

Dokter en patiënt, ze hebben wat met elkaar

DR. J. P. C. MOORS

„Om mijn relatie met mijn patiënten wat duidelijker uit de verf te laten komen, heb ik dit opstel geschreven. Het laat zien hoe ik omga met bepaalde problemen van mijn patiënten. (...) Ik heb er na lang aarzelen voor gekozen, louter vanuit mijn persoonlijke werk te schrijven. Daarbij heb ik zoveel mogelijk mijn gevoelens aan het woord gelaten.”

Een persoonlijke visie op de huisarts-patiënt relatie, ontsproten aan een geprangd gemoed.

Inleiding

De huisarts is ook een hulpverlener. Voor veel mensen is hij of zij alleen maar „mijn dokter”. Over deze twee aspecten van mijn werk wil ik in dit opstel iets vertellen. Het lustrumcongres van het NHG onder het thema *Huisarts, je staat er voor* is er de aanleiding toe. Op uitnodiging van de congrescommissie zal ik in zeer kort bestek dit onderwerp aan de orde stellen. Om mijn relatie met mijn patiënten wat duidelijker uit de verf te laten komen, heb ik dit opstel geschreven. Het laat zien hoe ik omga met bepaalde problemen van mijn patiënten. Door daarover te schrijven laat ik zien, hoop ik, wat voor een band ik met mijn patiënten heb, en wat ik denk dat mijn patiënten met mij hebben.

Als ik dus over de patiënt-arts relatie spreek, dan gaat het over mijn relatie met die patiënt. Voor zover ik weergeef wat patiënten gezegd hebben, doe ik dat zoveel mogelijk letterlijk. Desondanks is het mijn visie op, mijn selectie uit wat er tussen ons en met ons gebeurde. Bovendien kan ik maar heel weinig overdragen van wat er non-verbaal tussen ons over en weer ging. Wat ik beschrijf, is dus een enorme reductie van de werkelijkheid.

Ik heb nog een moment gedacht ook een paar patiënten iets over hun relatie met mij te laten zeggen. Dat heb ik (nog) niet aangedurfd.

Ik ben twintig jaar huisarts in een snel groeiend forensendorp (nu 23.000 inwoners) onder de rook van Den Bosch. Ik

werk in een samenwerkingsverband van vijf huisartsen, die ieder een eigen praktijkhuis hebben. We vormen met de andere plaatselijke eerstelijns werkers een redelijk goed functionerend home-team. Dit home-team komt eenmaal in de maand bij elkaar. We hebben in de meer dan tien jaar dat we samenwerken, op allerlei manier ons functioneren en de onderlinge relaties besproken. Sinds 1971 ben ik huisartsopleider. Ik krijg de arts-assistenten via het Utrechts Huisartseninstituut. Een andere huisarts uit onze groep is ook huisartsopleider en heeft een arts-assistent uit Nijmegen. Onze huisartsengroep komt tweemaal per week bij elkaar, op maandag en op donderdag, van elf uur tot ongeveer half een in de middag. We bespreken dan ons werk, geven waarnemingen door en vooral op donderdag bespreken we kritisch elkaars functioneren. We merken trouwens dat tweemaal anderhalf uur per week te weinig is om diep genoeg op ons persoonlijk functioneren te kunnen ingaan. Daarom overwegen we één middag in de maand te zoeken waarop we wat langer kunnen doorpraten.

Eenmaal per maand hebben we een samenkomst met de apothekers uit het dorp. We bespreken dan ons voorschrijfgedrag. Er is een goede samenwerking met de plaatselijke verloskundigen. We hebben sinds enige tijd alle thuisbevallingen aan hen overgedragen. In principe ziet de huisarts alle zwangere een- of tweemaal zelf. Na de bevalling worden we snel gewaarschuwd en bezoeken we in de eerste dagen moeder en kind. Hierdoor is het mogelijk voor

en na de partus attent te zijn op high-risk factoren. Ook de beleving van zwangerschap, geboorte en kraambed van moeder en vader hebben onze aandacht.

De zuigelingen uit onze praktijk zien we zelf op het consultatiebureau van de Kruisvereniging. Tijdens deze wekelijkse zittingen hebben we contact met de wijkzusters. Het controleren van gewicht, lengte, etcetera van de baby, het geven van voedingsadviezen en het gesprek met de moeder over de ontwikkeling van het kind wordt om en om door wijkzuster en arts gedaan. In de theepauzes van deze bureaus hebben de artsen tijd om met de wijkzuster te spreken over de patiënten in de wijk.

Met het maatschappelijk werk hebben we geen geformaliseerde werkbesprekingen meer. Dat nam te veel tijd. Naar behoefte zien en/of spreken we elkaar. Soms doen we ook een joint-interview bij de patiënt/cliënt thuis, op het bureau van het maatschappelijk werk of in de spreekkamer van de huisarts, al naar gelang dat het meest gewenst lijkt.

Ik heb er na lang aarzelen voor gekozen, louter vanuit mijn persoonlijke werk te schrijven. Daarbij heb ik zoveel mogelijk mijn gevoelens aan het woord gelaten. Het ontwerp van dit opstel heb ik een paar huisartsen laten lezen. Zij herkennen voor een stuk zichzelf in wat ik schrijf over mijn ervaringen, gevoelens en ook wel ergernis in de omgang met mensen in de huisartspraktijk. Deze reacties gaven me de steun die ik nodig had om mijn kijk op de relatie tussen patiënt en arts ook te publiceren. Het schrijven en herschrijven is voor mij een verhelderende bezigheid geweest. Ik dank Kees de Geus, Eloy van de Lisdonk, Adriaan Verbeek en Theo Voorn voor hun feed-back. Ik hoop dat meer lezers positieve ervaringen ondervinden bij het lezen van dit opstel. Misschien willen sommigen daar ook over schrijven. Dat zou kunnen leiden tot een beter inzicht in de huisarts-patiënt relatie.

