

Praten met patiënten

Een geschiedenis

ANNEMARIE MOL

Huisartsen praten met patiënten. Dat is in Nederland vanaf het begin van de profilering van 'huisartsgeneeskunde' als apart vak door de woordvoerders van het vak benadrukt. Maar wat wil dat zeggen, 'praten'? Waar gaat het om? Hoe doet het huisartsen verschillen van specialisten in het ziekenhuis? Wat zijn er de sociale consequenties van? Daarover zijn in de loop der jaren de meningen veranderd. Geïllustreerd door citaten uit oude jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* wordt in dit artikel een schets gegeven van die veranderingen.

Mol A. Praten met patiënten. Een geschiedenis. *Huisarts Wet* 1991; 34(7): 306-10.

Dr. A. Mol, geneeskundige-filosoof, Rembrandtkade 39, 3581 TP Utrecht.

Inleiding

Een geschiedenis van veertig jaar in een paar pagina's samenvatten brengt onvermijdelijk met zich mee dat er nuances verloren gaan. Wat hier volgt, gaat bovendien voorbij aan heel wat meningsverschillen die destijds voor de betrokkenen van het grootste belang waren, terwijl andere meningsverschillen die toen bijkomstigheden leken, wél worden genoemd. De lezer zij gewaarschuwd. Dit artikel biedt geen trouwe opsomming van alles wat er in *Huisarts en Wetenschap* zoal over 'praten' is geschreven, maar probeert structuur in het verleden aan te brengen.

Welke structuur? Het gaat hier niet om een historisch overzicht dat stap voor stap laat zien hoe we tot onze huidige 'juiste inzichten' zijn gekomen. Al evenmin wordt hier de teloegang betreurd van een verleden dat voorgoed voorbij is. Het is de bedoeling om de historische achtergrond naar voren te halen van de termen waarmee het in de huisartsgeneeskunde ook nu nog over 'praten' gaat. Hoe komt de huidige huisartsgeneeskunde aan haar taal? Kennis van de context waarin hedendaagse termen voor het eerst gebruikt werden, geeft hopelijk meer zicht op zowel hun kracht als hun beperkingen.¹

Symptomen van de psyche

Ook in de eerste helft van deze eeuw vertelden patiënten aan hun artsen waar het pijn deed en wanneer hun klachten begonnen waren. Met behulp van die woorden bepaalden medici hun blikrichting. De lokalisatie van de pijn leerde hen in welk orgaan er iets mis kon zijn en wees samen met de ziektegeschiedenis de weg naar de diagnose.² Wanneer er op de aangewezen plaats geen pathologische anatomie te vinden was, raakte menig arts geïrriteerd. Voor 'beuzelarijen' hadden dokters geen tijd. Ze stuurden de 'zeurende' patiënt naar huis en zeiden: 'U mankeert niets'.

In de loop van de jaren vijftig groeide er onder huisartsen onvrede met deze gang van zaken. Behalve 'profiteurs' werden door de afwijzende toon ook 'neurotici' getroffen, schreven ze. Dat was niet goed. Als een patiënt lichamelijk niks mankeerde

en toch kwam klagen dan was er iets aan de hand in een ander domein: dat van de psyche. Huisartsen waren de juiste figuren om dat domein te betreden: 'want het is de huisarts die als algemeen geneesheer het eerst en het meest intensief met de algemeen menselijke (en niet uitsluitend medisch-technische) problematiek van deze patiënten wordt geconfronteerd' (1957-58; 1: 261).^{*} De specialisten in het ziekenhuis kregen telkens nieuwe apparaten en nieuwe specialistische kennis tot hun beschikking. Door 'neurotici' niet langer weg te sturen maar te behandelen, konden huisartsen niet alleen veel goeds doen, maar bovendien op hun beurt hun 'takenpakket' aanvullen.³ Het nieuwe ideaalbeeld werd in het jonge *Huisarts en Wetenschap* als feit gepresenteerd: '[De huisarts] onderscheidt de echt somatische ziektebeelden, de relatiestoornissen van de patiënt met zijn milieu, afwijkingen in de psychische kwaliteiten en mogelijkheden, onvolgroeidheden in de persoonlijkheidsstructuur en onbevredigdheden van de mens over het functioneren van zichzelf en uiteraard weer vele mengvormen' (1958-59; 2: 63).

