

De doolhof van de patiënt

Wat moet ik met mezelf en mijn dokter doen als ik me niet lekker voel en misschien wel ziek ben?

TOM POSTMA*

Hoewel ik door mijn werk bij een huisartseninstituut een collega van dokters ben, is het voor mij emotioneel veel belangrijker dat ik een (potentiële) patiënt van die dokters ben. Ik heb deze bijdrage dan ook geschreven vanuit de gevoelswereld van het patiënt-zijn. Het is geen mooi afgerond verhaal geworden, zoals gebruikelijk in wetenschappelijke artikelen. Wat ik wel bied, zijn stukjes gedrag, stukjes beleving en stukjes visie; kortom, er is voor iedereen wat te halen.

Na het *ganzenbord voor de huisarts* nu dus de *doolhof van de patiënt*. Een relaas van hoe het meestal gaat...

Verantwoording

Enige tijd geleden maakte ik kennis met het werk van een aantal cultureel- en medisch-anthropologen over het omgaan met ziekten. Hun manier van kijken naar zieken trof mij als heel anders dan de medische en psychologische visies waarmee ik tot dan toe in aanraking was gekomen. Ondanks de vaktal herkende ik mij in deze antropologische studies veel meer als (toekomstig) patiënt dan in de gebruikelijke medische en psychologische literatuur. Dit was voor mij aanleiding op papier te zetten hoe het patiënt-zijn en het dokteren met mezelf én de dokter in hun werk gaan en wat er allemaal bij komt kijken; die antropologische literatuur – en zeer in het bijzonder het werk van *Stimson and Webb* – fungeerde daarbij als leidraad.

Met dit verslag hoop ik twee doelen te bereiken:

- patiënten zoals ik steunen bij het dokteren door het bieden van een referentiekader;
- dokters – en vooral huisartsen – duidelijk maken hoe wij als patiënten in elkaar zitten.

Zoals gezegd, is dit geen afgerond verhaal. Soms maakt een sluitend en afgerond verhaal de lezer stom; hij kan er niets meer op zeggen. Daar ben ik niet

op uit. Bovendien is het precieze verband tussen al die onderdelen mij als patiënt niet helemaal duidelijk. Zo zit je als patiënt nu eenmaal in elkaar: je kunt je niet goed losmaken van je eigen rol en naar jezelf kijken als door een microscoop.

Tenslotte nog dit. Ik heb dit verslag geschreven met in mijn gedachten mensen van mijn eigen culturele en maatschappelijke achtergrond. Dat betekent niet, dat hetgeen hier aan de orde komt, niet van toepassing zou kunnen zijn op mensen met een andere achtergrond, maar alleen dat ik niet kan schrijven voor mensen met wie ik weinig gemeen heb.

Vóór het consult

1. *Vragen*. Tijdens een periode waarin je je niet lekker voelt, komen de volgende vragen bij je op:

- wat is er met me aan de hand?
- is het mijn gezondheid en is het dus medisch, of niet?
- waarom is dit er; hoe is het gekomen; waar komt het vandaan?
- waarom overkomt juist mij dit; is het misschien mijn eigen schuld en zo niet, wiens schuld dan wel?
- waarom overkomt me dit nú?
- wat gaat er gebeuren als er niets gedaan wordt?
- wat zal ik er aan doen, of wie zal ik raadplegen?

2. *Wel of niet naar een dokter*. Het nemen van de beslissing of je wel of niet

een dokter zult consulteren, is op zichzelf al een probleem. Je vindt dat je hem niet lastig mag vallen met onschuldige, onbelangrijke dingen; als je beslag legt op zijn kostbare tijd, moet je dat kunnen verantwoorden. Maar hoe weet je, of het onschuldig is wat je mankeert? Je neemt als patiënt dan ook je toevlucht tot een strategie van afwachten; je denkt: als het niet binnen zoveel tijd vanzelf overgaat, is het niet onschuldig en dan is het gerechtvaardigd de dokter te raadplegen. Je gaat er dus van uit, dat het consulteren van een huisarts in het algemeen niet de onmiddellijke oplossing is voor de angst en onzekerheid waarmee het je-ziek-voelen meestal gepaard gaat.