De huisarts is (ook) hulpverlener

De huisarts is opgeleid tot arts. Deze opleiding wordt hem en haar gegeven door (super)specialisten. De inhoud van het werk leert de huisarts in de praktijk. Tot voor kort zonder begeleiding.

Ook ik heb wat ik dagelijks doe in de praktijk geleerd. Zoals de meeste huisartsen heb ik zelf bepaald wat de inhoud van mijn werk is. Ik heb daarbij een

eigen stijl ontwikkeld. Ik ben me gaandeweg bewust geworden van mijn gebrekkig functioneren in de omgang met mijn patiënten, misschien wel het meest door de opmerkingen die we in onze groep over elkaars werk maken. Wat wij in de groep doen, zou je intervisie kunnen noemen.

Zeker vroeger stond de door de patiënt geuite klacht centraal. Mijn taak, dacht ik, was de patiënt zo snel mogelijk van die klacht af te helpen. Mijn werken is door allerlei omstandigheden veranderd en is zogenaamd client-centered geworden. Ik kan hier niet verder ingaan op het waarom en het hoe van deze veranderingen. In na- en bijscholingscursussen heb ik geleerd naar de patiënt te luisteren en hem of haar beter te observeren. Dat kon ik vroeger niet zo goed.

Door te luisteren probeer ik te horen wat de patiënt mij wil vragen. Ik probeer dat op Rogeriaanse wijze te doen. De patiënt bepaalt het tempo, hij of zij wijst me de weg naar de vraag achter de vraag. Ook als iemand met een ingegroeide nagel van de grote teen komt, blijkt soms die pijnlijke teen de gang naar de dokter voor iets anders mogelijk te maken. Vooral bij ernstige lichamelijke ziekten heb ik vaak profijt van deze non-directieve houding. Ik heb de vaste overtuiging dat ik bij een dreigend hartinfarct, bij een beginnende longontsteking, bij een niersteenaanval, bij een dubieuze appendicitis, bij een aneurysma dissecans van de aorta eenmaal zelfs, de juiste diagnose eerder stel door goed te luisteren en te observeren. Ik geloof dat ik hierdoor minder fouten maak. Als ik zo, al luisterend, door de patiënt eenmaal op het goede spoor gebracht ben, kan ik het benodigde lichamelijke onderzoek gerichter uitvoeren. Ik denk ook dat ik daardoor minder laboratorium- en röntgenonderzoek nodig heb. Ik ben ervan overtuigd dat ik sneller tot een diagnose kom door de patiënt, ook de trage, zeurende patiënt, het tempo te laten bepalen, sneller dan via het afnemen van een gerichte anamnese, zoals ik die in de kliniek geleerd heb. Op de langere termijn levert het me nog tijdswinst op, ook. Patiënten, die alle gelegenheid krijgen op hun eigen wijze hun verhaal te vertellen, voelen zich beter geholpen. Ook als er voor hun klacht geen hulp is.

Bij elk „nieuw probleem” krijgt de patiënt de gelegenheid op zijn of haar wijze de klacht te formuleren. De klacht staat in het eerste contact centraal. Door het helpen van mensen met seksuele problemen heb ik geleerd dat vaak

de aangeboden klacht alleen een binnenkamer is. De zogenaamde meersporige aanpak helpt me achter de werkelijke reden van de komst van de patiënt te komen. In deze meersporige of driesporige aanpak ga ik stap voor stap na welke lichamelijke, somatische aspecten aan het aangeboden probleem zitten, welke psychische kanten een rol spelen, welke sociale aspecten van belang zijn. In het kort komt het erop neer dat ik vraag hoe de patiënt zijn of haar klacht beleeft.

Ik begin dan vaak met te informeren of ik de klacht goed begrepen heb, zo van: – „als ik u goed begrijp is ... uw vraag op dit moment, aan mij?”

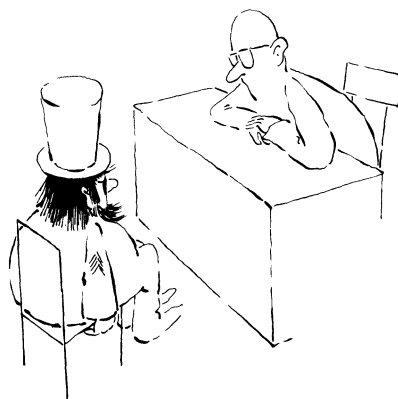
– „hoe beleeft u dit ongemak/deze pijn?”

– „in hoevere denkt u, dat uw omgeving, partner, eventueel andere gezinsleden, familie of collega's op het werk, hiermee te maken hebben?”

– „hoe beïnvloedt deze klacht uw dagelijkse bezigheden?”

Als we dit helder hebben, kunnen we samen een handlingsplan opstellen en zien wat ons, de patiënt en mij, verder te doen staat. Deze manier van werken heb ik me gaandeweg eigen gemaakt. Ik merk dat ik meer plezier in mijn werk houd als ik consequent op deze methodische wijze werk. Ik merk ook dat de patiënten het op prijs stellen zo tegemoet getreden te worden.

Voor veel mensen is de huisarts „mijn dokter”. De patiënt is gewend aan de manier van doen van „zijn” of „haar” huisarts. Mede daarom nodig ik nieuw ingeschreven patiënten steeds uit met me te komen kennismaken. In dat kennismakingsgesprek probeer ik iets van mijn werkwijze over te dragen. Andere huisartsen werken op een andere manier. Ik merk in mijn groep dat er grote verschillen bestaan in de praktische benadering van de patiënt. En dat ondanks het feit dat we al jaren met elkaar spreken over hoe we met de problemen van onze patiënten omgaan.