Voor het waarnemen van al deze psychische mogelijkheden was praten onontbeerlijk. Weliswaar viel een depressie ook aan iemands gebogen houding of slonzige huis af te lezen, praten bood toch een meer directe ingang in het 'karakter' of het 'gevoelsleven' van de patiënt. Dat kwam niet doordat patiënten in staat waren al pratende de waarheid over hun psyche uit te spreken. Niet zozeer de openlijke, maar vooral de verborgen boodschappen onthulden het wezen van een mens. Arsten moesten daarom goed leren luisteren. 'Het vereist training om een opmerking die over een bepaalde materie wordt gemaakt, niet alleen te beschouwen vanuit deze materie, maar ook vanuit de persoon, die deze opmerking maakt' (1962; 5: 237). Net als lichamelijke afwijkingen spraken ook persoonlijkheden – voor wie zich in het luisteren bekwaamd had – uit hun 'symptomen'.

^{*} De citaten uit *Huisarts en Wetenschap* zijn steeds verantwoord met de vermelding van jaar, volumenummer en pagina.

Voertuig van de relatie

Luisteren kwam eind jaren vijftig, begin jaren zestig in *Huisarts en Wetenschap* ter sprake als een middel om kennis te vergaren over de psyche van patiënten. Terwille van deze kennisvergaring was het nodig patiënten aan de praat te krijgen. Mensen gaven zichzelf niet zomaar bloot. Omdat een huisarts zonder gespreksvaardigheid niet veel te weten kwam, werden de lezers van *Huisarts en Wetenschap* aangespoord op dit vlak iets bij te leren: 'De moeilijkheden, welke de huisarts op zijn werk ontmoet, zijn voor een belangrijk deel het gevolg van de wijze, waarop hij tijdens zijn opleiding heeft geleerd te denken en te communiceren, of misschien beter gezegd: niet heeft leren denken en communiceren. De groepsbesprekingen zijn zeer geschikt om de communicatie te verbeteren' (1963; 6: 97).

De hier genoemde groepsbesprekingen waren geïntroduceerd om problemen met diagnostiek en therapie te bespreken. De betrokken huisartsen vergrootten dankzij de besprekingen in één moeite door hun vaardigheid in het communiceren.

Terwijl het voeren van een goed gesprek om te beginnen diende om kennis op te doen over de persoon van de patiënt, kwam daar al vlug een tweede doelstelling bij. 'Het gesprek is vooral zo belangrijk omdat de relatie met de patiënt voor een groot deel in – en door middel van – het gesprek wordt opgebouwd en deze relatie weer een voorwaarde is voor een therapeutisch resultaat' (1961; 4: 279). Praten was niet alleen een toegang tot de persoonlijkheid van de ander, maar ook een manier om met die ander een relatie aan te gaan. 'Tussensamenlijke verhoudingen' verdrongen in de jaren zestig 'de persoonlijkheid' uit het centrum van de belangstelling. In *Huisarts en Wetenschap* ging het in die tijd over verhoudingen tussen gehuwden, tussen ouders en kinderen, tussen collega's op het werk. En ten slotte was er de verhouding tussen arts en patiënt: die kreeg de meeste aandacht. De arts-patiënt relatie was een bijzondere relatie, een voorwaarde voor, of zelfs een voertuig van, de therapie die huisartsen te bieden hadden. Als de relatie goed was, konden woorden helen. 'Niet

alleen daden, ook woorden worden van de huisarts verwacht. Hij is de psychotherapeut par excellence. Hij zal het onderzoek van het lichamelijk nooit verwaarlozen, hij zal overeenkomstig zijn bevindingen handelen en spreken, maar vooral luisteren en zich bedienen van de taal' (1964; 7: 417). Huisartsen werden in de jaren zestig in *Huisarts en Wetenschap* opgeroepen om patiënten al pratende te helpen met het oplossen van hun problemen.

De maatschappij

Patiënten hebben veel problemen. Begin jaren zeventig waren, net als talloze anderen in die tijd, veel Nederlandse huisartsen onder de indruk van de ellende die het leven voor de meeste mensen in petto heeft. Sommige van deze huisartsen hanteerden de term 'problemen' als een overkoepelende categorie waaronder ook 'problemen die verband houden met lichamelijke ziekten' vallen. Anderen maakten een scherp onderscheid tussen 'ziekten' en 'leefproblemen' die niets met pathologie te maken hebben. Beide groepen meenden dat veel problemen aan 'de maatschappij' te wijten zijn.

