en andere instanties) doet de mens zoeken naar een figuur, aan wie men zijn klachten kwijt kan, en deze figuur vindt hij in zijn huisarts. Immers, voor deze heeft hij meermalen zijn problemen uitgesproken, aan deze heeft hij zijn lichaam in toestand van ziekte toevertrouwd, ja, hij heeft zich zelfs voor hem ontkleed.

Ook de huisarts is onderhevig aan de gevolgen van de vele veranderingen. Hij zal zich steeds op de hoogte moeten houden van alle veranderingen om hem heen, maar ook van die in zichzelf. Het contact tussen patiënt en arts is ook een contact tussen arts en patiënt. Twee persoonlijkheden ontmoeten elkaar. Zo zal de arts in dat contact ook zichzelf moeten objectiveren, als het ware met een neutraal derde oog en oor het contact kritisch volgen.

De bedoeling van de ziektegeschiedenis, welke ik u wil voorleggen, is een en ander te demonstren uit de praktijk van de huisarts. Het is dus niet met het doel een sterk verhaal te vertellen, maar te laten zien, hoe men soms, na veel vallen en opstaan, tot een oplossing komt, zowel aan de kant van de patiënt als aan die van de arts.

Mag ik u verzoeken in gedachten mee te gaan naar een dorpje, waar alle wegen loodrecht op elkaar staan. Inwonertal 3500. Het bevindt zich in een overwegend agrarisch gebied. De middenstand heeft er een verzorgende functie voor de agrariërs met alles wat daar aan vast zit. Een industrie van landbouwwerktuigen is zich aan het ontwikkelen

— vanuit een dorpsmederij — tot de grootste van het land. In een klein straatje staat een keurig huisje, alleen, in een tuin; dus geen huis uit de rij. Wij schrijven het jaar 1940 en zien in dat huisje een oud echtpaar met twee dochters, die de jongsten zijn van zijn achttien kinderen. Het gezin is goed katholiek. In het jaar 1940 komt de moeder te overlijden. De vader sterft in 1945. Het huisje is aan de beide dochters vermaakt, die daarin blijven wonen. Een bron van inkomsten hebben deze vrouwen van 42 en 36 jaar niet. Overwogen wordt kostgangers te nemen om in hun geldelijke behoeften te voorzien. Kort daarna wordt hun gevraagd een man op te nemen die graag ergens „in de kost” wil, mits het goed katholieke mensen zijn. Hij komt bij hun in huis. Na anderhalf jaar huwt hij met de jongste van de beide zusters, terwijl de oudste bij hen in huis blijft. In zes jaar tijds worden daar drie dochtertjes geboren. Dit geeft ruimte-technisch geen moeilijkheden, daar het huis groot genoeg is.

Mijn kennismaking met dit gezin dateert van 1950, omdat de oudste van de twee zusters, die ik verder zal aanduiden als „tante”, blauwe lippen had. Daar hier geen aanknopingspunten werden gevonden werd ze voorgesteld aan een internist, die meende wellicht te maken te hebben met een vorm van de ziekte van Raynaud. Haar werd uitgelegd dat het geen kwaad kon en als therapie stelde zijzelf de behandeling in met lipstick.

In 1953 vond ik tante in bed. Ze was misselijk. Bij algemeen somatisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden en ook de urine en de ontlasting bevatten geen pathologische bestanddelen. Als behandeling werd voorgesteld een zacht dieet met spasmolytica. Haar klachten vertelde zij op een manier die mij irriteerde. Het passieve in bed liggen, het klagerige reproduceren van de klachten, het al te precies naar voren brengen wanneer werd gebraakt, hoe laat en hoe lang na het gebruik van welke spijsen, gaf mij een gevoel van geprikkeldheid. Daarbij kwam het niet reageren op de ingestelde therapie, wat ons ook tot een bepaalde onprettige psychische gesteldheid kan brengen. Na verloop van enkele weken was het gelukkig weer over en het was een opluchting haar van m'n visitelijstje te kunnen afvoeren.

