

sprekkuur te houden in de polikliniek van het ziekenhuis. Dit levert de huisarts ideale onderzoeksfaciliteiten en verwijzen wordt dan wel zeer eenvoudig. Natuurlijk is dit slechts mogelijk voor een beperkt aantal

huisartsen, maar het levert de specialist een voorbeeld van een goede werkrelatie met de huisarts.

Het omgekeerde, namelijk het laten bezoeken van gezondheidscentra van huisartsen door specialisten om daar

patiënten aan de specialist te presenteren, kan wel maar moet dan wel zeer gedisciplineerd worden georganiseerd, anders verwordt deze opzet tot een gewoon spreekuur van de specialist op die plaats.

Patiënt: plantaardig, dierlijk of mineraal? *

DOOR E. J. BOER, JOURNALIST

Eigenlijk had ik hier niet moeten staan, want wat is mij gevraagd? Om als patiënt voor u te spreken - als patiënt die klem zit tussen de huisarts aan de ene en de specialist aan de andere kant.

Een sprekende patiënt, dat kan natuurlijk niet. Voor artsen is de patiënt per definitie een zwijger. Als ik hier aan mijn rolverwachting — ook zo'n woord — zou moeten voldoen zou ik hier mijn plas komen inleveren, of op z'n minst zouden „de knopen los moeten”.

Een patiënt is geen spreker. Hij dient per definitie zijn mond te houden en te vernemen wat hem wordt meegedeeld. Zodra hij het woord neemt wordt dokter onrustig. De volgende patiënt wacht. De dokter zegt ook haast nooit, zoals de rechter wel doet aan het slot van het onderzoek, „verdachte hebt u nog iets te zeggen?” Nee - het vonnis komt meteen; de diagnose.

Toch stel ik mij hier op als patiënt, als een sprekende patiënt. Want patiënt zijn wij immers allemaal op onze tijd. Ook de arts. Zelfs de arts. Een arts die patiënt wordt houdt subiet op arts te wezen. Hij schrompelt ineem tot diezelfde afhankelijke, onzekere ziel van wie de horizon is gekrompen tot vier witte muren. Pas in bed wordt de dokter mens, zou je haast zeggen.

De keuze luidt: plantaardig, dierlijk of mineraal. Of alle drie? Wat is de patiënt? Is hij een organisme, waarin een storing zit die er uitgehaald moet worden? Een organisme, dat wij van boven tot onder

* Voordracht, gehouden tijdens het N.H.G.-congres, november 1974.

doormeten als de storing niet direct is te vinden? Zoals bij een auto die niet wil aanslaan? Nee, zeggen de artsen, de patiënt is een mens. Maar het blijft moeilijk de patiënt als mens te behandelen als men op jacht is naar de diagnose.

In de werkplaatsen van Volkswagen wordt de auto tegenwoordig volgens een geavanceerd systeem geserviced. Men steekt een plug in een gat, de chefmonteur loopt in een lichtgekleurde jas en bedient elektronische apparatuur, hij prevelt onverstaaenbare dingen en licht de klant onvolledig in. Dit nieuwe systeem heet: diagnose. Op het testrapport staan suggesties tot reparatie of de woorden: deze auto is dringend aan vervanging toe. Waaraan doet dit ons denken?

Wat is de patiënt? Plantaardig, dierlijk of mineraal? Er is iets bijzonders aan hem. Ik kan u geen pakkende definitie bieden. Is de patiënt een mens? Je zou het even denken, maar de patiënt is niet een mens in de normale betekenis van het woord. De situatie heeft iets aan hem veranderd. In zijn huiselijke omgeving kan hij het misschien nog wel staande houden, dat mens zijn, maar tegenover de dokter is hij in een andere situatie. Tegenover de dokter immers is duidelijk dat hij de situatie niet meer in de hand heeft. Hij moet beslissingen van anderen volgen zonder precies te weten wat ze inhouden.

De keuze luidt intussen nog steeds: plantaardig, dierlijk of mineraal. Is de patiënt niet meer dan een organisme waarin zich een storing voordoet die er moet worden uitgehaald? Een apparaat dat wij van boven tot

onder doormeten als we de storing niet direct vinden? Zoals bij een auto die niet wil aanslaan? Gevoelsmatig zeggen we dan: neen, duizend maal neen, de patiënt blijft in de eerste plaats mens (tenslotte is niet iedere arts uitsluitend op jacht naar de diagnose).