Wat moesten huisartsen die zich geconfronteerd zagen met overstelpende ellende, doen? Er waren er die pleitten voor voorzichtig manoeuvreren. Huisartsen moesten zich buiten de maatschappelijke conflicten houden. 'Polariserende tendensen in de maatschappij vereisen van de huisarts soms schrandere stuurmanskunst. Het is zijn opdracht mensen, die averij oplopen in arbeids-, generatie- of andere conflicten, te helpen. Het front waaraan hij werkt is inmiddels gesplitst in twee fronten. Om in deze situatie mensen tot hun recht te laten komen, moet hij tactisch manoeuvreren tussen de neutraliteit van de witte jas, de strijd tegen een in de maatschappij gelocaliseerd ziekmakend agens (of ziekmakende "agent") en de partijdigheid van een geëngageerd deelnemer aan het maatschappelijk leven. Polarisering in de verhouding arts-patiënt zou uit den boze zijn' (1973; 16: 253). Anderen echter vonden dat huisartsen uitdrukkelijk partij dienden te kiezen. Voor hun patiënten wel te verstaan. 'Niet alleen moeten de patiënten,

casu quo cliënten worden geholpen, doch ook de maatschappij dient kritisch te worden bezien, met name in hoeverre leefbare situaties worden geschapen. Het inventariseren, systematiseren en politiseren van de psycho-sociale noden in en van de samenleving is een taak van de werker in de eerste lijn van de gezondheidszorg; hiertoe behoort ook de huisarts' (1971; 14: 28).

Wie zich begin jaren zeventig afvroeg hoe het verder moest, kon kiezen tussen 'tactische manoeuvreren' en 'politiseren van psycho-sociale noden'. Maar niet iedereen vroeg zich af hoe het verder moest. Sommigen stelden een andere vraag. Zij wilden niet weten 'wat moeten we doen?' maar 'wat doen we eigenlijk?'; niet 'waar moeten we gaan staan?' maar 'waar staan we eigenlijk?' Hun antwoord op die vraag was dat medici een deel van 'de maatschappij' zijn. Ze vertelden dat de gezondheidszorg deel uitmaakt van 'de structuren'. 'De voorstelling van zaken, als zou de gezondheidszorg een "neutraal" geïsoleerd terrein zijn waarop uitsluitend in individuele relaties hulpvragers en hulpverleners met elkaar contact hebben, is bedrieglijk onjuist. De gezondheidszorg maakt deel uit van de totale sociale en economische orde van onze samenleving en is niet "neutraal"' (1977; 20: 5). Wie zich blindstaart op de 'individuele relaties' tussen arts en patiënt, bedriegt de boel – of op zijn minst zichzelf.

Terwijl huisartsen in de jaren zestig hun eigen 'emoties' thematiseerden en aan 'psychologische zelfreflexie' deden, hielden ze er in de jaren zeventig een 'sociologische zelfreflexie' op na.

Het sociologisch wantrouwen ten aanzien van de eertijds zo zorgvuldig gekoesterde relatie klonk behalve in politieke ook in laconieke termen: 'Het is mijns inziens zo dat de artsen het veel drukker hebben met die "unieke" arts-patiënt relatie (merkwaardigerwijze niet "patiënt-arts relatie") dan de patiënten zelf. De patiënten houden van hun dokter of zien hem liever niet, maar zij zijn zich niet bewust van iets unieks in de relatie' (1974; 17: 447).

Wat betekent deze plotseling afstandelijkheid voor de status van het 'praten', tevoren gevierd als medium van de arts-patiënt relatie? Om die vraag te beantwoorden is

een kleine omweg nodig. Om te begrijpen hoe het begin jaren zeventig in *Huisarts en Wetenschap* over 'praten' ging, moeten we ons verdiepen in de aard van de bezwaren tegen 'de maatschappij' die in die tijd de ronde deden.

De hulpvraag

Mensen die menen dat huisartsen tussen de sociale conflicten door dienen te laveren én zij die als huisarts partij voor hun patiënten willen kiezen, gaan ervan uit dat 'de maatschappij' mensen ellende bezorgt. Ze wijzen op de hoge flats en gehorige huizen waarin hun patiënten wonen, op de vervreemdende arbeid die ze verrichten, op de strenge seksuele moraal waaronder ze gebukt gaan, en nemen zich voor ook de andere (maatschappelijke) bronnen van ellende op te sporen. Hun kennis over de ziekmakende elementen van de samenleving willen deze huisartsen doorgeven aan de mensen die aan de touwtjes trekken, zodat die er wat aan kunnen doen. Of ze voeren 'sociale actie' om veranderingen te bewerkstelligen. Of – weer een andere mogelijkheid – ze trachten hun patiënten te ondersteunen wanneer deze in verzet komen tegen de 'knellende structuren'.