3. *Te rade bij anderen*. Om uit te vissen wat er met je aan de hand kan zijn, ga je in de eerste plaats te rade bij je huisgenoten (die ook het eerst merken dat er iets met je is) en vervolgens bij vrienden en kennissen en misschien zelfs wel bij mensen op je werk. Toch kunnen deze leken vaak niet een eind maken aan je onzekerheid en angst. Een dokter is voor ons nog steeds iemand die dat beter hoort te kunnen dan leken. En daarmee is dan ook meteen de machtspositie van dokters aangeduid: zij weten en kunnen meer dan leken en daardoor beheersen zij in zeker opzicht jouw leven.

4. *Vier soorten deskundigen*. Wanneer je een advies wilt over je gezondheidstoestand, kun je bij vier soorten „deskundigen” terecht:

- bij mensen die hetzelfde hebben of hebben gehad;
- bij dokters, die ervoor gestudeerd hebben;
- bij mensen die een alternatieve geneeswijze beoefenen; tot deze categorie wend je je als je denkt dat zo iemand het beter doet dan de zogenaamde echte deskundigen, of als je bang bent;
- bij apothekers en drogisten.

5. *Beleving*. Wanneer je denkt dat het nodig is een dokter in te schakelen, wordt het belangrijk of je het consulteren van een arts als positief beleeft, of dat je juist bang bent voor het oordeel van die deskundige, met als gevolg vermijdingsgedrag.

6. *Verwachtingen I*. Je hebt besloten dat er iets gedaan moet worden en dat je daarvoor een dokter nodig hebt. Dan ga je je voorbereiden op het consult. De verwachtingen die je hebt, bepalen mede het verloop van dat consult. Ze bepa-

* Als psycholoog verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.

len eigenlijk ook al voor een gedeelte hoe je ná het consult gaat reageren, bijvoorbeeld of je wel of niet het advies van de dokter gaat opvolgen. Je hebt immers al van te voren een idee van wat de dokter voor je moet doen; als hij dat niet doet, maar met iets anders komt aandragen, zul je hem daarin wellicht niet volgen. Vroegere ervaringen met dokters sturen je verwachtingen ten aanzien van het consult.

7. Wat gaat er allemaal door je heen, als je je voorstelt dat je een bezoek aan de huisarts gaat brengen?

- Wat zal er in de spreekkamer gaan gebeuren? Je bent er bezorgd over, je piekert er misschien over.
- Wat zal de dokter doen, zeggen, adviseren? Zal hij een nare injectie geven? Zal hij je het gevoel geven dat je een ernstige ziekte hebt, misschien wel kanker? Misschien zegt hij wel dat je naar het ziekenhuis moet.
- Je ziet ook op tegen het consult, omdat het op zich al moeilijk is die dokter duidelijk te maken wat er aan de hand is, hem te overtuigen, hem aan te zetten tot actie. Van te voren voel je al iets als strategie-moeheid: hoe moet ik het hem in godsnaam duidelijk maken.
- Dan komt er ook nog iets bij kijken wat je zou kunnen omschrijven als angst voor de dokter als vertegenwoordiger van een andere klasse, iemand met een hogere status, en wellicht afkomstig uit een ander milieu.
- Misschien ben je ook wel bang voor die spreek- en behandelkamer met die enge apparaten; die apparaten kunnen je pijn doen of iets ergs vinden.
- Je zit misschien al te denken aan beschamende situaties: dat je je moet uitkleden, of dat hij aan je zit terwijl jij dat allemaal lijdzaam moet ondergaan.

8. Samenhang. Het vooruit lopen op wat er tijdens het consult zal gaan gebeuren, en de uiteindelijke beslissing om dan toch maar naar de dokter te gaan, hangen natuurlijk nauw met elkaar samen.

9. Verwachtingen II. Je hebt verschillende verwachtingen ten aanzien van het consult:

- impliciete verwachtingen over hoe een dokter en een patiënt zich ten opzichte van elkaar horen te gedragen (bijvoorbeeld geen seks in de spreekkamer);
- expliciete verwachtingen over wat de dokter moet doen (bijvoorbeeld verwijzen of een recept geven).