Deze geschiedenis herhaalde zich jaarlijks. Desondanks maakte tante bijna elk jaar een buitenlandse reis met een reisgezelschap, eerst naar Lourdes, later naar Duitsland, Oostenrijk en Italië. Tussendoor steeds perioden van misselijkheid, misselijk voor de patiënte en voor de huisarts. Gewoonlijk kwamen deze tijden kort voor een reis, zodat de huisarts eigenlijk werkte onder de pressie tante weer beter te maken voor de vertrekdatum. Meestal werd dit later gehonoreerd met een prentbriefkaart van de Riviëra of Capri.

Ten einde raad werd patiënte in 1953 voorgesteld aan een internist, die een ulcus duodeni vond. Een, uiteraard door haar zeer nauwkeurig gevolgd sippy-kuur, gaf geen verbetering. Besloten werd verder te gaan met een lopend ulcus-dieet. Na tien

maanden waren wij zover, dat de röntgenoloog geen nis meer kon aantonen, maar toch de mogelijkheid van een ulcus overwoog, terwijl de internist schreef, dat hier een „Ulkusbereitschaft” bestond.

In het jaar 1960 had ze een klein trauma aan de duim, dat zekerheidshalve aan de chirurg werd getoond met de vraag of hier toch een fractuur of een peesverscheuring was. Deze meende aan een neuritis te moeten denken. Ook de consulterende neuroloog stelde de diagnose op plexusneuritis en stelde een behandeling voor met ultra kortegolf, vitamine B en salicyl. In een van de brieven van de neuroloog stond het verzoek haar niet weer te laten zien aan een chirurg, daar deze in de verleiding zou kunnen komen te opereren. De neuroloog was namelijk van mening dat er een neurotische factor in het geding was, omdat tante bij het dicht maken van haar kleren ineens de duim wel goed kon gebruiken. Nadat de neuroloog haar veertien maanden onder behandeling had gehad, heeft hij haar toch eens voorgesteld aan een orthopedisch chirurg, die in een zeer kort briefje schreef, dat er een ruptuur van de musculus extensor pollicis longus was gevonden. Na operatieve behandeling werd gelukkig weer een goede functie verkregen.

Nadien ging het, zij het soms niet zo frequent, weer gewoon door met perioden van misselijkheid. Maar als illustratie van haar persoonlijkheid moge dienen, dat de collega's, die haar een enkele keer in de zondagsdienst zagen, steeds spraken over die „hysterische juffrouw”. De echtgenote van een waarnemer, die haar eens zag aan de voordeur, zei tegen haar man: „Wat dat voor een raar mens is!”

Laten wij tante thans even met rust en verdiepen wij ons korte tijd in de wederwaardigheden van de middelste van de drie dochters van het echtpaar. Deze was geboren in december 1951. In 1952 ontwikkelde zich bij haar „dauwworm”. Deze werd korte tijd door mij behandeld, maar al spoedig werd verzocht om specialistische behandeling, die ruim een jaar duurde, waarna het kind weinig of geen last meer had. In 1957 kreeg zij het voor het eerst benauwd en er ontwikkelde zich asthama bronchiale. Zij had in het begin daarbij een wazige schaduw naast het hart en een bezinking van 81 mm na één uur. Met bedrust zonder medicatie verdween de schaduw, terwijl de bezinking daalde tot de norm. De astma-aanvallen bleven echter komen, eenmaal zelfs zo hevig, dat er adrenaline moest worden gespoten, wat ik bij een kind van acht jaar een hele ingreep vind en zeer ongaarne doe.

Gezien het feit, dat bij astma een psychisch gebeuren van belang kan zijn, wilde ik graag een fixatie vóór zijn en en stelde haar voor aan het Medisch Opvoedkundig Bureau. Hier werd zij uitvoerig nagezien. Ik citeer een passage uit de brief door dit bureau aan mij gericht: „Bij onderzoek bleek dit kind het type van het eerzuchtige astmakind te zijn, met een goed I.Q. (115), dat thuis te veel doorziet van de situatie, te weinig steun vindt in de zeer beperkte en geladen sfeer (in het poppenkastspel

kwam Jan Klaassen tevoorschijn als man van twee spinnige vrouwen!). Het kind is daardoor erg angstig geworden. Ze heeft weinig realisatiemogelijkheden voor haar eigen gaven. Jammer genoeg kunnen de ouders de psychische kant van het astma niet aanvaarden, zij staan voor een bespreking daarvan en een mogelijke houding-verandering niet open”.

