

**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter  
M. Hugenholtz, arts  
Prof. dr. B. Meyboom-de Jong  
Dr. J.W.M. Muris  
W.A. van Veen, arts  
Prof. dr. J. De Maeseneer, adv.

**Eindredactie**

Drs. E.A. Hofmans/Meditekst  
Postbus 49, 8200 AA Lelystad  
Telefoon 03200 – 41 891

**Redactiesecretariaat**

Mevrouw C. Bakker-Bosman  
Lomanlaan 103,  
3526 XD Utrecht  
Postbus 3176, 3502 GD Utrecht  
Telefoon 030 – 881 700  
Fax 030 – 870 668

**Nederlands Huisartsen  
Genootschap**

Lomanlaan 103,  
3526 XD Utrecht  
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht  
Telefoon 030 – 881 700  
Fax 030 – 870 668

**Uitgeverij/advertentie-  
exploitatie**

Bohn Stafleu Van Loghum bv,  
Postbus 246, 3990 GA Houten  
Telefoon 03403 – 95 763  
Advertenties behoeven de goed-  
keuring van de redactiecommissie.  
Inzenden aan de uitgeverij.

**Abonnementen**

Intermedia bv, Postbus 4,  
2400 MA Alphen a/d Rijn  
Telefoon 01720 – 66 811  
Binnenland NLG 150,50 per jaar.  
België BEF 3.462 per jaar.  
Overig buitenland NLG 225,-  
per jaar.  
Studenten NLG 86,75 per jaar.  
Losse nummers NLG 16,25.  
Huisarts en Wetenschap ver-  
schijnt 13 x per jaar.  
Opzeggingen dienen ten minste  
twee maanden voor de aanvang  
van een kalenderjaar te worden  
gericht aan Intermedia bv.

**Adreswijzigingen**

NHG-leden aan het NHG-  
bureau; overige abonnees aan  
Intermedia bv.

**Druk**

Verweij bv, Mijdrecht.



Lid van de  
Nederlandse  
Organisatie van  
Tijdschrift-  
Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

# De visite revisited

Vijftien jaar geleden besteedde *Huisarts en Wetenschap* voor het laatst aandacht aan het huisbezoek. Terugbladerend in het rijk geïllustreerde decembernummer van 1979 werden wij vooral getroffen door de veront-rusting onder de auteurs over de sterke terugloop van het aantal huisbezoeken. Hier-voor werd onder andere als oorzaak ge-enoemd dat ziek-zijn steeds meer werd geïnstitutionaliseerd. 'Langdurig thuis' verpleegd worden komt tegenwoordig vrijwel niet meer voor' schrijft *Bremer*, en hij verwacht dat deze ontwikkeling zich verder zal doorzetten.<sup>1</sup> Anno 1994 hebben zowel de kostprijs van de institutionele zorg als de wens van de patiënt om thuis te blijven, geleid tot een groei van de thuiszorg. Toene-mend gebruik van allerlei poliklinische be-handelingsmethoden en uitbreiding van het aanbod van kruisvereniging en gezinszorg hebben ook bijgedragen aan deze groei. In het kader van die thuiszorg krijgt het huisbe-zoek nieuwe aandacht. In de Verenigde Sta-ten vormen de ontwikkelingen in de thuis-zorg het motief voor de *family physicians* om zich de vraag te stellen of het niet zinvol zou zijn toch af en toe een huisbezoek af te leggen.<sup>2</sup>

**Nut**

Wat is de waarde van het huisbezoek voor de hedendaagse huisartsgeneeskundige zorg?

*Van der Kooij* noemde in 1979 vier terreinen, waarop nader onderzoek naar het nut van het afleggen van huisbezoeken zich zou moeten bewegen:

- De relatie tussen huisarts en patiënt: de patiënt kan thuis 'meer zichzelf en meer op zijn gemak zijn', waardoor een meer symmetrische relatie tussen arts en patiënt ontstaat.
- De informatie over de patiënt en zijn probleem: de buurt, de straat, het huis waarin de patiënt woont kunnen belangrijke informatie geven.
- De behandeling thuis: sommige zieken kunnen niet op het spreekuur behandeld worden.
- Preventie: de huisarts kan thuis allerlei veiligheidsproblematiek signaleren.<sup>3</sup>

In latere jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* is niemand meer teruggekomen op het nut van het huisbezoek. Kennelijk is het huisbezoek zo ingebakken in ons gezondheidszorgsysteem, dat onderzoek naar het nut ervan niet tot de verbeelding spreekt.