De meeste mensen zullen verwachten dat zij een recept meekrijgen als resultaat van het consult.

10. Eigen ideeën. Hoe concreet je verwachtingen zijn, is vooral afhankelijk van je eigen ideeën over wat er aan de hand is en wat er aan gedaan kan worden. Ook patiënten bedrijven zoiets als diagnostiek en behandelen zichzelf in gedachten of in daden. Je kan dat leken-diagnostiek en leken therapie noemen. Vaak wordt de dokter geraadpleegd om die leken diagnostiek en leken therapie te toetsen aan de diagnostiek en therapie van een deskundige. Maar ook komt voor dat je zo bang bent voor wat er aan de hand zou kunnen zijn, dat je het maar het liefst helemaal uit handen geeft. Zo word je heen en weer geslingerd tussen beter (willen) weten en van niets willen weten.

11. Discussies met anderen die belangrijk voor je zijn (bijvoorbeeld je partner) helpen je je verwachtingen aan te scherpen.

12. Inzicht achteraf. Vaak weet je toch achteraf beter wat je nu eigenlijk van het consult verwachtte, dan van te voren.

13. Het instuderen van de rol als patiënt. Je bereidt je heel precies voor op het verloop van het komende consult:

- wat wil ik allemaal zeggen, wat wil ik duidelijk maken, welke indruk wil ik geven?
- wat moet hij doen, geven, vertellen?
- wat moet er gebeuren als hij niet hetzelfde wil als ik?

Dat je zo bezig bent je rol in te studeren, komt doordat je onder druk staat van de klok als je bij de dokter binnen bent. Ook ben je wellicht in een angstige en onzekere stemming. Dat beïnvloedt weer je geheugen; zul je je nog herinneren wat je allemaal wilde zeggen als je eenmaal binnen bent? Daarom maken sommige mensen een spiekbriefje. Dokters raken daar soms geïrriteerd door.

Dat instuderen van die rol, dat steeds weer aan het verloop van het consult denken heeft ook iets van het trainen voor de finalewedstrijd. Je beproeft al je zetten zonder dat dat direct gevolgen heeft; je probeert zo je onderhandelingspositie te versterken. Dat heb je ook wel nodig, want je bent nu eenmaal aan de verliezende hand als je een dokter nodig hebt om je weer helemaal prettig te voelen; je stelt je afhankelijk op.

14. Onderhandelingsproces. Goed beschouwd is een consult een onderhandelingsproces. Het resultaat van dit proces is afhankelijk van de strategieën die door beide deelnemers worden toegepast. Beide partijen proberen de ander over te halen tot de eigen visie op de klachten.

15. Expert. De dokter moet bij die onderhandelingen zijn status als expert bewijzen en zichzelf onmisbaar maken in de ogen van de patiënt.

16. Grenzen. De onderhandelingen vinden niet plaats in een vacuüm, maar in een omgrensd gebied. Die grenzen worden gevormd door:

- de gezondheidsorganisatie in ons land;
- het oordeel van de deelnemers aan het consult over wat haalbaar is en wat niet;
- impliciete punten van overeenstemming over de omgang tussen dokter en patiënt (bijvoorbeeld goede manieren).

Het consult

17. Wat komt er kijken bij het presenteren van problemen en klachten aan de dokter?

- Waar je het uitdrukkelijk niet over hebt, is vaak veelzeggender dan wat je allemaal wél te berde brengt (bijvoorbeeld bij angst voor kanker).
- Door de keuze van je woorden maak je je eigen interpretatie van je klachten duidelijk en geef je aan welke verbanden je ziet. Maar omdat het kennelijk nodig is de hulp van de dokter, de expert, in te roepen, worden dergelijke interpretaties vaak slechts impliciet, suggestief of vragenderwijs gebracht. Een goed verstaander heeft een half woord nodig, en als het niet in goede aarde valt, hoeft het ook niet gehoord te zijn.
- Die voorzichtig geuite zelfdiagnose is ook bedoeld om het denken van de dokter in de goede richting te krijgen. Je probeert de gedachten van de dokter te controleren.