Een enkele woord over het poppenkastspel. Van de belevenissen, welke een mens meemaakt, zijn er vele, die naar het onbewuste worden verdrongen. Bekend mag worden verondersteld, dat deze verdrongen waarden zich toch pogen te realiseren; daarvoor zouden ze met te veel energie geladen zijn. De psychoanalytische school wijst er dan ook op, dat er een behoefte aan zelfverraad bestaat, dat wil zeggen tot een zelfs tegen wil en dank uitdrukking geven aan hetgeen eens werd beleefd en naar het onbewuste verdrongen. Ludwig Klages schrijft: „Jedes Erlebnis ist innere Bewegung und strahlt darum in Bewegungen auch des Körpers aus”. De innerlijke bewogenheid van de mens openbaart zich niet slechts — en zelfs niet in de eerste plaats — in zijn woorden, gelaatsuitdrukking, houding en gebaar, maar in het gehele complex van indruk en uitdrukkingsbewegingen. „Elke uitdrukking is een gevoelsuitdrukking”. Hoe groter de ontvankelijkheid voor indrukken, hoe groter de uitdrukkingsbehoeften, waarbij echter het uitdrukkingsvermogen geen gelijke tred houdt. Er is een zekere wanverhouding tussen uitdrukkingsbehoefte en het vermogen daartoe. In deze toestand van uitdrukkingsnood grijpt de mens naar het symbool, waarin indruk en uitdrukking zijn samengesmolten. Alle uitdrukkingsvormen werken suggestief en door middel van onbewuste nabootsing roepen zij in de ander een overeenkomstige beleving tevoorschijn.

Het scheppen van een symbool werkt bevrijdend. Men verkrijgt een zekere distantieering ten opzichte van datgene, wat vooraf het eigen IK van te nabij beroerde en te zeer bedreigde. Het symbool, dat dus object van waarneming is geworden, verenigt de binnen- en buitenwereld. Bij het beschouwen hiervan alsmede een object in de buitenwereld, ondervindt men een — fictief — gevoel van macht over het object, waardoor een bevrijdende functie is verkregen. Toch is de oplossingsmogelijkheid, welke het symbool kan geven, een conventionele en onpersoonlijke. Daarom geeft het wel een bevrijding, maar een beperkte. De behoefte tot uitdrukken streeft naar een meer adequate en persoonlijke vorm. Daarom heeft elke stimulering van de begaafdheid tot het vinden van uitdrukkingsvormen — zij het dan op één uitdrukkingsgebied — een bijzondere therapeutische en diagnostische betekenis. Het kinderspel nu is een verschijningsvorm van de ervaring zelf, waarbij steeds wordt gezocht naar wegen, welke tot zelfbevrijding mogen leiden. In het spel zit actie, het spel dramatiseert. Het kind vindt in het micro-drama, dat als schimmen- of poppen spel bekend staat, een mogelijkheid te komen tot oplossing van zijn ervaringen.

Gaan wij thans weer terug naar het huisje in het straatje. In het begin van 1962 had tante weer een periode van misselijkheid. Daar ik geen zin had er weer lang achteraan te lopen liet ik haar nogmaals aan een internist zien. In het begeleidend schrijven verzocht ik hem hierbij indachtig de „Ulkusbereitschaft” de vrouw niet zonder nader overleg met mij ter operatie voor te stellen indien er weer een ulcus zou worden gevonden. Indien dit zo was, zou er, wat betreft recidieven in de toekomst, weinig van een operatie mogen worden verwacht. Inderdaad werd weer (nog) een ulcus gevonden. Voor de cyanotische lippen vroeg hij de mening van de cardioloog, die een lokale cyanose vond, zonder pathologische betekenis. Tegen een eventuele operatie bestond naar zijn mening geen bezwaar. Wel vond hij, dat patiënte een zeurderige indruk maakte.