MAAR HOE BELEeft U NOU DIT ONGEMAK?

Het verhelderen van de vraag om hulp

In het contact van huisarts en patiënt hebben beiden hun verwachtingen en verlangens. Zelden weet de arts in hoeverre wat de patiënt zegt, de wortel van zijn of haar probleem raakt. In de hulpverleningssituatie laten mensen slechts zelden het achterste van hun tong zien. Als het überhaupt al mogelijk is je diepste gevoelens onder woorden te brengen. Zoals ik al zei, vind ik het mijn taak te helpen bij het onder woorden brengen van psychische, psychosociale en relationele aspecten van de bij mij neergelegde klacht. Samen proberen we de vraag om hulp af te grenzen, te verdiepen. We proberen er achter te komen wat er feitelijk niet goed gaat in het lichaam, in de geest, op het werk, in de relatie of in de seksuele betrekkingen. Dit verhelderen van de vraag (het komen tot herformulering van de klacht) is ook bij de moeilijkste relationele of seksuele problemen een taak van de huisarts, meen ik.

Het heeft lang geduurd voordat ik mensen met relationele en seksuele problemen kon helpen. Mijn belangrijkste rem was mijn gêne om door te vragen. Ik heb geleerd in de taal van de patiënt te vragen wat er precies aan schort. Ik schaam me niet meer, door te vragen tot we allebei duidelijk weten wat er niet goed gaat en ook wat er wel goed gaat. Het verhelderen van psychosomatische klachten lukt me niet altijd. Ik kom er wel eens mee in moeilijkheden. Het is ook nogal wat de patiënt uit te nodigen zo diep op de achtergronden van zijn klacht in te gaan. Dat brengt sommige mensen, begrijpelijkerwijs, in verwarring. Ik wil dat mijn patiënt zich deze aspecten van zijn leven en van zijn of haar dysfunctioneren realiseert. Ik geloof dat daar genezing in steekt. Soms wenst mijn patiënt er niet zo diep op in te gaan. En dan ga ik met mijn client-centered werken de mist in.

Vooral mensen die zich (half) bewust zijn van de relationele en psychosomatische aspecten van hun klacht willen soms niet door mij geconfronteerd worden met de oorsprong van hun klacht. Als bijvoorbeeld het hyperventileren hem of haar in staat stelt in zijn of haar situatie overeind te blijven, kan ik me voorstellen dat het vervelend is met mij op zoek te moeten gaan naar „oplossingen” voor de klacht hyperventileren. Voor sommigen betekent het dat hun hele leven letterlijk op te tocht komt te staan.

Ik heb het er moeilijk mee als mensen

kiezen voor een in mijn ogen insufficiënte manier van omgaan met zichzelf of met anderen. Dat zal ongetwijfeld te maken hebben met mijn karakter. Maar ook met mijn functie van huisarts. Daarom dwing ik ze te vaak, denk ik, te zoeken naar verborgen achtergronden. Ik hoor dan ook wel eens de klacht „mijn dokter wil me niet (meer) begrijpen; hij eist iets van me dat ik onmogelijk kan”. Zoals ik er tegenaan kijk, is er verschil tussen mijn positie en die van andere hulpverleners. Een huisarts die evenals psychotherapeuten en maatschappelijk werkers deze problemen tegenkomt, moet met de patiënt verder. De huisarts heeft een continue zorg, hij is bovendien vaak gezinsarts. De patiënt belt mij (natuurlijk op mij ongelegen momenten) steeds weer op als hij het benauwd heeft. Ik mag bovendien geen fouten maken en kan me er dus niet steeds van afmaken met een afwijzing „nu niet of nu niet meer”. Ik voel me verplicht te gaan kijken en te zien of het deze keer niet een echt hartinfarct of een echte longontsteking, blinde darm of wat al niet is. Mocht ik ooit een fout maken, dan wordt me dat door de medische professie zwaar aangerekend. De zachte sector rekent mij als huisarts zulke fouten zo mogelijk nog zwaarder aan. Daar denkt men dat ik met medisch-somatisch onderzoek altijd een lichamelijke aandoening kan aantonen of uitsluiten. Ik zie ze wel eens denken: „Moors, doe jij nu maar waar je voor opgeleid bent. Doe dat goed. Laat het praten maar aan ons over”. Ik voel me daar nog steeds kwetsbaar bij. Het spanningsveld waarin ik als huisarts functioneer, vind ik interessant, maar ook zeer inspannend. (Een van mijn referenten schreef hierbij: slopend). Mijn grootste probleem is dat de medische professie mijn spanningsveld niet erkent en dat de psychosociale sector, voor zover ze dat wel onderkent, me voor bijna onmogelijke opgaven plaatst. Maak ik fouten, dan verdwijnt de patiënt meestal in het medische kanaal om daar vaak met (grote) schade weer uit te komen. Een enkele keer raakt de patiënt somatisch gefixeerd. Een andere maal schaad ik de patiënt door hem of haar in het psychotherapeutische kanaal te laten verdwijnen, terwijl hij of zij daar nog niet rijp voor is.

Maarten

Maarten is nu 23 jaar en student. Hij is de oudste zoon in een gezin met vier kinderen. Hij heeft altijd een nerveuze

indruk op me gemaakt. Heel lang geleden schreef ik al eens op mijn werkkaart: „Het is net of hij zich bij mij niet op zijn gemak voelt”. Ik zag hem vaak met voorbijgaande infectieziekten. Ook had hij dauwworm. In de puberteit had hij veel ongelukken, waarbij hij allerlei kneuzingen en kleine fracturen opliep. Op zijn achttiende jaar zie ik hem weer met keelklachten. Hij blijkt erg gespannen te zijn. Hij gaat studeren en op kamers wonen. We bespreken een en ander. Bij de deur zegt hij: „Ik durf nooit te zwemmen omdat mijn tepels te groot zijn”. Ik reageer, zoals later blijkt, niet erg adequaat. Wel onderzoek ik zijn borst en zeg ik: „Volgens mij heb jij normale tepels, niet veel groter dan andere jongens van jouw leeftijd”. Hij gaat naar huis en is, zoals ik later van zijn moeder hoorde, zeer teleurgesteld over ons contact.