18. Hoe moet ik het de dokter zeggen? Daarbij spelen drie zaken een rol: het ordenen van de informatie, het accentueren van bepaalde informatie en het brengen van de informatie.

- Ordenen: bijvoorbeeld het presenteren van eerst een lichamelijke klacht als zoethoudertje voor de dokter, want dan voelt hij zich gerespecteerd als dokter. Maar ook: met de deurknop in de hand nog iets vragen, wat aangeeft dat je last

hebt van de discipline in de spreekkamer.

- Accentueren: de neiging om bepaalde symptomen te overdrijven om zo toch gehoord te worden en de dokter te beïnvloeden en te sturen.

- „Brenge(n)”: het probleem mag niet triviaal klinken, anders voel je je schuldig omdat je te veel van dokters kostbare tijd zou kunnen gebruiken. Dat jouw tijd ook wel eens kostbaar zou kunnen zijn, vergeet je maar al te snel als je in de sfeer van dokters en ziekten bent.

19. Beïnvloeding. Het beïnvloeden van de dokter door de patiënt gaat vaak op bedekte wijze, onder een vernisje van dociliteit (ja dokter, nee dokter). Of de patiënt doet net alsof hij zal doen wat de dokter wil, maar eenmaal buiten besluit hij zelf wat er met het advies zal gebeuren. De dokter kan als expert een meer directe controle uitoefenen op de patiënt. Hij neemt vaker het woord „moeten” in de mond. Bijvoorbeeld: „Dan moet u die pillen driemaal daags innemen.” Patiënten zullen niet gauw zeggen: „Nu moet u voor mij een verwijfskaart uitschrijven.”

Dat de patiënt op veel bedektere wijze invloed uitoefent dan de dokter, betekent nog niet dat de patiënt ook minder invloed zou hebben. Wel beschouwd is moeilijk uit te maken in welk geval het uiteindelijke effect het grootst is.

20. Normaal. Een beroep doen op wat normaal is, is ook een manier om de dokter aan te zetten tot gewenst gedrag („Het is toch niet normaal, dokter, dat ik al drie dagen..., dus nu dacht ik dat u...”). Dokters zijn scheidsrechters op het grensgebied tussen ziek en gezond en wanneer je iets van hen gedaan wilt krijgen, moet je hen op die deskundigheid aanspreken.

21. Verbaal geweld. Soms probeert een dokter met enig verbaal geweld de uitingen van angst van een patiënt te beteugelen. Dat speelt zich met name af als iemand bang is een ernstige ziekte te hebben. De rol van expert valt bij een ziekte als kanker in duigen; dokters zijn daar niet zo goed tegen opgewassen. Dan maar net doen alsof er niets aan de hand is; per slot van rekening vinden we nog steeds dat een angstige dokter én een angstige patiënt geen goed paar vormen. Zo kan een dokter het haast nooit goed doen.

22. Wat zijn nu de beperkingen die eigen zijn aan het consult?

- Wat zich zoal kan afspeelen tussen de

dokter en de patiënt wordt beperkt door het feit dat het consult plaatsvindt in het territorium van de dokter.

- Ook is er een beperking die samenhangt met een verschil in competentie tussen dokter en patiënt.

- De tijdsdruk heeft eveneens een belangrijke beperkende invloed.

23. Hoe komt het dat een consult toch zo'n geordende indruk maakt?

- De dokter heeft zijn dagelijkse routine; veel van wat hij met je doet, doet hij bijna automatisch.

- Een zekere emotionele vlakheid van de zijde van de dokter zorgt voor orde en rust; hij zorgt ervoor dat er geen dramatische toestanden ontstaan.

- De patiënt vertoont een soort zwakke afspiegeling van een shock-reactie. Door nervositeit en angst en door de druk van de tijd komt er weinig uit hem. Pas achteraf weet hij hoe hij had willen reageren. Ogenscheinlijk lijkt zo'n consult dan netjes te verlopen.