Ook van *ulcera ventriculi* en *duodeni* is thans bekend, dat daarbij psychische factoren een rol kunnen spelen. Het leek mij juist, alvorens tot operatie over te gaan, eerst hiernaar te speuren en zo mogelijk maatregelen te nemen en de eventueel noodzakelijke veranderingen aan te brengen. De eerste hindernis, die daartoe moest worden genomen, was de geïrriteerdheid van de huisarts ten opzichte van deze patiënte. Hiertoe was het noodzakelijk, dat hij zich bezon op zijn relatie tot deze patiënte. Om een goed overzicht te krijgen is het nuttig de situatie van enige afstand te bezien om tot een juist beeld te komen. Reeds in het begin van mijn relaas wees ik erop, dat het nodig was als het ware met een neutraal derde oog en oor mee te kijken en te luisteren. Het is de huisarts toen duidelijk geworden, dat hij patiënte eigenlijk geen kans had geboden zich te geven en uit te spreken. Hij had zich blind gestaan op patiënte's wijze van doen, zonder achter deze wijze van doen te kijken. Hij zag ook, dat hij alleen naar de klacht had geluisterd en zich niet de vraag had gesteld, waarom patiënte klaagde.

Na tot deze conclusie te zijn gekomen was de arts in staat, zij het met een zekere mate van zelfverwijt, met een open gemoed bij haar binnen te stappen en voor het eerst tot een gesprek te komen. Hierbij werd haar uitgelegd, dat psychische factoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan van ziekte. (Onze voorouders brachten het reeds zover, dat zij de uitdrukking vonden „iemand zit ergens mee in zijn maag”). Deze „tekst” werd uitgangspunt van de bespreking. Het lag in de bedoeling voor te stellen, althans de dames zelf zover te brengen, dat zijzelf als oplossing vonden, dat tante uit huis zou gaan, op zichzelf zou gaan wonen en iets gaan verdienen.

Dit van enige afstand bezien van de situatie komt mij zo belangrijk voor, dat het mij vaak de moeite waard lijkt en ook blijkt, bij meer intelligente patiënten voor te stellen, dat ze geestelijk gesproken als het ware met een wentelwiek opstijgen en hun moeilijkheden van een afstand gaan bekijken. Hierbij haak ik graag aan bij het voorbeeld, dat de verkeerspolitie dit letterlijk doet om tot een goed overzicht te komen. Wanneer nu de patiënten de toestand beter gaan begrijpen, blijkt hieruit, dat zij zich

van hun moeilijkheden hebben gedistancieerd, en daarover dus een soort macht krijgen, zoals ik bedoelde met mijn aantekeningen over het poppenspel. Van hieruit kan men dan tot een betere oplossing komen en bestaat de kans, dat ook de eigen fouten worden gezien.

Reeds bij dit eerste gesprek bleek als het ware een onder spanning staande ballon te worden opengeprikt, want zowel tante als haar zuster barstten in tranen uit en vertelden, dat de toestand thuis zo moeilijk was. Het kwam hierop neer, dat de zwager van tante alleen tegen zijn vrouw sprak. Ook wanneer hij tegen tante iets wilde zeggen keek hij zijn vrouw aan. Zelfs de drie kinderen volgden deze methode. Tante voelde zich uitgestoten, hoewel niet door haar zuster. Zolang de zwager en de kinderen weg waren naar werk en school hadden ze het zo fijn samen, maar zodra allen thuis waren begon het nare leven, waarbij tante zich uitgestoten voelde en haar zuster tussen twee vuren zat. Beide vrouwen werd gewezen op het feit, dat man en kinderen waarschijnlijk voelden, dat het gezin steeds overcompleteet was, altijd een pottenkijker erbij. Dat tante wel goed was voor het gezin door eens tractaties mee te brengen, veel werk te verzetten, enzovoort, maar dat de grootste gunst, welke tante het gezin kon bewijzen, was, eens een weekend uit te gaan. Dit werd begrepen. Na dit gesprek werd voorgesteld, dat de zuster met haar man zou praten over deze zaak.

Een bezoekje, een week later, liet twee opgeluchte vrouwen zien. De zwager had het namelijk niet bewust zo bedoeld en zou zijn leven beteren. Ook tante was een weekend uit geweest, wat voor beide partijen heerlijk was. Tante had geen klachten, hoewel er dus nog geen „therapie” was ingesteld, ze was ook prettig en zelfs vlot. Besloten werd het eens aan te zien. Toch volgde enkele weken later nog een bezoekje, niet omdat ik geroepen was, maar ter begeleiding van het geheel. Tante was alleen thuis. Ze vertelde, dat ze vroeger verkering had gehad met een eigenwijs man. Haar moeder had haar een huwelijk met hem ontraden, omdat zij met zo'n man een hel tegemoet zou gaan. Tante had het toen uitgemaakt. Maar haar zuster is nu getrouwd met een man, die in het begin erg eigenwijs was, doch dat werd in de loop der jaren minder. Zij vertelde, dat het goed ging en zij had geen klachten. Er werd afgesproken nog eens een röntgenonderzoek te doen, wat inmiddels is gebeurd; er was nog een klein ulcus te vinden.