Vier maanden later komt hij met rugklachten en vraagt hij een verwijzing naar de orthopeed. Als ik hem die, eigenlijk een beetje tegen mijn zin geef, zegt hij: „Ik wil dat mijn tepels eraf gesneden worden”. Ik neem zijn klacht nu zeer serieus en vraag hem een afspraak te maken, zodat we zijn probleem kunnen bespreken. Dat gebeurt niet. Een paar maanden later komt hij een verwijskaart vragen voor de plastisch chirurg. De arts-assistente die hem op dat moment ziet, ziet ook geen aanleiding om hem te verwijzen. „Een zeer lichte vorm van gynaecomastie, die op deze leeftijd wel vaker voorkomt”, zeg ze in de nabespreking.

Enige tijd later komt hij weer. Hij wil nergens over praten en vraagt dringend een verwijzing. Hij heeft ook hulptroepen verzameld. Zijn vriendin en een goede vriend vinden ook dat hij voor gek loopt „met die tietten”. Bovendien zijn de tepels pijnlijk bij het vrijen. „Ik klap er steeds op dicht. Op deze manier verlies ik mijn vriendin”, zegt hij dringend. In een rustig gesprek lukt het me zijn problemen te bespreken. We komen op veel meer aspecten van zijn onwel bevinden. Hij duimt nog steeds, heeft af en toe na veel bier nog last van bedplassen, en heeft een enorme faalangst op school, bij vrienden en vooral bij vriendinnen. Hij heeft al eens een psycholoog geraadpleegd, blijkt nu. Hij is erg gespannen, slaapt slecht en heeft eens per week diarree. Thuis gaat het helemaal niet meer. Hij drinkt veel alcohol en rookt af en toe marihuana. Dit gesprek is hartelijk en ik heb de indruk zijn vertrouwen gewonnen te hebben. Over de tepels hebben we deze keer helemaal niet gesproken. We maken

een nieuwe afspraak om te bekijken hoe hij het beste verder kan.

En dan ineens is er die brief van de plastisch chirurg die Maarten wil opereren. „Wij kunnen via een kleine operatie zijn grote probleem oplossen”, schrijft hij. Op zijn eenentwintigste verjaardag wordt hij geopereerd. Veertien dagen later komt hij triomfantelijk zijn borst laten bewonderen. Ik probeer opgetogen te zijn en zeg hem dat ik bewondering heb voor zijn doorzettingsvermogen. „Op school gaat het niet zo goed”, is zijn antwoord. De diarree wordt erger en de verkering is uit „Ze was nog zo onervaren en zo jong” (in feite 18 jaar). We bespreken zijn huidige crisis en opgelucht stapt hij de spreekkamer uit. Een vervolgspraak komt hij weer niet na. Ik weet voor mezelf ondertussen zeker dat hij psychotherapie nodig heeft. Iedere suggestie in die richting wijst hij af.

Met grote regelmaat bezoekt hij me de volgende twee jaar, tot nu toe met allerlei klachten: diarree, verkoudheid, keelpijn, rugklachten, last van de rechter lies. Steeds weer nodig ik hem uit met me te komen praten over de achter zijn klachten liggende problemen. Meestal belooft hij dat, maar komt hij niet. Een half jaar geleden heb ik deze situatie, een beetje agressief, met hem besproken. Ik heb hem gezegd dat ik hem zo niet kan helpen. Het leek weer een goed gesprek, maar hij doet er niets mee. We zijn praktisch vastgelopen, is mijn conclusie. Wat moet ik nu als hij de volgende keer weer met een „klachtje” komt? Bij het nalezen van de werkkaart viel me de zin op, die ik hiervoor opschreef: „Het is net of hij zich bij mij niet op zijn gemak voelt”. Hij was toen vier jaar oud en kwam aan de hand van zijn moeder. Is dat zo gebleven tot nu toe?

Terugziende, denk ik van wel. Ik vind het moeilijk mijn huidige kijk op onze relatie met hem te bespreken.

De dwang der gemiddelden

Patiënten veranderen, ook door hun omgang met mij. Ook ik blijf veranderen, ook door mijn patiënten. De laatste tijd kom ik vaker in een spanningsveld, dat opgeroepen wordt door de eis van de patiënt te voldoen aan „het gemiddelde”. Mensen die ingebed zijn in een gemeenschap hebben – begrijpelijk – het verlangen „normaal” te zijn. „Hoe vaak hoor je per week seksuele samenleving te hebben?”, was en is soms nog wel een vraag. Vroeger richtte ik me naar allerlei gemiddelden. Ik wist welke voeding voor babies de beste was, hoe-

veel ze in een week moesten aankomen. Ik wist wat goed was in de opvoeding van kinderen. Het bij de ouders op de slaapkamer slapen van de baby, bijvoorbeeld, was uit den boze. Het bij vader en moeder in bed, tussen hen in slapen van een angstig kind was héél slecht, etcetera, etcetera.