- Als patiënt heb je bij de dokter een zekere angst je beheersing te verliezen. Die angst leidt ertoe dat je je maar helemaal inhoudt.

- Het zo typerende sussen, bagatelliseren en geruststellen van de dokter moeten ervoor zorgen dat er geen al te gekke (emotionele) dingen gebeuren op het spreekuur.

- Een dokter en een patiënt hebben vaak een stereotiepe wijze van gespreksvoering, waardoor het consult iets geordends en voorspelbaars krijgt.

- Zoals gezegd, de gevoelsuitingen van beide deelnemers hebben iets gecontroleerd. Het maken van grapjes is ook een manier om elkaar iets in gecontroleerde, maar bedekte termen duidelijk te maken. Een goed verstaander heeft maar een half woord (een grapje) nodig.

- Het beëindigen van het consult door de dokter gebeurt vaak ook routinematig. Iedere dokter heeft daarvoor zo zijn typerende manier van doen (gaan schrijven, een recept overhandigen, de handen wassen).

Na het consult

24. De macht van de patiënt. Na het consult heeft de patiënt veel meer macht over de dokter – al is die macht dan indirect – dan tijdens het consult. Zo doet in mijn omgeving een verhaal de ronde over een particuliere patiënt die slechts tien gulden voor een consult wilde betalen: achteraf gezien vond hij het betreffende consult niet meer waard. Of je het advies van de dokter opvolgt, de voorgeschreven medicijnen ook vol-

gens zijn voorschrift gebruikt, hangt af van je waardering voor hetgeen zich tijdens het consult heeft afgespeeld. Je toetst het consult aan je verwachtingen vóór het consult. Als patiënt heb je enige tijd nodig om hetgeen gebeurd is tijdens het spreekuur op een rijtje te zetten, te begrijpen en er een eindoordeel over te hebben. Discussie met huisgenoten en anderen speelt daarbij een rol. Dan wordt ook weer eens scherp gesteld wat de dokter eigenlijk had horen te doen. Ook gezondheidsrubrieken in dag- en weekbladen, de televisie en de medische encyclopedie spelen een rol bij het vormen van een oordeel over het afgelopen consult. Had de dokter het wel bij het rechte eind? Heeft hij wel het juiste medicijn voorgeschreven?

25. Stille onenigheid. Wanneer het geloof in de competentie van de dokter niet groot is, is de kans klein dat zijn advies zonder meer wordt opgevolgd. Ook wanneer het de dokter niet is gelukt de patiënt te overtuigen van zijn visie op de klachten, is het nog maar de vraag wat de patiënt gaat doen met het advies van de dokter. Tijdens het consult zullen zich zelden openlijke meningsverschillen voordoen tussen een dokter en zijn patiënt, maar des te groter is de stille onenigheid na het consult. Meestal wordt er geen open kaart gespeeld.

26. Mensen hebben zelf ideeën over medicijngebruik. Dat bepaalt ook weer of het advies wordt opgevolgd. Vaak wordt de apotheker gebruikt om aanvullende informatie te verkrijgen, of om kritiek op de dokter te verifiëren.

27. Roddelen over dokters. Na het weer vormen dokters, ziekte en gezondheid het meest gehanteerde gespreksonderwerp. Dat is niet zo verwonderlijk, want het gaat dan ook over de heren en meesters over leven en dood. Roddelen, in dit verband gezien, heeft de volgende functies:

- Roddelen is bedoeld om gehoor te vinden; het heeft voor dat gehoor ook een waarschuwend element in zich („Dit is mij overkomen, het kan jou ook overkomen”).

- De actieve rol die de patiënt speelt in de situatie die de roddel verbeeldt, is een manier om de werkelijkheid waarin de patiënt onmachtig was, ongedaan te maken. De eigen integriteit wordt zo hersteld, het eigen gezicht gered.

- Bij het roddelen wordt een zwart-wit verdeling gehanteerd. De patiënt doet in het verhaal alles goed en de dokter

alles fout. Ambivalente gevoelens, zowel ten aanzien van je zelf als ten aanzien van de dokter, worden zo omzeild.