De auteurs in *Huisarts en Wetenschap* die benadrukken dat ook de gezondheidszorg zelf een stukje van 'de maatschappij' is, hebben een andere diagnose van het feilen van de samenleving. Zij wijzen niet op de ellende, maar op de afhankelijkheid van hun patiënten. 'De maatschappij', zeggen ze, berooft mensen van hun 'zelfstandigheid'. Medici zijn in dit plaatje haast exemplarisch voor het kwaad: zij beslissen en doen maar van alles voor hun patiënten, over de hoofden van die patiënten heen.

Het is dit tweede perspectief dat gaandeweg de overhand krijgt. Zelfs 'sociale actie', oorspronkelijk bedoeld om 'ellende' te bestrijden, wordt tenslotte geherinterpreteerd in termen van 'afhankelijkheid': 'Wij begonnen sociale actie steeds meer te beleven als een afleidingsmanoeuvre. De hulpverleners zagen een toenemende discrepantie tussen hun doelstelling (het 'bevrijden' van de patiënt) en het feitelijk gebeuren in de hulpverlening, namelijk een

blijvende afhankelijkheid van de patiënt' (1980; 23: 387).

Vanuit dit perspectief wordt het een belangrijke opdracht voor huisartsen om niet voor hun patiënten uit te maken welke ze hulp nodig hebben, maar om na te gaan wat die patiënten zelf eigenlijk willen. 'Relevant is ten slotte datgene wat de cliënt wenst. Dat is vaak niet direct duidelijk en in dat geval moeten cliënt en werker samen uitvinden waar het eigenlijk om gaat en wat er dus moet gebeuren. Wat wil de patiënt of cliënt eigenlijk?' (1972; 15: 24). De huisarts doet er onverstandig aan om op alle ellende van zijn patiënten in te gaan. Dat is ondoenlijk en vooral: dat willen patiënten helemaal niet. Patiënten, is nu het meest besproken idee, komen niet naar de spreekkamer om hun hele leven omver te laten gooien. Ze willen niet alle mogelijke hulp, maar hebben een afgebakende hulpvraag. En huisartsen moeten hun hulpverlenings-enthousiasme beperken en alleen antwoord geven op de hulpvraag die de patiënt stelt.

Het is hier dat 'praten' in de huisartsgeneeskundige discussie van de jaren zeventig opnieuw een plaats krijgt. Het gesprek als medium van de 'arts-patiënt relatie' heeft aan belangstelling ingeboeid; het gesprek levert nu de metafoer waarmee het 'hulpverleningscontact' wordt getypeerd. Wat patiënten in de spreekkamer komen doen, is een 'hulpvraag' stellen en de goede raad, de kleine chirurgische ingreep, het recept of de verwijfsbrief waarmee de huisarts reageert, vormen een 'antwoord' op die vraag. Aan 'gesprekstechniek' heeft een goede huisarts niet langer genoeg. (Aanstaande) huisartsen leren vanaf halverwege de jaren zeventig 'hulpverleningstechniek': het is de bedoeling dat ze structuur kunnen aanbrengen in 'het hulpverleningscontact'. Terwijl gesprekstechniek erop gericht was de relatie te verdiepen en zo mogelijk een therapeutische kracht te geven, heeft het structuren van het 'hulpverleningscontact' een politiek-agogische bedoeling. Waar het om gaat, is de patiënt zo vrij te laten als maar kan.

Het meest uitgesproken in deze zijn de ontwerpers van het 'methodisch werken':

'Deze algemene methode van hulpverlening omvat:

- een klacht wordt samen met de patiënt verhelderd: is er wel sprake van een vraag om hulp?
- de huisarts adviseert de patiënt bij de besluitvorming over de hulpverlening: welke hulp is geboden?
- de patiënt besluit uiteindelijk wat er gaat gebeuren (tenzij er dringende redenen zijn hiervan af te wijken (...): de hulpverlening gaat niet verder dan de patiënt wil!' (1978; 21: 324).