Zo waren er nog een groot aantal zekerheden die ik nu niet meer heb. Ik weet nu dat er vele wegen zijn en dat ze niet allemaal naar Rome hoeven te voeren. Ik weet dat gewoonten en gedrag van mensen kunnen variëren. Ook als ze extreem op een zevenpuntschaal scoren, zijn ze nóg normaal. En hoe zekerder ik dit meen te weten, des te vaker vragen mensen mij wat normaal is, wat ik normaal voor hen vind. Ze willen in mijn ogen steeds vaker naar het gemiddelde voorbeeld leven. Ze willen in de opvoeding van hun kinderen niets nalaten wat goed voor hen zou kunnen zijn. „Dan kunnen ze ons later nooit verwijten dat we niet gedaan hebben wat in ons vermogen lag”, hoor ik hen zeggen. Vooral stoort me het neurasteen nastreven van al die onmogelijke gemiddelden. Het sociale leven van deze mensen wordt beheerst door wat bon ton is. Vroeger was het, althans binnen mijn gezichtskring, een veel kleinere groep die daar last van had. Ik zie vooral rond het veertigste levensjaar veel mannen afknappen op de eisen die zij zich stellen. Ik heb de indruk dat bij vrouwen zo'n kritische leeftijd rond het vijfendertigste jaar ligt. Ze consulteren me dan met allerlei vage klachten. Ze eisen vaak een gedegen lichamelijk onderzoek door een specialist, dat aangevuld moet worden met de meest geavanceerde technische hulpmiddelen. Ook voor hun kinderen vragen ouders hulp als er uitsluitend kleine ongemakken zijn. Een snotneus bijvoorbeeld wordt niet getolereerd. Daar moet iets aan gedaan worden en desnoods moet een KNO-arts daar onderzoek én antibiotica én een allergisch onderzoek op loslaten. Schoeisel kan niet duur genoeg zijn en de schoenwinkel kan maar niet genoeg apparatuur in huis hebben om de juiste schoen aan de juiste voet te passen. Tot op zekere hoogte heb ik daar vrede mee. Ik vind het ook wel eens moeilijk mijn standpunt over te dragen dat gezondheid ongemakken impliceert en geschaad kan worden door (veel) verwijzen. Nog afgezien van het onderzoek dat in het tweede echelon gedaan wordt, omdat de medische specialist ervan uitgaat dat een mens niet gezond is tot hij alle ziekten heeft uitgesloten. Ik vrees dat het zeer schadelijk is steeds maar

aan de hand van vader of moeder van de ene dokter naar de andere gesleept te worden. Van de ene deskundige naar de andere om toch maar de beste schoenen, de beste opvoeding, de beste psychosociale ontwikkeling of wat dan ook te krijgen. Dat gesjouw naar deskundigen is mijns inziens ziekmakend. Het maakt mensen afhankelijk van het oordeel van anderen, leert hen af zelf oplossingen te zoeken en te vinden voor onlustgevoelens of voor hinderlijke zaken. Leert hen ook af te leven met lichte ongemakken.

Hoe langer hoe meer raak ik ervan overtuigd dat „vermedicalisering” van het dagelijkse leven een bedreiging voor de gezondheid vormt. Wat kleuterarts, schoolarts, tienerarts, bedrijfsarts en welke categorale zorg ook kunnen voorkomen, ze zijn in mijn ogen even zovele bedreigingen van de eigen verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid van mensen. Mensen die van de ene levensfase naar de andere overgaan, voelen zich vaak onzeker, onrustig. Ze hebben onlustgevoelens, die zich manifesteren in lichamelijke klachten. Ik kom in moeilijkheden als mensen mij zonder meer vragen om deze klachten via een specialist te doen verdwijnen. Een deel van mijn werk blijkt zijn charme te ontnemen aan het zelf begeleiden van mensen in een kritieke levensfase. Juist omdat de lichamelijke klachten voorspelbaar zijn en ze nogal eens willen verdwijnen als ze voor de mensen inzichtelijk worden, is het helpen verhelderen van deze klachten een dankbaar arbeidsveld voor me. Hoe meer ik ermee omga, hoe korter deze mensen hulp nodig blijken te hebben.

Met een andere groep mensen heb ik het ook moeilijk. Het zijn de alternatief levenden. Ze hebben „met mij” ingezien hoe ziekmakend onze woon- en leefomgeving is geworden. Ze zijn op een alternatieve toer gegaan. Vanuit die leefwereld, die ik in principe aanvaard en waar ik bewondering voor heb, stellen ze mij vragen waar ik geen raad mee weet. Onlangs vroeg een moeder van twee kinderen – de een twee jaar, de ander een half jaar – welke voedingsmiddelen deze kinderen te kort zouden komen als ze vegetarisch zouden worden opgevoed. Ik had daar geen antwoord op. Ook ken ik de invloed van homeopathische geneesmiddelen op de werking van bijvoorbeeld antibiotica niet. En deze combinaties komen in de praktijk hoe langer hoe meer voor.

Het samenspel van de officiële geneeswijzen met de alternatieve geneeskunst roept vaak bij de huisarts spanningen

op. Ik ben nog onvoldoende op de hoogte van alle alternatieve geneeswijzen om in dit spanningsveld geen frustraties te ondervinden.

De taak van de huisarts is niet vrijblijvend

Huisarts: je staat er voor is niet voor niets de titel van ons vijfde lustrumcongres. In het eerste deel van dit opstel heb ik mijn spanningen, zoals ik die momenteel beleef, beschreven. Mensen veranderen, de praktijk verandert, ik verander, de vragen om hulp blijken te veranderen. Hoewel ik de indruk heb dat ik veranderingen in de vraag om hulp kan blijven volgen, ben ik ook weleens bang dat ik op een gegeven moment moet constateren dat ik veranderingen in de maatschappij niet meer kan volgen. Is dat een gevoel dat vijf-tigers vaker hebben?