- In de roddel is vaak sprake van overdrijving; dat gebeurt om een gewenst effect bij de toehoorders te bereiken.
- Bij het roddelen kunnen grieven gelucht worden zonder gevaar voor revanche.
- De kritiek die door middel van het roddelen geuit wordt, stelt ook normen, stuurt de verwachtingen: zo hoort het, zo moet het. De roddel heeft een moraal, biedt een les.
- Het belachelijk maken van de dokter-professional heeft ook te maken met macht- en statusverschillen, met het weer in evenwicht brengen van de macht-onmachtbalans.
- In tegenstelling tot wat er gebeurt bij het consult zijn de roddels gecentreerd rond een openlijk conflict, dit als middel om de ongelijkheden weer in evenwicht te brengen.
- Wat ook tot uitdrukking wordt gebracht in de roddels, is dat er een zeker seksueel antagonisme bestaat, dat bijdraagt aan de bedekte conflicten in de arts-patiënt relatie. Meestal gaat het over vrouwen die bij mannelijke dokters komen, waarmee de genoemde macht-onmachtbalans een speciale kleur krijgt, en nog eens meer uit zijn evenwicht gehaald wordt.
- In het roddelen zit een zeker berusten besloten. Het is een machtige aanval in woorden op de professional, maar van een veilige afstand.

28. Toegang hebben tot de dokter en tot wat hij te bieden heeft is waar het om draait in de interactie van dokters en hun patiënten. De beschikbaarheid van het grote goed dat de dokter te bieden heeft, wordt onder controle gehouden door:

- de organisatie van de praktijk;
- de regels die gelden in de spreekkamer, de routine van de dokter;
- de hulpkrachten van de dokter; deze fungeren vaak als een soort poortwachters, zij hebben een bufferfunctie;
- concurrentie tussen de patiënten onderling, in verband met de beperkt beschikbare tijd van de dokter.
- een verschil in geïnvolveerdheid: wat voor jou acuut is omdat je er op dat moment last van hebt, is voor de dokter routine.

29. Controle. Door zijn positie als professional heeft de dokter controle over de toegankelijkheid van de behandelmogelijkheden en de informatiestroom.

30. Rolverdeling. Het geven van een recept onderstreept nog eens de rolverdeling tussen arts (gever) en patiënt (ontvanger).

31. Lekendiagnostiek en leken therapie. Het mee laten spelen van de lekendiagnostiek en leken therapie in het hulpverleningsproces is zo'n gevoelige zaak voor de professional, omdat daarmee voor de leek voelbaar wordt hoe betrekkelijk de „meerwaarde” van de dokter is; een dergelijke handelwijze gaat namelijk lijnrecht in tegen de gewone werkwijze en het mystificeringsritueel van de professional.

32. Laatste waarheden. Artsen zijn gewend ons de laatste waarheden te vertellen over belangrijke aspecten van ons leven. Door de wettelijk gesanctioneerde autonomie van hun beroepsgroep lijken zij mij daarin onkwetsbaarder dan politici en geestelijke voormannen, die ook pretenderen te weten wat goed voor ons is.

33. Geselecteerde informatie. Door selectief om te gaan met de beschikbare informatie beheerst de dokter de toegankelijkheid van de relevante kennis (divide et impera). Waarom de arts niet meer informatie aan de patiënt kan geven, wordt meestal uitgelegd met rationalisaties als:

- je maakt er patiënten onnodig angstig door;
- ze begrijpen het niet;
- het kost te veel tijd.

34. Geruststelling. Er wordt vaak geruststelling geboden in plaats van een verklaring. Ook een manier om de relatie scheef te houden.

35. Steeds hetzelfde. Wat is de reactie van patiënten op dit alles? Steeds weer hetzelfde vragen, dezelfde klachten noemen, de klachten overdrijven. Ook het reeds vermelde roddelen kan je zien als een reactie.