Mondigheid

De huisartsen die in *Huisarts en Wetenschap* aan het woord komen, willen in het begin van de jaren zeventig eerst de maatschappij in haar geheel en vervolgens op z'n minst hun eigen werkwijze veranderen, om ruimte te scheppen voor de wil van hun patiënten. Eind jaren zeventig ligt dat anders. Dan willen de auteurs in *Huisarts en Wetenschap* niet langer 'de huisarts' maar 'de patiënt' veranderen. Die patiënt, zo heet het dan, moet mondiger worden.

De eerste variant van het bevorderen van de mondigheid van de patiënt is een therapeutische. Ditmaal ligt de nadruk niet op het vermogen om te praten van de dokter, maar op het vermogen om te praten van de patiënt. 'Leren praten' wordt een doelstelling van therapie. Wie kan praten, kan 'zich uiten' en hoeft de problemen van het leven niet op te kroppen of weg te eten. Net zoals huisartsen in de jaren zestig in een gespreksgroep leerden communiceren, leren patiënten in de jaren zeventig praten in de hoge- bloeddrukgroep of de vermageringsgroep. 'Het vermageringsresultaat is iets beter dan bij een individuele begeleiding. Duidelijker vallen de veranderingen op doordat men in een groep heeft gefunctioneerd: men gaat sociale activiteiten ontwikkelen. Men heeft leren praten over problemen, nu weliswaar naar aanleiding van het gewicht, maar dit zal mogelijk ook doordringen tot andere probleemgebieden' (1975; 18: 299).

De tweede vorm van mondigheid die veel auteurs in *Huisarts en Wetenschap* graag zouden zien groeien, is niet zozeer een doel van goede hulpverlening, als wel

een voorwaarde daarvoor. In een verslag van een bijeenkomst van chronische patiënten lezen we: 'Van de artsen naar de (chronische) patiënten toe werd het volgende opgemerkt: de patiënten moet lastiger (mondiger) worden; de arts heeft feedback nodig; patiënten moeten bewuster worden, maar niet via de arts; de patiënt moet zijn vragen en problemen duidelijker formuleren, de arts wil wel (...)' (1977; 20: 382). Patiënten, zo klinkt hier net als een aantal jaren tevoren, moeten hun eigen wil uitspreken. Het punt is ditmaal echter niet dat huisartsen patiënten daartoe de ruimte moeten *geven*, maar dat patiënten de ruimte moeten *nemen*. Patiënten moeten 'bewuster moeten worden, maar niet via de arts'. Ze moeten, glashard en liefst glashelder, zeggen wat ze te zeggen hebben.

Het is vooral deze tweede vorm van 'mondigheid' waar eind jaren zeventig vol verlangen over geschreven wordt. Het zelfverwijt 'we maken de patiënten afhankelijk' maakt plaats voor een verwijt aan het adres van de patiënt: die duwt de dokter op een voetstuk. Het is de patiënt die graag wil dat de dokter alles regelt wat er te regelen valt. Daar dient een goede huisarts zich tegen te verweren: 'hij zal de verantwoordelijkheid die de patiënt op hem afschuift, moeten teruggeven aan de patiënt' (1976; 19: 142). Patiënten, zo is het idee, zullen weerstand bieden: 'Deze nieuwe houding wordt de arts niet in dankbaarheid afgenomen. De patiënt reageert meestal met verontwaardiging en afwijzing' (1976; 19: 142). Patiënten maken het zichzelf het liefst gemakkelijk. Ze willen helemaal niet 'mondig' worden.

De 'wil van de patiënt' geldt eind jaren zeventig niet langer als een verdrukte grootheid, die in de knel wordt gebracht door de maatschappij in het algemeen en de gezondheidszorg in het bijzonder. Het is een teleurstellend fenomeen. Patiënten articuleren niet wat ze willen. Of, paradoxaalwijze, ze willen willoos zijn, gekoesterd worden. En in deze context verandert ook de term 'hulpvraag' van betekenis.

Informatie

Dat patiënten hun problemen slechts bij de gratie van een goede gesprekstechniek van

hun huisarts ter sprake brengen, schrijft begin jaren tachtig niemand meer. Ook de overtuiging dat patiënten maar voor een fractie van de talrijke problemen die hen plagen hulp zoeken, lijkt 'vergeten'. In plaats daarvan gaat het er in *Huisarts en Wetenschap* over dat patiënten verantwoordelijkheid graag 'afschuiven' en alle hulp verlangen die ze krijgen kunnen. Dat brengt met zich mee dat de term 'hulpvraag' niet meer geschikt is om het object van hulpverlening mee af te bakenen. De 'hulpvraag' gaat begin jaren tachtig door voor een onbegrensde grootheid.