Hugenholtz M, De Maeseneer J. De visite revisited [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 505-7.

Zijn bovengenoemde terreinen nog steeds actueel of relevant?

• Het eerste punt is ons inziens weinig steekhoudend in de discussie over de voordelen van het huisbezoek; een symmetrische relatie met patiënten kan ook in de spreekkamer ontstaan. Bovendien zijn er potentiële nadelen verbonden aan het huisbezoek. Het kan ook té gezellig worden, zodat er weinig doelgericht wordt gewerkt. Verder houdt het te frequente huisbezoek het risico in, dat de huisarts wordt opgenomen in het 'systeem' van de patiënt en dat daardoor zijn positie onduidelijk wordt. Tenslotte stelt de privacy van de patiënt de huisarts bij huisbezoeken aan gezinnen weleens voor problemen. De spreekkamer biedt hier belangrijke voordelen.

• Het is onmiskenbaar waar, dat een bezoek aan de patiënt in zijn eigen omgeving nieuwe informatie kan opleveren. Dit punt blijft een belangrijk argument in het pleidooi voor het handhaven van huisbezoeken. In bepaalde gevallen kan de huisarts zo wellicht vitale informatie op het spoor komen. *Van der Kooij* noemt als voorbeeld de patiënte met onbegrepen hoofdpijn, wier keurige flatje bij een huisbezoek plotseling in een grote puinhoop was veranderd. Zij bleek later een hersentumor te hebben.<sup>3</sup> En zo kent iedere huisarts wel een ziektegeschiedenis die dit punt kan illustreren. Toch zullen huisartsen zelden visites afleggen om nieuwe inzichten over de patiënt te verwerven. Ongetwijfeld ziet de huisarts op huisbezoek heel veel, maar het is vaak onduidelijk hoe deze informatie op een gestructureerde wijze bijdraagt aan de behandeling. De grens tussen het professioneel hanteren van relevante contextuele informatie en het bevredigen van een zekere nieuwsgierigheid is dan moeilijk te trekken.

In sommige situaties kan het huisbezoek wél heel gericht gebruikt worden om informatie over de omgeving van de patiënt te verwerven. Zo kan de huisarts alleen tijdens een huisbezoek goed zicht krijgen op het zorgsysteem rondom een chronisch zieke en de moeilijkheden waar diens verzorger voor wordt gesteld. Een succesvolle thuiszorg

valt of staat tenslotte met de draagkracht en mogelijkheden van de centrale verzorger.

- Het derde punt van *Van der Kooij* vormt het belangrijkste motief ter ondersteuning van de rol van het huisbezoek. Het is een groot goed dat mensen die te ziek zijn om naar het spreekuur te komen, thuis bezocht kunnen worden. Vooral twee groepen patiënten hebben hiervan profijt. In de eerste plaats zijn dit de mensen met ernstige chronische en terminale aandoeningen. Dankzij het feit dat de huisarts en andere eerstelijnsverzorgers aan huis komen, kunnen ze in hun eigen omgeving worden verzorgd. In de tweede plaats zijn er acute situaties waarin de huisarts een belangrijke rol kan spelen door snel in te grijpen of door rust te creëren, waardoor onnodige ziekenhuisdiagnostiek kan worden voorkomen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan een asthma cardiale enerzijds en een hyperventilatie-aanval anderzijds. In deze situaties is de huisarts een zinnvolle poortwachter in de gezondheidszorg.