36. Competentieverschil. Er is inderdaad een competentieverschil tussen dokter en patiënt. Maar het benadrukken van dat verschil dient vaak om te verdoezelen dat de kennis en kunde van de dokter maar beperkt zijn. Er zou een zekere competitie kunnen zijn tussen enerzijds de lekendiagnostiek en -therapie en anderzijds de kennis en kunde van de expert. Deze competitie is echter meestal verstopt achter het bloedserieuze spel van „jij bent de dokter en ik zal me als patiënt gedragen”. Hier-

door kan de dokter zijn geloof in zichzelf behouden, zijn professie idealiseren en de kennis blijven monopoliseren. Wanneer hij mensen treft die hier niet zo gemakkelijk in meegaan, heeft hij de mogelijkheid zijn bereikbaarheid en de beschikbaarheid van het grote goed waarvoor hij staat, te controleren: En de patiënt wordt steeds zo behandeld, dat hij goed voelt wie nu eigenlijk de dokter is.

37. Controle door de patiënten. De zogenaamde autonomie van de professional is ook betrekkelijk, want patiënten oefenen op hun beurt controle uit op hun dokters door:

- te beslissen of zij een dokter zullen raadplegen;
- te kiezen wie zij zullen consulteren;
- een bepaald beeld van zichzelf te presenteren; hierdoor beheerst ook de patiënt een deel van de informatiestroom;
- uit te maken wat zij zullen doen met de adviezen van de dokter.

38. Beperkingen. Maar voor de patiënt zitten er ook beperkingen aan het knabbelen aan de autonomie van de professional. Deze beperkingen zijn gelegen in:

- De professionele ideologie, het systeem van overtuigingen en ideeën die dokters hebben ten aanzien van de mens, zijn ziekten en de behandeling daarvan. Deze professionele ideologie voert de hoop hoog in zijn vaandel; de dood moet erin ontbreken. Men zegt wel dat de dokter een apostolische functie vervult: patiënten moeten de dokter volgen, want deze weet wat goed voor hen is.
- De medische professie heeft een wettelijk geregeld monopolie over de hulpbronnen (kennis en therapie). Ook dit geeft een beperking aan de patiënt in zijn pogingen de dokter te beïnvloeden.
- De wijze waarop de gezondheidszorg in een land als het onze is georganiseerd, vormt eveneens een beperking van de invloed van de patiënt.

39. Individualiserende uitwerking. De gezondheidszorg heeft een individualiserende uitwerking op de patiënt. Daardoor is het moeilijk tot collectieve acties te komen en zo veranderingen te bewerkstelligen. Wanneer het wel tot een collectief verzet tegen de professional komt, gaat het meestal om het ter discussie stellen of iets (bijvoorbeeld homoseksualiteit) wel of niet tot het terrein van de ziekten behoort en daarmee een zaak van dokters is.

40. *Opvoeding*. Ook door (gezondheids)opvoeding kunnen patiënten mondiger worden, waardoor wellicht meer openlijke conflicten zullen ontstaan.

41. *Deelnemer of ontvanger*. Het zal duidelijk zijn geworden, dat het een enorm verschil maakt of de arts de patiënt ziet als een strategisch opererende deelnemer aan de gezondheidszorg of als niet meer dan een ontvanger van medische zorg. Het gaat niet alleen om wat er in die spreekkamer gebeurt. Juist voor en na het consult valt de invloed die de patiënt op de dokter kan uitoefenen, in al zijn consequenties te bespeuren, ook al komen beiden daar zelden rechtstreeks voor uit.

Stimson, G. and B. Webb. *Going to see the doctor: the consultation process in general practice*. Routledge & Kegan Paul, London/Boston, 1975.

Nota bene

De onvoorspelbaarheid van bezoektrouw is een bewijs te meer dat de mens een eigen vrije wil heeft.

Vanuit een oogpunt van ademregulatie is het gebruik van doorsnee plastic boterhamzakjes bij de behandeling van hyperventilatie af te raden.

(Stellingen bij: F. G. Zitman. *Trouw moet blijken*. Diss. Leiden, 1982.)