Toen tante op het spreekuur kwam om de uitslag te halen werden haar nog enkele vragen gesteld. Een daarvan was, hoe haar reactie was op het huwelijk van haar zuster. Hier lachte zij wat verlegen en zei, dat het wel moeilijk voor haar was geweest. Een andere vraag was, of zij, nadat de verkering met die eigenwijze jongeman was uitgemaakt, nooit meer verloofd was geweest. Als klap op de vuurpijl kwam toen, dat ze inderdaad nog eens verloofd was geweest, zelfs getrouwd, maar met iemand, die haar telkens naar het leven stond; zij is toen na zeer korten tijd gescheiden van tafel en bed. Vorig jaar was

het vijftienvig jaar geleden, dat zij dat huwelijk sloot. Aan het eind van dit gesprek zei tante, dat zij zich de laatste jaren nog nooit zo goed had gevoeld. Haar klachten waren eigenlijk begonnen een paar jaar nadat haar zuster was getrouwd, terwijl zij daarvoor nooit ziek was, behalve een enkele keer griep. Zij overzag de toestand beter, het speet haar dat zij mij alles nooit eerder had verteld?!

Het is daarna eigenlijk aardig blijven gaan. Een enkele keer waren er wat klachten, eenmaal, toen ze in spanning zat of zij in een bestuur zou worden gekozen en eenmaal, toen zij in Oostenrijk met vakantie haar ondergebit verloor. Zij kon toen niet in het openbaar met lege mond verschijnen en is gaan vasten. Bij thuiskomst werd haar gezegd meteen gewoon mee te eten, hetgeen ze prompt deed en waarna alle misère was vergeten. De tandarts heeft verder het zijne eraan gedaan.

Wanneer wij deze ziektegeschiedenis eens kritisch beschouwen springen verschillende punten in het oog, die ik graag zou willen noemen, maar niet uitgebreid bespreken, daar dit buiten het bestek van deze inleiding gaat. In de eerste plaats heeft hier de huisarts een verkeerde instelling gehad tegenover patiënte. Dit zou mogelijk te wijten zijn aan twee factoren, die in willekeurige volgorde worden genoemd en niet naar belangrijkheid: 1 het onderwijs, dat hij heeft gehad; 2 de psychische instelling van de huisarts, die botste met die van patiënte.

ad 1 De opleiding tot arts — niet tot huisarts — was immers zuiver somatisch, ingesteld op organen, hun functie en pathologie. Van het psychische werd alleen de grote psychiatrie onderwezen.\* De intermenselijke verhoudingen waren begrippen, die hem geheel vreemd waren toen hem het artsdiploma werd uitgereikt. Wanneer iemand een onverklaarde ziekte had, moest hij naar een orgaanspecialist, en wanneer deze met zijn collega's niets konden vinden was de patiënt een zeur of, per exclusionem, een hystericus. Hoewel deze diagnose steeds op positieve gronden moet worden gesteld, werd zij meestal naar voren gebracht op grond van het feit, dat er somatisch niets was te vinden. Daartegenover staat dat, wanneer iemand werkelijk een hystericus is, zoals de grote psychiatrie die kent, de huisarts vaak een sterke negatieve instelling heeft tegenover de patiënt en dankbaar is te weten, dat de psycho-