Door de komst van het landelijke 06-11-alarmsnummer en de daaraan bestede publiciteit lopen we het risico dat deze typisch huisartsgeneeskundige taak steeds meer door ambulancepersoneel zal worden overgenomen, met een groter aantal onnodige ziekenhuisopnamen als gevolg. In veel regio's kan de huisarts bij een spoedgeval overigens sneller ter plaatse zijn dan de ambulance. Profilering van de beroepsgroep op dit punt lijkt wenselijk.

- Het vierde punt (preventie van ongevallen) is geen taak voor de huisarts, maar voor de publieksgerichte gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Wél kan preventie tijdens het huisbezoek ook in een ruimere betekenis worden gezien. We denken dan aan het gericht opzoeken van bepaalde groepen patiënten met een preventief oogmerk. *Buis & Meyboom-de Jong* deden een literatuuronderzoek naar de invloed van het preventief huisbezoek op het functioneren en welbevinden van bejaarden.<sup>4</sup> Bij een aantal interventie-onderzoeken thuis werden positieve effecten waargenomen. Dit waren echter geen onderzoeken waarbij de huisarts als 'health visitor' fungeerde, zodat er vooralsnog geen wetenschappelijke onderbouwing is voor het nut van het afleggen van preventieve ouderenbezoeken door huisartsen.

Anno 1994 blijken dus van de vier aspecten van het huisbezoek die *Van der Kooij* in 1979 voor nader onderzoek aanmerkte, alleen de behandeling thuis en het verzamelen van informatie over de patiënt en zijn mantelzorg belangrijke redenen voor het afleggen van een huisbezoek.

### Registratiegegevens

Dit nummer bevat een vrij unieke verzameling van registratiegegevens over huisbezoeken.<sup>5-9</sup> De rol die het huis-

bezoek in de huidige huisartsgeneeskunde speelt, wordt zo cijfermatig op verschillende wijzen bij verschillende patiëntengroepen belicht. In de internationale literatuur is over het huisbezoek nauwelijks gepubliceerd. *Boerma* geeft de stand van zaken met betrekking tot de andere Europese landen weer.<sup>10</sup> Ook de rol van de praktijkassistent bij het accepteren van visite-aanvragen komt aan bod.<sup>11</sup>

In niet minder dan vier artikelen worden we geconfronteerd met de grote inter-doktervariatie die bestaat ten aanzien van het afleggen van huisbezoeken.<sup>5,7,9,11</sup> Waarom leggen in vergelijkbare praktijken sommige huisartsen bijna twee keer zoveel visites af als anderen? Waarschijnlijk spelen de opvattingen en attitudes van deze huisartsen hierbij een belangrijke rol. Op grond van onderzoeksgegevens uit dit themanummer valt het fenomeen niet te verklaren. In eerder onderzoek bleek dat de hogere visitefrequentie bij plattelandsartsen door een groter aantal visites op eigen initiatief werd veroorzaakt.<sup>12</sup> Behalve de post-partum visite komen visites op initiatief van de huisarts in dit themanummer echter niet aan bod.

### Casuïstiek

Voor dit thema-nummer is aan twaalf huisartsen gevraagd een beschrijving te geven van een huisbezoek dat bij hen een bijzondere indruk had achtergelaten. Dit heeft een aantal soms amusante, soms ontroerende en meestal zeer herkenbare casusbeschrijvingen opgeleverd, die samen een mooi beeld geven van wat een huisarts bij de patiënt thuis zoal te doen staat. Opvallend is dat, naast visites met betrekking tot geboorte en dood, vaak (spoed)visites tijdens de waarneming werden beschreven. Het huisbezoek bij een onbekende patiënt tijdens de dienst, op een ogenblik dat de gehele eerstelijnszorg in die ene huisarts-mediendienst geconcentreerd is, geeft blijkbaar een bijzondere 'kick'. Voor veel huisartsen zijn dit ook de moeilijkste visites.

Opvallend is verder dat in geen van de bijdragen het genoegen van visites rijden aan de orde komt; in het onderzoek van *Adam & Ten Cate* bij 17 stads- en 19 plattelandshuisartsen bleek niet minder dan 60 procent van de ondervraagde huisartsen het rijden van visites een ontspannende bezigheid te vinden.<sup>12</sup> Daarentegen komt wél uitvoerig aan bod hoeveel ergernis het onnodig afleggen van visites soms opwekt, en waartoe dit kan leiden.