Ik wil nog een tijd praktisch blijven doen. Ik hoop dat ik de veranderende nuances kan blijven onderkennen in de klachten van mijn patiënten. Door dit alles heen speelt in mijn werk nog een ander probleem. Ik vind dat mijn werk als huisarts controleerbaar moet zijn. Dat wil zeggen dat mijn patiënten moeten weten waarvoor ik sta. Wat ik wel en niet kan. Waarop ik wel en niet aangesproken kan worden. Omdat ik, evenals de meeste huisartsen, mijn vak met vallen en opstaan geleerd heb, zijn er verschillen in wat ik doe en wat mijn buurtcollega's doen en wenselijk vinden. Dat geeft bij de patiënt zo nu en dan problemen. Veel huisartsen rekenen de psychosociale vraagverheldering tot een maatschappelijk-werk functie, een ander is van mening dat bevallingen beter door een verloskundige gedaan kunnen worden. Weer anderen laten de zuigeling- en kleuterzorg aan „mevrouwdokters” over, en nog weer anderen vinden de gang naar een EHBO-post van mensen met kleine verwondingen wel gemakkelijk. Er zijn bijna zoveel zinnen als hoofden. Ik meen dat het werk van de huisarts beschreven kan worden. Onze huisartsengroep vindt, en spreekt ook uit, dat we aangesproken kunnen worden op de taken die we op ons genomen hebben. Ik geloof dat het goed is dat er huisartsen zijn. Goed voor de huisartsen, maar vooral goed voor de mensen, de potentiële patiënten. Daarvoor is het nodig dat huisartsen duidelijk maken wat ze tot hun taak rekenen en dat ze daarvoor dan ook staan.

De veranderingen in de inhoud van het werk van de huisarts worden niet alleen bepaald door wat huisartsen willen en

kunnen. Er komen ook vragen van buiten. Als self-made man heb ik het daar wel eens moeilijk mee. Van de andere kant wil ik graag horen van collega's wat zij tot hun taak rekenen. Ik wil graag horen van patiënten wat zij van mijn werk vinden en hoe zij het zouden willen.

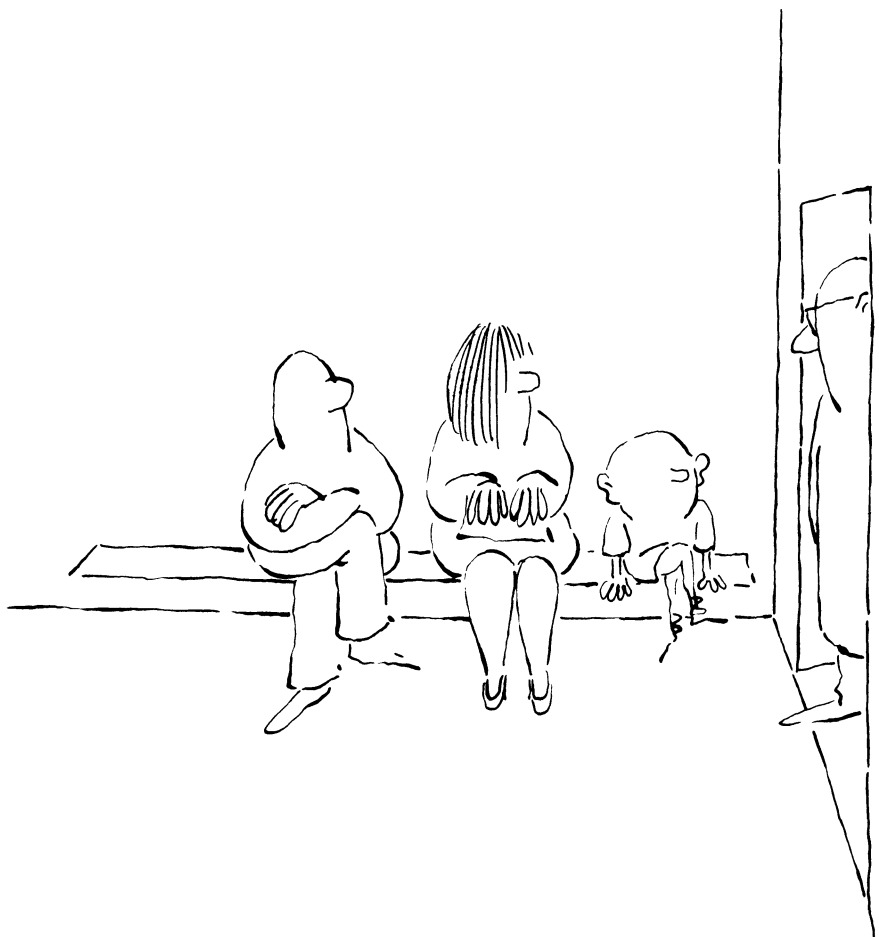
Deze discussie begint op gang te komen. Kritiek op het eigen werk accepteren is voor mij een betrekkelijk nieuwe ervaring. Dat moet ik nog leren. Aan de andere kant is het ook een uitdaging voor me.

Je huisarts heb je soms een leven lang

Huisartsen hebben in ons land een langdurige band met hun patiënten. Ze zijn daardoor in staat de levensloop van een mens zeer intensief te volgen. Als een huisarts zijn bevindingen zo opbergt, dat hij ze na jaren nog hanteerbaar kan reproduceren, is dit een goudader voor hemzelf en vooral voor de patiënt. Ik heb het met deze levensloopgeneeskunde ook moeilijk. Ik zie vaak mensen uit een bepaalde familie generatie na generatie met dezelfde problemen worstelen. Ik heb (nog) geen weg gevonden om te voorkomen dat mensen generatie na generatie deze zelfde problemen krijgen. Jongeren willen zelf ontdekken wat wel en wat niet goed voor hen is. Raad van een oudere, vaak door hun ouders uitgezochte huisarts spreekt hen maar met mate aan. Ook kan ik niet goed de feiten voor zich laten spreken en mijn raad voor me houden.