Rectificatie

In het commentaar van W. Derksen, *Nascholing: plicht en recht*, in de vorige aflevering van *Huisarts en Wetenschap*, is een storende fout geslopen door het wegvallen van het woord *niet*. De tweede zin van de vierde alinea (pagina 261) dient als volgt gelezen te worden: Dankzij het uitstekende artikel van Kooy is het niet nodig hier een uiteenzetting te geven van de organisatorische aspecten. Onze verontschuldiging aan auteur en lezers.

Vijfentwintig jaar Huisarts en Wetenschap (VIII)

M. DE GIER EN H. A. NOLET

Advertenties in Huisarts en Wetenschap: een ongemakkelijke symbiose

Menige lezer van dit maandblad zou een zucht van verlichting slaken, als *Huisarts en Wetenschap* niet langer „ontsied” zou worden door advertenties. Wanneer de produktiekosten echter volledig verdisconteerd zouden worden in de abonnementsprijs, zouden slechts weinigen zich dit tijdschrift kunnen veroorloven. Anderzijds zijn de adverteerders duidelijk geïnteresseerd in een welomschreven doelgroep, de Nederlandse huisarts. Advertenties zijn daardoor onlosmakelijk verbonden met het uitgeven van een niet gesubsidieerd *Huisarts en Wetenschap*.

Inleiding

Reclame heeft talrijke definities en kent vele vormen. Daarbij wordt de „psychologische aanpak” steeds meer toegepast. Zo vermeldde de fabrikant van een groot kosmetisch concern in Amerika: „In the factories we sell cosmetics, in the shops we sell hope.” Uiteraard tracht de adverteerder de lezer te overtuigen van het belang van zijn produkt.

De Nederlandse arts kan kiezen uit ongeveer 1400 geneesmiddelen met merknaam, om de circa 600 in ons land bekende ziekten en ziektebeelden te behandelen. Een aantal merkprodukten heeft meer dan één indicatiegebied, waardoor de arts per ziekte of ziektebeeld gemiddeld een keuze kan maken uit vijf à zes geneesmiddelen, die nog verder te verdelen zijn naar de verschillende toedieningsvormen (*Farma feiten*).

Advertenties voor uitsluitend op recept verkrijgbare geneesmiddelen mogen alleen in de medische vakbladen worden geplaatst. Een gedeelte der spécialités bestaat uit *me too*-produkten, want in een economisch aantrekkelijk marktgebied wil menigeen een graantje meepikken. Een bekend voorbeeld vormen de anticonceptiva: van de vele varianten die hiervan op de markt zijn gebracht, overtrof slechts een gering deel de reeds bestaande preparaten door een andere of betere werking.

Een aardige illustratie van dit fenomeen treffen we aan in het februarinummer

van 1979, waarin advertenties staan voor acht produkten die ieder het ideale middel tegen hypertensie zeggen te zijn; voorts worden in dit nummer vier produkten genoemd, die als eerste keus gehanteerd zouden moeten worden bij de behandeling van bronchitis.

De geneesmiddelenmarkt in Nederland kenmerkt zich door een grote verscheidenheid. Vele produkten leiden een lang leven. Het leek ons interessant na te gaan hoeveel van de in *Huisarts en Wetenschap* geadverteerde geneesmiddelen nu nog te verkrijgen zijn.

Het bleek niet mogelijk dit voor alle preparaten na te gaan, waarna werd besloten tot een vergelijking van een aantal jaren. Hiertoe werden de produkten die van september t/m december 1958 in *Huisarts en Wetenschap* werden geadverteerd, vergeleken met de gegevens in het Repertorium van 1982. Hetzelfde werd gedaan met de produkten, die van september t/m december 1970 werden geadverteerd (*tabel*). Uit deze gegevens blijkt dat het Nederlandse geneesmiddel in het algemeen een lang leven is beschoren.

Tabel. De verkrijgbaarheid in 1982 van farmaceutische produkten waarmee in september t/m december 1958 c.q. 1970 in Huisarts en Wetenschap werd geadverteerd.

Jaren	Totaal aantal produkten	In 1982 nog in de handel
1958	67	35 (52%)
1970	104	88 (85%)