### Hoe nu verder?

Hoe moet het nu verder met het huisbezoek? *Boerma* signaleert een dalende trend in de meeste landen, met uitzondering van België. Men kan zich echter moeilijk voorstellen hoe één van de basisprincipes van de huisartsgeneeskunde – continuïteit – gerealiseerd kan worden zonder dat enig huisbezoek wordt afgelegd. Opvallend in

dit verband is, dat de Britse huisartsen recent hun verzet tegen de 24-uurs beschikbaarheid (met heel wat visites) hebben opgegeven.<sup>13</sup>

Wel is het denkbaar dat meer dan tot nu toe het geval is, naar de efficiëntie bij het afleggen van huisbezoeken wordt gekeken. Bij welke aandoeningen heeft een huisbezoek om medische redenen de voorkeur boven een consult? Dit praktijkvoeringsaspect verdient nadere uitdieping. Het lijkt zinvol om het huisbezoek vaker gericht te gebruiken als een methode om noodzakelijke informatie te verzamelen over een zieke en zijn omgeving.

Tot nu toe blijkt vooral de vraag van de patiënt een doorslaggevende factor te zijn. Zo vonden *De Melker et al.* dat bij de contactreden koorts tweederde van de patiënten met een luchtweginfectie een visite kreeg.<sup>6</sup> Ook het relatief grote aantal visites bij kleine kinderen<sup>5,6</sup> is het effect van de grote invloed die de wens van de patiënt heeft op het visitebeleid van huisartsen; medisch gezien zijn er immers geen redenen waarom kleine kinderen of patiënten met koorts nu juist thuis bezocht moeten worden. Cultureel bepaalde opvattingen spelen hierbij een rol, zoals 'met koorts niet over straat gaan'. Veel patiënten vinden het kennelijk prettig of gemakkelijk om thuis bezocht te worden.

Hoe zwaar men dit laat meewegen, is afhankelijk van allerlei niet-medische factoren, zoals concurrentiepositie, tijdsdruk, taakopvatting en attitude van de huisarts. Wanneer elementen als concurrentiepositie zwaar gaan wegen, kan dit leiden tot een belangrijk oneigenlijk gebruik van huisbezoeken, wat geïllustreerd wordt door de Belgische situatie.<sup>9</sup> Het afleggen van visites uit niet-medische motieven kan ten koste gaan van nuttiger tijdsbesteding van de huisarts en zo zelfs leiden tot vermindering van de kwaliteit van zorg. Laten we onze visites blijven afleggen

bij die patiënten die werkelijk thuis huisartsenzorg nodig hebben.

Marjolijn Hugenholtz  
Jan de Maeseneer

- 1 Bremer GJ. Ten geleide. *Huisarts Wet* 1979; 22: 467.
- 2 Keeman JM, Boling PE, Schwartzberg JG, et al. A national survey of the home visiting practice and attitudes of family physicians and internists. *Arch Int Med* 1992; 152: 2025-32.
- 3 Van der Kooij S. Wat doet de huisarts thuis? *Huisarts Wet* 1979; 22: 501-3.
- 4 Buis J, Meyboom-deJong B. Preventief onderzoek bij bejaarden. *Huisarts Wet* 1993; 36: 206-11, 229.
- 5 Brouwer HJ, Mohrs J. Huisbezoek in de grote stad. *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 520-6.
- 6 De Melker RA, Van der Velden J, Kuyvenhoven MM. Visites bij luchtweginfecties: gezinsgeneeskunde pur sang? *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 530-4.
- 7 Schellevis FG. Aan huis bij patiënten met een chronische ziekte. *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 527-31.
- 8 Hugenholtz M. De eerste visite. Het onderzoek van de pasgeborene. *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 539-12.
- 9 De Maeseneer J, De Prins L. Huisbezoek in België: analyse van een wereldrecord. *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 552-6.
- 10 Boerma WGW. Huisbezoek in het buitenland. *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 546-51.
- 11 De Haan J. De rol van de assistente bij het aanvragen van visites. *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 538-40.
- 12 Adam WL, Ten Cate RS. De visite in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1979; 22: 488-92.
- 13 O'Dowd T, Sinclair H. Open all hours: night visits in general practice. *BMJ* 1994; 308: 1386. ■