Er zijn veel mensen die hun huisarts ook als gezinsarts beschouwen. Dat betekent dat jongeren de huisarts van hun ouders moeten accepteren. Het verzekeringsstelsel is daar ook op gebaseerd. De belangen van de ouders zijn soms niet de belangen van hun kinderen. In de praktijk probeer ik de kinderen zo snel mogelijk zelf te laten zeggen waarom ze bij me op het spreekuur komen. Vaak vraag ik de vader of de moeder even te wachten en het (kleine) kind zelf te laten zeggen waarvoor hij of zij komt. Ik merk dat veel ouders dat op prijs stellen. Soms verontschuldigen ze zich dat ze hun kind van bijvoorbeeld acht jaar niet alleen hebben laten komen.

Als kinderen tieners worden probeer ik hen duidelijk te laten blijken dat ze een eigen relatie met mij kunnen hebben. Het is niet per se nodig dat die relatie dezelfde kleur heeft als de relatie die ik met hun ouders heb. Ik zeg ook tegen jonge tieners dat ik me kan voorstellen



ZEGT U NOU ES EERLIJK: DOE IK M'N WERK 'N BEETJE GOED?

dat ze me met andere ogen bekijken dan hun ouders dat doen. Ik breng vaak ter sprake dat ik een zwijgplicht heb, die inhoudt dat ik hun ouders niet zal vertellen wat wij samen besproken hebben, als ze dat zelf niet willen.

Ieder contact is nieuw

Het is moeilijk, als je mensen al lang kent, ieder contact als nieuw te ervaren. Je hebt, of je wil of niet, een oordeel over mensen, over je patiënten. Zij hebben dat op hun beurt ook over jou.

Toen ik me dat ging realiseren, bedacht ik dat mensen eigenlijk verlangen dat je hun problemen steeds vanuit een „nulstand” beoordeelt. Als ik zulke gedachten boven kan laten komen, lukt het me beter onbevooroordeeld naar hen te luisteren. Hoe langer hoe meer zeg ik, wat ik daarbij denk, ook tegen de patiënt. „Het is al weer een tijd geleden dat we elkaar zagen”, of „Het lijkt wel of we elkaar dagelijks zien”, etcetera. Ik ben wel eens benieuwd naar het beeld dat de patiënt van mij heeft. Het lukt me zelden dat rechtstreeks van hem of haar te horen.

Moelijker heb ik het met patiënten die me dwingen alles al te weten: „U weet het beste wat goed voor me is, u kent ons al zo lang!” Of als ik bij het verhelderen van de vraag terugkrijg: „U moet niet naar de bekende weg vragen”. Er ontstaat dan steeds een kleine schermutseling waarin ik de patiënt probeer duidelijk te maken dat ieder contact in principe nieuw voor me is. Als ik een goede dag heb, lukt het me beter zo iets over te dragen, dan als ik niet zo goed geslapen heb.

Ik ben gaan ontdekken dat patiënten via „het is weer zo” of „het is weer hetzelfde als laatst” (soms drie jaar geleden) hun problemen proberen te verhullen. Ze hebben het er blijkbaar moeilijk mee. Het helpt wel eens als ik mijn gevoelens ter sprake breng. Anderen verontschuldigen zich dat ze het grondprobleem nog steeds niet hebben kunnen oplossen. Een voorbeeld:

Een vrouw komt regelmatig vragen of ik haar mammae wil onderzoeken. Ze is panisch voor een carcinoom. Al vaak bespraken we de mogelijkheid dat ze haar borsten zelf kan onderzoeken. Ze probeert dat wel, maar raakt dan toch

weer in paniek. Als ze me weer nodig heeft, begint ze zich te verontschuldigen. Vanuit een „nulstand” starten is dan voor mij wel eens moeilijk.

Mensen die het me wel eens moeilijk maken met een schone lei te beginnen, zijn die patiënten die me vaak voor kleine akkiefietjes nodig hebben. Ze bezoeken het spreekuur zeer frequent. Natuurlijk(?) heb ik meer dan eens geprobeerd te achterhalen waarom deze mensen zo weinig zelfstandig met hun lichamelijke klachten omgaan. Soms lukt het me daar wel achter te komen, soms ook niet. Als het niet lukt vind ik het moeilijk iedere volgende klacht even serieus te nemen. Ik heb me aangeleerd na een diepe zucht (die boekdelen spreekt) me extra aandachtig op te stellen. Het helpt me soms, denk ik. Wat me dan precies helpt, is me niet echt duidelijk. Ben ik mijn zucht kwijt? Begrijpen deze patiënten dat ik het er moeilijk mee heb? Soms is die extra aandacht cynisch bedoeld, soms kan ik er ook weer echt beter tegen, maar meestal kan ik weer luisteren en hoef ik niet bang te zijn een (somatisch) signaal te missen. Als ik niet aandachtig ben, plaagt me dat vaak in bed en kan ik er niet om inslapen, bang een fout gemaakt te hebben.

Het beëindigen van een consult

De huisarts heeft met zijn patiënten meestal zogenaamde tweegesprekken. De patiënt heeft met zijn of haar komst een bepaald doel voor ogen. Door met de patiënt de vraag te verhelderen, kunnen we achter het precieze doel komen. Als we dan de klacht of de hulpvraag samen nader geformuleerd hebben, heeft zich een cognitief proces afgespeeld. Dat dit proces ook emotionele kanten heeft, die de patiënt en de huisarts ieder op hun eigen manier beleven, is duidelijk. Het lukt me hoe langer hoe beter voor mezelf deze gevoelskanten van een arts-patiënt relatie bewust te maken. Bewust of onbewust gedragen patiënt en arts zich op de manier waarop ze zich voelen. Deze gedragingen bezitten non-verbale boodschappen, die we meestal maar voor een deel decoderen en tot ons bewustzijn laten doordringen. Hoe dan ook, als de patiënt zijn probleem heeft geformuleerd en we samen een plan gemaakt hebben om dat probleem te lijf te gaan, volgt in een groot aantal gevallen een lichamenlijk onderzoek, al of niet aangevuld met laboratorium- en röntgenonderzoek. Hierna zetten we de gevonden zaken nog eens op een rij en concluderen we dat de beste oplossing dit of dat is.