\* Dit begrip grote psychiatrie moge geen gebruikelijke term zijn, daarom enige verduidelijking. Evenals er wel wordt gesproken over een grote en een kleine chirurgie, dus heelkunde, bedreven door de specialist en heelkunde, die gedeeltelijk ook door de huisarts kan worden beoefend (zoals het verwijderen van atheromen, nagelbedexcisies en dergelijke) meen ik een onderscheid te mogen maken in die psychiatrische handelingen, die typisch liggen op het terrein van de specialist en die handelingen, die liggen binnen het bereik van de huisarts. Een strakke scheidslijn is niet aan te geven. De ene huisarts heeft meer inzicht, belangstelling en gave deze te beoefenen dan de andere en zal dan voor zichzelf de scheidslijn anders trekken. Hij zal zich vooral bewegen op het terrein van de verstoorde relaties en de kleine psychologische, c.q. psychiatrische afwijkingen. Deze bezigheid leidt niet alleen tot een beter inzicht van de arts in de patiënt, maar ook van de arts in zichzelf.

analyse zeer moeilijk is en in specialistische handen thuis hoort. Bovendien weet hij, dat psychiaters het zeer druk hebben, psycho-analytische behandeling niet door de ziekenfondsen wordt gehonoreerd, zodat hij deze patiënten helpt met een Charcot-drankje, een van de zeer vele tranquillizers, of desnoods saccharum lactum. Uit de ziektegeschiedenis, die ik u mocht voorleggen, blijkt wel, van hoe groot belang het is, het strikt somatische eens te durven verlaten, hoewel wij niet mogen vergeten, dat er iets is.

ad 2 Wanneer er dus geen afwijkingen worden gevonden of wanneer de zieke niet wil genezen, ondanks onze „goede” behandeling, welke wij op de universiteit hebben geleerd, komt bij ons een gevoel van onbehagen, dat zich manifesteert in een geprikkeldheid, misschien in dit geval terecht, daar de huisarts naast de roos had geschoten. Immers, wanneer wij iets proberen, wat telkens mislukt, geven wij zo graag de schuld aan een derde, i.c. de patiënte. Deze patiënte, die zich dus niet in dat gezin kon ontplooiën en dit uitte in haar misselijkheid, wat eigenlijk een „bedelen om geluk” was, ontmoette een huisarts, van zodanige structuur, dat hij haar niet aanvaardde in die toestand en haar afstootte. Wat doen wij onze patiënten daarmee aan?

Wanneer u het verhaal nauwlettend hebt gevolgd, zult u mij moeten toegeven, dat ik in de loop der jaren genoeg werd gewaarschuwd. Eerst door het feit, dat er toch een ulcus duodeni te voorschijn kwam, hoewel de klachten niet typisch waren. Verder de lijdensweg met de duim, ook door chirurg en neuroloog onvoldoende herkend, wat dus een peesruptuur bleek te zijn. Dit moesten toch voldoende tekenen aan de wand zijn om patiënte serieus te nemen. Wanneer ik dit alles achteraf beschouw heb ik het gevoel, dat ik steeds, wanneer ik voor patiëntes huis stopte, met het aantrekken van de handrem van de auto een blinddoek voorbond.

Toch is er verbetering gekomen in de relatie met patiënte. Schematisch zijn misschien hier ook enkele punten voor aan te wijzen. 1 ontwikkeling van de persoonlijkheid van de huisarts; 2 ontwikkeling van de geneeskunst, waarmee wordt bedoeld, dat psychologische en sociale gegevens meer en beter worden geïntegreerd in de huisarts-geneeskunst; 3 de waardering van de pluricondionaliteit in het ontstaan van ziekte; 4 het begrip van de reciprociteit in de tussmenselijke verhoudingen; 5 de ervaring van de huisarts en zijn gevoel van tekort schieten, wanneer hij zijn werk alleen maar doet zoals hem destijds schools werd geleerd.

Uit het feit alleen, dat — achteraf gezien — de anamnese nooit uitvoerig is opgenomen (onbekendheid met het huwelijk en de daarop gevolgde scheiding van tafel en bed) blijkt, dat de huisarts hier zijn werk niet goed kon doen. Hij was geremd. Alleen door de mens te gaan zien als totaliteit, als een wezen, ingebed in een geheel, was het hier mogelijk tot juiste conclusies te komen. Een arts moet vaak werken met vage gegevens, die dikwijls niet zijn te reproduceren, laat staan net zo vaak zijn te reproduceren als men wil, zoals dit kan in de exacte er-