Wat huisartsen tegenover de onbegrensde vraag van hun patiënten stellen, heet geen 'antwoord' meer. De metafoor van het vraag- en antwoordspel maakt plaats voor een economische metafoor: tegenover 'vraag' staat voortaan 'aanbod'. Al voordat de bezuinigingen toeslaan, discussiëren huisartsen er in *Huisarts en Wetenschap* over hoe ze een zinvolle beperking van het 'hulpaanbod' kunnen realiseren. De gangbare ingrepen verdienen een kritisch beoordeelde: alleen aanbod dat werkelijk iets uithaalt, mag geleverd worden. Als huisartsen niets te bieden hebben, doen ze er het beste aan de patiënt naar huis te sturen, niet onder het mom van 'u mankeert niks', maar met de woorden 'het spijt me, ik kan niks voor u doen'.

Ook in de profilering van huisartsen ten opzichte van specialisten ligt de nadruk begin jaren tachtig op het aanbod. Het verschil met de specialisten dat benadrukt wordt, is niet langer de directe toegang van huisartsen tot de persoonlijkheid van de patiënt, de diepte van hun arts-patiënt relaties, hun positie dicht bij het sociale leven van 'de mensen'. Huisartsen hebben een eigen type zorg te bieden: kleinschalige zorg, handwerk. Dat moet voor hen een reden zijn niet te veel patiënten door te sturen. 'Het is daarom – met verontschuldiging voor de "huishoudelijke vrijheid" – onze verantwoordelijkheid als huisartsen onze eigen "eerstelings-aardappelen" te schillen en die niet naar de tweede lijn te transporteren omdat ze daar over een machinale schrapmachine beschikken' (1981; 24: 367).

'Praten' verliest in de huisartsgeneeskunde van de jaren tachtig al met al haar

vooraanstaande plaats in de publieke profilering van het vakgebied. Het gesprek staat niet langer, metaforisch, voor wat er in een hulpverleningscontact gebeurt. En nadat de 'vraag en aanbod' terminologie eenmaal is ingeburgerd, wordt ook de preoccupatie met de 'mondigheid' van patiënten minder sterk. De verontwaardiging over mensen die 'weigeren verantwoordelijkheid te dragen' neemt in de loop van de jaren tachtig af. De economische metafoor indachtig zijn patiënten 'klanten'. En de 'leveranciers van zorg' onderhouden met hun klanten liefst zakelijke betrekkingen.

De 'eigen verantwoordelijkheid' van patiënten waar het in de jaren tachtig nog wél over gaat, wordt bovendien niet langer onder de talige term 'mondigheid' gevangen. Waar patiënten eind jaren zeventig moesten (leren) praten, worden ze in de jaren tachtig verondersteld hulp te (kunnen) verlenen. Er ontstaat onder huisartsen belangstelling voor zelfmedicatie en zelfzorg. Aan leken worden allerlei vermogens toegeschreven die tevoren slechts dokters bezaten: 'In de paragraaf lekendiagnostiek heb ik getracht duidelijk te maken dat ook patiënten diagnostiek bedrijven. Met die diagnostiek komen zij bij hun huisarts, soms met de bedoeling hun diagnostiek te toetsen aan die van een deskundige' (1981; 24: 175). In artikelen over de hulpverleningsmethodiek van de huisarts staat niet langer het zo goed mogelijk garanderen van de vrijheid van de patiënt voorop, maar het erkennen van de patiënt als 'probleemoplosser'. 'Wat het betrekken van de patiënt bij de hulpverlening betreft, het volgende: mede dankzij de SOEP-systeematiek is het inzicht gegroeid dat men, vooral bij diffuse klachten, alleen dan tot een goede klachtenformulering, analyse, evaluatie en plan kan komen, wanneer arts en patiënt bij het consult beide als probleemoplossers optreden. Als hulpverlener is de arts begeleider van die probleemoplossend proces' (1981; 24: 257).