Meestal besluit ik dan met de vraag: „Was het dat wat u mij vandaag wilde vragen?” Ik hoop dan altijd maar dat dat het geval is. Ik heb nergens een groter hekel aan dan aan patiënten die onverwacht een tweede of derde probleem aan me voorleggen. Meestal is dat tweede of derde probleem veel groter en moeilijker dan het binnenkomertje. Patiënten die gaan zitten en zeggen: „Ik heb vandaag drie problemen” en die dan successievelijk afwerken, kan ik goed helpen. Maar patiënten die een nieuw probleem brengen op het moment dat ik denk klaar te zijn, ontregelen me verschrikkelijk. Ik heb dan in ieder geval een adempauze nodig. Die probeer ik mezelf te geven door omstandig te informeren waarom de patiënt vandaag met dat probleem bij me komt. Een zekere irritatie kan ik dan meestal niet onderdrukken. Als het even kan, probeer ik het tweede probleem naar een later tijdstip te verschuiven. Hoe duidelijker ik mij van mijn ongelustgevoelens bewust word, des te beter kan ik de patiënt met zijn tweede en derde probleem helpen. Vroeger had ik die irritatie en kon ik er geen kant mee uit, zo zelfs dat ik af en toe boos op mezelf werd. Nu speelt dit me nog wel parten, als ik moe ben of zelf persoonlijke problemen heb.

Niet alles kan tegelijk

Er zijn patiënten die erg ongeduldig zijn en vragen of ik hen op de kortst mogelijke termijn van hun klachten af wil helpen. Vooral voor vakanties, examens of feestdagen vraagt men dat. In de huisartspraktijk zie je veel klachten die een symptoom zijn van zogenaamde self-limiting diseases. Als je daar het beloop van kent, kun je de mensen voorspellen wat hen te wachten staat. Door steeds weer voldoende tijd te nemen om uitleg te geven, leren de mensen op den duur beter met deze ongemakken om te gaan. Maar er blijft een groepje mensen dat me steeds weer vraagt te kijken „of er nú niets ernstigs achter steekt, je kunt immers nooit weten en je hoort tegenwoordig zoveel”. Extreem heeft een economisch doctorandus me onder mijn neus gewreven, dat hij daarover niet zelf wilde nadenken: „Daar huur ik jou voor in. Als ik in Afrika of Azië zou wonen, zou ik best zelf kunnen leren mijn gezondheid te bewaken. Hier permitteer ik me de luxe dat door mijn lijfarts te laten doen”.

Een andere groep mensen heeft het nodig af en toe een praatje te komen maken. Een onbeduidend klachtje of een

hele ceel van „grote” klachten gebruiken ze om binnen te komen. Hoewel ik ook geloof in resultaten van het Franse gezegde *frappez toujours*, blijft deze groep bestaan. Ik vind me er overigens de laatste tijd veel minder over op.

Het omgaan met chronisch zieken is een probleem apart. Het is een belangrijk deel van de taak van de huisarts. Als hij dat goed doet, is dat een voordeel voor de patiënt. Mijn uitgangspunt daarbij is, dat ook invalide mensen nog veel gezonde lichaamsfuncties hebben. Ze hebben soms door hun handicap nieuwe mogelijkheden leren ontdekken. Als de patiënt zijn ziekte of handicap geaccepteerd heeft, en verwerkt heeft dat hij of zij niet gezond is, kan er een positieve instelling volgen ten opzichte van het leven met de handicap. Het begeleiden van het verwerkingsproces heb ik leren zien als een belangrijke voorwaarde om met de patiënt te kunnen praten over zijn of haar resterende mogelijkheden. Huisartsen zijn geen psychotherapeuten en zij moeten dat mijns inziens ook niet proberen te worden. Ik heb ervaren dat het methodisch werken het me gemakkelijker maakt de patiënt te helpen bij het verhelderen van zijn of haar klacht. Soms is het nodig dat je stap voor stap de patiënt helpt meer zicht op het probleem te krijgen. Bij het opstellen van een handelingsplan kan ik mijn deskundigheid met betrekking tot de sociale kaart van de omgeving inbrengen. Willen deze gesprekken, meestal twintig minuten, soms vijfenvertig minuten, niet verzanden of de schijn van een therapie aannemen, dan moet er structuur in zitten. Deze structuur kan soms al van te voren met de patiënt besproken worden.

Voor mij is een hulpmiddel om niet de mist in te gaan om op het einde van ieder gesprek samen te vatten wat we besproken hebben. Dan kunnen we nagaan hoever we gevorderd zijn, en meestal volgt dan als vanzelf enig „huiswerk” voor de patiënt. Ik noteer dit dan voor de volgende keer.

Door de vraag van de congrescommissie werd ik gedwongen na te denken over de huisarts-patiënt relatie. Ik heb enkele voor mij relevante aspecten van mijn relatie met mijn patiënten de revue laten passeren. De zaken die me op het ogenblik het meest bezig houden, heb ik wat nader bekeken en opgeschreven. Dit overzicht is daarmee gedateerd en voor een stuk alleen op mij van toepassing. In hoeverre andere huisartsen soortgelijke ervaringen hebben, hoor ik graag.