Ik weet een aardige vergelijking. In de werkplaatsen van Volkswagen wordt de auto tegenwoordig volgens een geavanceerd systeem geserviced. De auto staat op de brug, ze steken ergens een plug in een gat. De chefmonteur, gekleed in witte jas, verschijnt, kijkt, wendt zich tot de elektronische apparatuur die nog het meeste wegheeft van de controlepanelen in de intensive care, hij prevelt, hij fronst, kijkt de klant nadenkend aan en zegt: „Hm, u weet hoe dit systeem officieel heet: het heet *diagnose*. Op het testrapport worden suggesties gedaan tot reparaties, en een enkele keer staat er per abuis: deze patiënt is dringend aan vervanging toe.

Maar nee, dat kunnen we niet volhouden. De patiënt is niet mineraal. Ook niet plantaardig (waarop ik hier om der tidszake niet nader zal ingaan). Is de patiënt dan soms dierlijk? Ja, ja, al iets meer in de buurt. Wat is eigenlijk het verschil tussen mens en dier? De mens kan mondig zijn, hij kan spreken. Sommigen durven, anderen niet.

De mondigheid van de patiënt is een veel gehanteerd begrip dezer dagen, en als „patiënt tussen de dokters” kan ik hier niet omheen.

Mondig betekent al gauw lastig, in ons land. In de hoofdstad kennen we een actiegroep die zich „de lastige

Amsterdammer" noemt — het enige wat de groep zoekt is mondigheid. Mondigheid, als inwoner van Amsterdam, om inspraak te krijgen bij alles wat er gebeurt. Bepaald niet overbodig als men banken bouwt op plaatsen waar ze niet horen, en metro's graaft en stadhuizen ontwerpt die bij een groot deel van de stadsbevolking geen genade vinden. Maar we dwalen af.

Wat wil die mondige patiënt eigenlijk? Hij zoekt wat hij beschouwt als zijn recht. Recht op informatie, recht op veiligheid, recht op gezondheid, recht op genoegdoening bij klachten, recht op vrije keus en op gevarieerd aanbod, recht op inspraak bij wat de overheid aan regelingen en voorzieningen organiseert. Ik ontleende deze opsomming aan een rede die de directeur van de Consumentenbond, mej. drs. A. G. Franssen, gisteren voor de sectie ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad heeft gehouden.

Artsen moeten van die mondigheid meestal niet veel hebben. Mondigheid betekent ook hier al gauw: lastig. De dokter is bang voor het fenomeen van de lastige patiënt, de patiënt die zich niet neerlegt bij hetgeen hem wordt voorgeschreven, de patiënt die tegensprekt, volhoudt, opbelt, terugkomt. Een bron van irritatie, waarvan je gauw genoeg krijgt. Een patiënt moest dan ook maar liever niet mondig willen zijn, maar zonder meer doen wat de dokter hem aanraadt. Een mondige patiënt kost bovendien tijd... en daar is de dokter beducht voor. De volgende patiënt wacht.

Een aardig voorbeeld vond ik in de Geneeskundige Gids van september 1974, waarin een vijftal „moderne aforismen voor jonge en oude gefrustreerde artsen" (frustraties komen dus ook in uw vak voor). Ik zal er eentje voorlezen: „De arts die geprikkeld wordt door patiënten die hun medische kennis graag etaleren is zijn studentenjaren vergeten toen hij dat ook graag te pas en te onpas deed. De enige tactische reactie is een verstrooid „ja, ja", maar nóóit gaan discussiëren". Dit aforisme is kenne-

lijk bedacht door een arts die in zijn studenten jaren graag te pas en te onpas zijn medische kennis etaleerde, maar die daar nu een hekel aan heeft gekregen. Hij doet het niet, ook niet als het „te pas" is. En hij verstaat onder „een tactische reactie" een verstrooid „ja, ja", en gaat hiermee de discussie uit de weg. Een probaat middel om de patiënt de mond te snoeren en de deur uit te krijgen. Patiënten behoren geen medische kennis te etaleren, waarschijnlijk behoren zij geen medische kennis te verwerven. De dokter zal er in elk geval niet aan meehelpen dat de patiënt iets van de wonderen der geneeskunst zal kunnen bevatten. De patiënt moet maar liever dom blijven en zijn mond houden. Verstrooid zeg ik dan: ja, ja.