varingswetenschappen als de fysica. Hij moet in deze gevallen zijn conclusies trekken met inzet van zijn gehele persoonlijkheid en niet geremd. Enerzijds kan hij een schat van fysisch-diagnostische gegevens verkrijgen, terwijl hij anderzijds op de vlakken van het psychische, het sociale of het religieuze, op het kompas van de intuïtie moet varen. Gelukkig leven wij in een tijdsperiode, waarin deze componenten worden herontdekt en bestudeerd, en waarover reeds literatuur is verschenen en onderzoeken zijn gedaan op het gebied van de medische psychologie, sociale geneeskunde en psychologie van de medische situatie. Ook wordt herhaaldelijk naar voren gebracht, dat de arts als persoon een belangrijke rol speelt. Er wordt zelfs gesproken van de arts als medicijn. Tegenover elke medicijn zou een allergie kunnen bestaan, terwijl ook elke medicijn kan worden over- en ondergedoseerd. Dit geldt ook voor het geneesmiddel arts. Eveneens voor de „stof” die de arts krijgt toegediend. Ook wat hij te verwerken krijgt kan „verkeerd vallen”. Van groot belang is dan in deze gevallen de introspectie van en door de arts, welke in de geschiedenis van deze patiënte zo’n belangrijke rol heeft gespeeld.

Ik meen dat wij bij deze patiënte, behalve van een ulcus duodeni, ook mogen spreken van een psychosociale insufficiëntie. Zij was niet opgewassen tegen de eisen, welke het leven, zoals het zich aan haar voordeed, stelde. Mogelijk kan zij, doordat ze een levensdebiliteit heeft, niet veel inspanning verwerken en komt zij daarom na een alarmreactie snel in een uitputtingstadium.

Zij is dus, hoe dan ook, in een decompensatietoestand gekomen. Deze is niet alleen somatisch op te vangen. Zoveel mogelijk moeten haar dus de haar vijandelijke spanningen duidelijk worden gemaakt, opdat zij weet waartegen zij zich moet verweren, en zo nodig zal zij geestelijk moeten worden „gedigitaliseerd”, opdat de blijvende spanning zal kunnen worden verdragen.

Op een of andere manier is er verbetering in patiëntes toestand gekomen. Er is iets in haar gebeurd. Het is moeilijk te verklaren, wat zich hier precies heeft voltrokken. De veranderingen zijn zo snel opgetreden, dat hier zeker een kritische en afwachtende houding van de zijde van de huisarts gewenst is. Natuurlijk is het mogelijk, dat patiënte speelt dat het beter gaat, wat haar gemakkelijker afgaat, nu zij begrip heeft van haar huisarts en van haar familie thuis. Het ulcus is röntgenologisch verbeterd. Toegegeven moet worden, dat dit op zichzelf niet alles zegt. Ongetwijfeld zullen de veranderde verhoudingen thuis haar sterken in het vinden van een andere levenshouding. Maar wat zal er gebeuren wanneer zij hier weer aan gewend is? Zullen dan weer allerlei andere dingen haar ergeren?

Belangrijk is het, dat patiënte zal worden begeleid. Door wie? Moet de familie dit doen, rust deze taak op de schouders van de huisarts, of moeten beiden dit doen? Het werkschema is voorlopig: haar af en toe op het spreekuur bestellen en informeren naar de toestand, ook somatisch. Dit kan gemakke-

lijk worden gespeeld via een controle van de benzidine-reactie. Wanneer alles goed blijft gaan, kunnen de controles worden verminderd, en wanneer blijkt dat patiënte meer stabiel is geworden, helemaal ophouden.

De volgende vragen kunnen opkomen: Is het antwoord iemand, die een ulcus duodeni heeft, alleen op de beschreven wijze te behandelen? Moet niet een dieetkuur worden ingesteld? Is het niet mogelijk, dat men plotseling wordt verrast door een bloeding of perforatie? Beantwoording van deze vragen is een hachelijke zaak. Gezien vanuit het officiële standpunt, dat in onze leerboeken staat, is het juist een dieet in te stellen, benevens algehele lichamelijke en geestelijke rust te adviseren. Wanneer wij dit bij deze patiënte doen, krijgt zij dan geestelijke rust, of zou zij juist alle tijd hebben op te gaan in haar problemen? Ook staat ons voor ogen de ervaring van de kuur, welke zij reeds deed.