Huisartsen en hun patiënten staan in de jaren tachtig in *Huisarts en Wetenschap* beschreven als leveranciers en klant of als collega's in het hulpverleningsteam. In beide gevallen geldt dat hun gesprekken doorgaan voor het uitwisselen van 'informatie'. Patiënten informeren hun huisarts over

hun klachten en de diagnose die ze zelf gesteld hebben. Huisartsen informeren hun patiënten over hun bevindingen bij het lichamelijk onderzoek, de laboratoriumuitslagen, statistieken, kansen, mogelijkheden en grenzen. Zowel patiënten als artsen bezitten kennis en zowel 'de patiënt' als 'het medisch handelen' kunnen object van kennis zijn. Praten is het middel om die kennis uit te wisselen.

Verder praten

De geschiedenis van de manier waarop er in *Huisarts en Wetenschap* over 'praten' is geschreven, staat hierboven opgetekend alsof de opkomst van iets nieuws het oude deed verdwijnen. In werkelijkheid zit dat ingewikkelder in elkaar. Oude termen blijven vaak in gebruik bij een deel van de betrokkenen of voor een deel van hun vroegere bereik. Benaderingswijzen die in een bepaalde periode domineren, worden in die tijd bovendien ingebakken in gebaren, dingen en gebruiken. Zo zijn de sporen van het streven van de jaren vijftig 'heel de mens' te kennen, ook de 'persoonlijkheid', terug te vinden in de samenwerking tussen huisartsen en maatschappelijk werkers, die oorspronkelijk vanuit dat ideaal is opgezet. Het hummen en knikken dat in de jaren zestig de arts-patiënt relatie moest verdiepen, is sindsdien ingebouwd in het repertoire van elke huisarts – kritiek op de de 'illusie van de intermenselijkheid' heeft

daar niets aan afgedaan. Het 'methodisch werken', ontworpen om patiënten vrij te laten, maakt ook nu nog deel uit van het onderwijs aan huisartsen-in-opleiding. En als binnenkort het idee dat artsen en patiënten 'informatie' uitwisselen naar de achtergrond verdwenen is, liggen er in menige praktijk nog stapels informatiefolders klaar om uit te delen.

De sporen die het verleden in het heden achterlaat, maken het de moeite waard er af en toe in terug te duiken. Maar behalve inzicht in de herkomst van tegenwoordige manieren van denken en doen, valt er aan de geschiedenis nog iets te ontfemen. Teruggaan in de tijd kan ook inspiratie opleveren voor de toekomst. Sommige zaken die stilletjes of met veel lawaai langs de kant zijn gezet, verdienen het misschien om in een ander verband opnieuw te worden opgerakeld. Misschien valt er iets voor te zeggen om de beperktheid van de mogelijkheden van huisartsen om 'zinnig aanbod' te leveren, af en toe even tussen haakjes te zetten en de huidige 'vraag' te inventariseren. Dat zou een aanzet kunnen zijn om een aan de jaren negentig aangepaste vorm te vinden voor het 'politiseren van psychosociale noden'. Misschien verdient het aanbeveling om de economische connotatie van de term 'hulpvraag' wat naar de achtergrond te duwen en de conversationele connotatie nieuw leven in te blazen. Ook zouden we de relationele en emotionele lading

van gesprekken – en niet te vergeten de 'aardigheid' – weer tot onderwerp van openbare discussie kunnen verheffen.

Zou er over 'praten' zelfs iets te leren zijn van die allereerste tijd van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de jaren vijftig, waarin 'praten' nieuw en bijzonder was? Zijn woorden nu nog steeds – of opnieuw – behalve als dragers van informatie ook als symptomen van het onbewuste te begrijpen?

Vast wel. Een cruciale verschuiving is echter dat intussen niet alleen de woorden van de patiënt, maar ook die van de huisarts en zelfs die van het vak 'huisartsgeneeskunde' gelaagd gelezen kunnen worden. Ook wat er door de jaren heen in *Huisarts en Wetenschap* geschreven werd, valt behalve vanuit 'de materie waarover het gaat', te lezen als symptoom van het vakgebied 'huisartsgeneeskunde'.

Literatuur

- ¹ Mol A, Van Lieshout P. Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen: SUN, 1989.
- ² Foucault M. De geboorte van de kliniek. Nijmegen: SUN, 1986.
- ³ Buma J. De huisarts en zijn patiënt. Grondslagen van het medisch denken en handelen [Dissertatie]. Amsterdam: Gemeente-universiteit, 1950.