Ik kom nu tot mijn eerste stelling: een patiënt die zwijgt verbergt wellicht relevante informatie. De dokter zou liever moeten proberen hem aan het praten te krijgen, ook als dat enige tijd kost. U begrijpt wel dat mijn „stelling" niet een erg verantwoord stelling is. Ik kan haar niet bewijzen, althans. Maar stellingen hoeven niet altijd bewezen te worden, wanneer zij maar een aardige gedachte bevatten. En u moet toegeven dat dat hier het geval is. De twee vorige sprekers hadden het over de irritatie tussen huisarts en specialist, over en weer en wie van de twee nu wel de schuldige is. Nu, ik als patiënt, die zo van de buitenkant af naar uw beroep kijk, kan daar weinig zinnigs aan bijdragen. Ik moet u iets heel vervelends bekennen: ik vraag mij af of die irritaties over en weer de patiënt überhaupt wel raken of interesseren. En ook: of het belang van de patiënt er mee gemoeid zal zijn. Ik denk eigenlijk van niet. De patiënt is teveel betrokken bij zijn contact met de arts zelf.

Wat verwacht de patiënt van zijn huisarts? Behandeling van zijn kwalen. Als de huisarts voor die behandeling niet kan zorgen omdat hij er de gespecialiseerde kennis dan wel techniek niet voor kan aandragen, is een verwijzing een logisch vervolg.

De patiënt heeft daar wel vertrouwen in: hoe hoger het échelon, hoe beter de verwachtingen. Een specialist heeft immers nog eens een paar jaar extra gestudeerd? Dan moet hij wel superieur zijn (in elk geval wordt hem dit tijdens de opleiding door zijn opleiders wel ingegoten). Ik ging eens naar een neuroloog met rugklachten en zei toen, heel onverstandig: „mijn huisarts, dokter Kluns, dacht dat het wel een hernia zou zijn die moet worden geopereerd". De neuroloog keek mij peinzend aan. „Ach ja", zei hij, „die dokter Kluns toch. Geen slechte huisarts, hoor, maar van deze dingen heeft hij niet veel verstand".

Wat verwacht de patiënt van zijn huisarts? De huisarts komt over huis, als hij visite maakt. Hij krijgt een schone handdoek van moeder, na het onderzoek. Hij kent de voornamen van de kinderen, zo'n beetje. Er is een vertrouwensrelatie.

Wat verwacht de patiënt van de specialist? Snelle afhandeling van datgene waarvoor hij bij hem komt. Een persoonlijke band is bepaald niet nodig, of wij moeten het al over langdurige behandelingen hebben. Interessant is wat de Consumentenbond uitvond bij een enquête onder de patiënten van de polikliniek: een zeer grote meerderheid was tevreden over het optreden van de specialist. Slechts zes procent was niet helemaal tevreden en drie procent was ontevreden. Per specialisme liepen de beoordelingen niet ver uiteen. De reden van de ontevredenheid was veelal dat het contact met de specialist te wensen liet. Hij was kortaf of leek niet geïnteresseerd.

Nu zijn er voor elk intermenselijk contact twee personen nodig, ten minste, en daarom zegt dit onderzoek van de Consumentenbond niet zoveel van de desbetreffende specialisten. Wij kunnen beter naar de klachten kijken: „de wachtruimte is een open ruimte, tochtig en onrustig. Men wordt ongewenst geconfronteerd met verkeersslachtoffers en invalide patiënten". Een kwestie van comfort, kennelijk. En: „er moet meer worden gedaan aan het tijdverdrijf van de wachtenden. Bovendien moet men de

patiënten wegwijs maken over wat hun te wachten staat". Dit laatste, lijkt mij, alleen als de behandeling niet al te onaangenaam is. Een goede vind ik deze: „Als je iets vraagt wordt er vriendelijk gelachen maar niet geluisterd”.

Waar het kennelijk aan schort in het contact tussen arts en patiënt is de tijd, die men wil uittrekken om de patiënt in te lichten over voor hem belangrijke zaken. Een van de leden van uw Genootschap zei onlangs: „het kost vaak een hele hoop tijd om een patiënt uit te leggen dat het niet nodig is om hem te verwijzen”. Dat was een cryptische uitspraak. Bijna zou je beter kunnen verwijzen, dat kost nog het minste tijd. Want ook behandeling kan tijd kosten, plus nog de tijd om een patiënt uit te leggen waarom hij niet wordt verwezen.