Deze benadering steunt op de ervaring van velen, dat er ook een psychosociale genese van het ulcus is. Wanneer deze genese kan worden geëlimineerd, bestaat een goede kans dat patiënte geneest. Hetgeen moet worden behandeld is de patiënte, niet slechts het ulcus. Wordt alle aandacht aan het ulcus gegeven, dan kan patiënte tekort komen in hulp, immers, haar klachten zijn te beschouwen als een roep om hulp, om begrip. Steeds zal bij deze en andere patiënten moeten worden overwogen, indien niet alles tegelijk kan worden gedaan, wat het belangrijkste is om te verhelpen.

Immers, bij de fractuurbehandeling gaat een her-

stelde functie boven het cosmetisch effect; bij de revalidatie geldt het devies de kandidaat werk te laten verrichten, dat hij geestelijk en lichamelijk aankan; voor de geestelijk minder begaafde kinderen is apart onderwijs ingesteld, opdat zij dit aankan en niet worden gedwongen zich aan te passen aan de omstandigheden. Is het voor bovengenoemde patiënte mogelijk haar omstandigheden zo te wijzigen, dat zij het leven weer aan kan, zich gelukkig voelt en geen klachten meer heeft, dan geloof ik, dat de huisarts zijn taak heeft gedaan, mits hij op zijn *qui vive* blijft voor het ulcus.

Ligt het eigenlijk wel op het terrein van de huisarts zo'n patiënte te blijven volgen of te begeleiden, zoals men dat noemt? Zou het niet juister zijn patiënte sedativa te geven en de verdere zorg aan een bureau over te laten? Het Nederlands Huisartsen Genootschap omschrijft de functie van de huisarts als volgt: Het aanvaarden der verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Deze patiënte heeft de huisarts uitgezocht om haar te helpen. Dit is een teken van vertrouwen harerzijds. Indien de huisarts daaraan tegemoet kan komen zal hij haar, zover in zijn vermogen ligt, moeten helpen. Inderdaad zijn er situaties, waarin hij moet terugtreden, omdat de behandeling of het onderzoek technieken vereist, die buiten zijn vermogen liggen. Toch zal hij moeten toezien, dat hijzelf de centrale figuur blijft, waarop de patiënt kan steunen. Daarom behoort het zeer zeker tot de taak van de huisarts ook deze patiënten te begeleiden.

## NOTITIES UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

### *Therapie-informatie bij noodgevallen*

DOOR A. C. G. VAN PROOSDIJ, HUISARTS TE AMSTERDAM

„Dokter, mijn moeder is plotseling niet goed geworden; zoudt u meteen even willen komen?” Het blijkt dat „moeder” uit een andere provincie komt en enkele dagen bij haar dochter logeert. Pillen en poeders heeft ze meegenomen: pillen voor haar astma en poeders voor haar toevallen — „dan weet dokter het zeker wel!” Dan kijken wij, maar worden vaak niet veel wijzer. Soms staat er op het flesje wat er in zit, soms is dit zelfs te ontcijferen! Maar meestal staat het er niet op. En het ziektegeval heeft als grootste probleem: welke geneesmiddelen werden gebruikt? Wat kan er wel en wat kan er niet worden gegeven? Of: waarmee moet worden gestopt?

Ik geloof dat iedere arts in avond- of andere dienst, tijdens weekeinde of vakantie voor deze moeilijkheid komt te staan. Daarom geef ik sinds jaren aan al mijn patiënten, die „belangrijke” medi-

cijnen gebruiken, een recept in tweevoud mee: één voor de apotheek en één met een streep er door om te bewaren. Bij ziekenfondspatiënten steek ik dit altijd in de kaart, particulieren verzoek ik het in de portefeuille of de portemonnee bij zich te dragen. Tot mijn voldoening heb ik bemerkt, dat specialisten deze briefjes te zien krijgen en zelf meteen veranderingen aanbrengen wanneer zij in de voorschriften iets wijzigen.

Ook overgevoeligheid voor geneesmiddelen geef ik op dezelfde wijze op een recept mee. Iedereen heeft tegenwoordig wel een doorzichtig plastic zakje om daarin het recept netjes te houden. Natuurlijk zijn er ook andere methoden. Maar gedurende de vele jaren, dat ik dit systeem reeds toepas, heeft het mij uitstekend voldaan en ik kan het iedere collega van harte aanbevelen.