Een ding is duidelijk: alles waarmee veel tijd is gemoeid in een huisartsenpraktijk, dat kan niet deugen. Patiënten mogen niet te veel tijd kosten — een verschijnsel dat wij door de gehele gezondheidszorg en ook in andere dienstverlenende sectoren tegenkomen. Ik wil er voor pleiten dat de arts wél de tijd neemt om de patiënt iets uit te leggen, om hem iets wijzer te maken, om hem tot een mondig persoon te maken die voelt dat de dokter hem voor vol aanziet. Dit zal het vertrouwen in de huisarts doen groeien. Het zal moeten uitgaan van de huisarts. Het merkwaardige is dat de huisarts wordt geacht de ingang te zijn tot een zo breed terrein van somatische, psychosomatische, psychosociale klachten, maar dat elke minuut, die wij thans teveel van zijn tijd durven vergen, ons in het hiernamaals nog zal worden aangerekend.

Hoe moet ik eigenlijk mijn hele problematiek, zoals daar zijn mijn

onweerstaanbare drankzucht, de herrie met mijn vrouw, de veel-eisendheid van mijn vriendin, de afgunst van mijn collega's, de slape-loosheid tengevolge van mijn verantwoordelijkheden en wat al niet met een arts bespreken wanneer de metronoom luid elke seconde wegtikt? Is het een wonder dat ik vlucht in snel herkenbare symptomen teneinde de dokter houvast te verschaffen, zodat hij terstond de diagnose en de therapie kan opspuiten?

De tweede stelling: een vertrouwensrelatie patiënt-arts kan pas ontstaan wanneer de arts het vertrouwen van de patiënt heeft gewonnen. Dat kost tijd.

Ik zal als patiënt u tot slot vertellen, hoe mijn belevenissen waren toen ik aan een doodgewone breuk moest worden geopereerd. De huisarts prikte zijn middelvinger in mijn lies en sprak: „Dat is een breuk, daar kun je niet mee blijven lopen. Dat moet worden geopereerd. Laten wij . . . laten wij chirurg Billenkoek maar vragen, die zal wel tijd hebben”. Het leek me een matige aanbeveling. „O”, zei ik, „niet dokter Wonderstok? Die heeft mijn twee dochters van de blindedarm gesneden - aardige man, woont bij mij in de buurt”. „Ja . . .” zei hij, „och, zie je, die Wonderstok doet er niet zo veel meer aan. Nee, laten we Billenkoek maar nemen. Ik zal hem meteen even bellen”. Na onderzoek door Billenkoek snel het ziekenhuis in. Aan bed verscheen de chirurg Hardenbol. Ik keek hem verbaasd aan en hij zei: „Ja . . . ik ben de associé van Billenkoek. Ik zal u morgen opereren omdat hij het te druk heeft. Ik hoop dat u dat goed vindt?” „Natuurlijk”, haastte ik mij; wij konden beter vrienden blijven, dacht ik. De volgende ochtend zou het gebeuren. Ik lag in bed te lezen,

een aardig boek dat mij alles deed vergeten. Een broeder verscheen, voorbereidingen, alles verliep regelmatig. Op een brancard moest ik in de badkamer mijn beurt afwachten. Het boek dat mij zo aardig had afgeleid was mij afgenomen, dus ik keek naar de zoldering van de badkamer en overpeinsde mijn lot. Er kon niet veel misgaan, leek mij; de publikaties van Smalhout moesten toen nog komen.

In de operatiekamer zag ik tot mijn verrassing dat het dokter Billenkoek was die zijn messen stond te scherpen. „Hé” zei ik, ik dacht dat Hardenbol zou opereren?” „Nu, wat zou dat” zei hij knorrig, „ik heb u toch óók onderzocht? Stapt u zelf even op de operatietafel?” De logica was onweerlegbaar.

De volgende dag verschenen zowel de huisarts als chirurg Hardenbol aan mijn ziekbed. De huisarts vroeg mij hoe het ging en zette zonder het antwoord af te wachten op luide toon zijn conversatie met de chirurg voort. Het waren kennelijk goede vrienden, er werd heel wat afgelachen.

„Met Boer hier moet je oppassen”, riep de huisarts guldig, „hij zet het allemaal in de krant”. „O ja?” zei Hardenbol, „nu, dan moet je eens schrijven over de heren van kliniek X - wat zij daar er een potje van maken . . . Er loopt daar een chirurg rond die nog maar net z'n briefje heeft en die in de opleiding maar één maagresectie heeft gedaan . . .”

Mijn situatie blokkeerde mijn beroepsmatige belangstelling. Ik wilde wat zeggen, maar zij waren, geanimeerd converserend, al op de gang. Over de patiënt was geen woord gewisseld. Zij zijn niet terug geweest, maar de wond is voorspoedig genezen.