Zondagmorgen, half negen. Het is koud en druilerig herfstweer. Ze hebben me al goed te pakken gehad, vannacht, en ik wil dus maar één ding en dat is uitslapen. Maar dat geluk is voor mij niet weggelegd: de telefoon gaat.

– U moet direct naar Eernewoude komen, want zo gaat het niet langer met Vader. Hij heeft vannacht in zijn bed geplast en Moeder belde ons al voor dag en dauw.

Zodoende zijn wij hier, en Vader moet nu weg.

– Wie is uw vader?

– De Vries van het Kerkepad.

– Wat is er precies aan de hand?

– Weet u dat niet? U bent een paar jaar geleden ook al eens bij Vader geweest. Hij heeft Parkinson en zo gaat het niet langer. We hebben de wijkzuster ook al gebeld.

Ik ben geïrriteerd.

– Als we nu eerst eens wachten tot de wijkzuster er is; laat die mij even bellen, als zij vindt dat het nodig is. Als ik dan nog meer visites die kant uit heb, kom ik, anders blijf ik heen en weer rijden.

– Dus u komt nu niet?

– Dat zeg ik niet, maar ik wil eerst wat meer weten.

– Ga nu maar, zegt mijn vrouw, want je slaapt nu toch niet meer.

In het bejaardenhuisje heerst paniek. De kamer staat blauw van de rook. Moeder zit in nachtjapon met papillotten in het haar bij de tafel te huilen. Twee dochters zijn bedrijvig bezig met koffie zetten. De patiënt is verward, hij kan mij geen hand geven – hij trilt te erg – en het spreken lukt ook niet.

– Ziet u wel dokter. Kunt u er niet voor zorgen, dat hij nu in een verpleegtehuis komt? Wij wonen te ver weg en wij hebben ook ons werk. De eigen huisdokter zegt dat het met thuiszorg wel kan en hij doet er niets aan om Vader op de spoedlijst te zetten.

Ik voel mij gebruikt en misbruikt, hoewel... paniekbestrijding behoort toch ook tot ons takenpakket? Eerst maar eens koffie.

Het valt mij op dat er geen Fries wordt gesproken.

– U bent niet van hier?

– Nee, Vader en Moeder zijn van Oldemarkt.

Ze zijn hier komen wonen, omdat zij hier de motorboot hadden liggen. Ze konden wel een bejaardenhuisje krijgen, maar nu het slechter met Pa gaat, is dat toch wel lastig.

– Uit Oldemarkt?, zeg ik. Daar komt familie van mij ook vandaan. Een oudoom van mij was daar notaris en zijn zuster was met de dominee getrouwd.

– Hoe heette die oom van u?

– Dat was dominee Van Dijk en zijn dochter heeft mij eens een verhaal verteld, hoe daar in de winter begrafenissen plaatsvonden.

Vader laat vanuit bed horen, dat hij wat wil zeggen. Moeder is er direct bij.

– Pa zegt dat hij in Oldemarkt begraven wil worden.

– Rustig maar Pa, daar zijn we nog lang niet aan toe. Deze dokter is hier om je op te laten nemen en dan komt het allemaal weer goed. Ik heb al spijt, dat ik het woord begrafenis heb laten vallen, maar het verhaal is te mooi om het niet af te maken.

– Vroeger stond het land in de winter onder water en als er dan iemand overleden was, kon er in Ossenzijl niet begraven worden; dat gebeurde in Oldemarkt, dat hoger gelegen was. Dan ging de stoet per platbodem, maar als er ijs was op de schaats. Dat moet een prachtig gezicht zijn geweest. Dominee voorop in zijn pandjesjas en met hoge hoed, de kist op een slee er achteraan, getrokken door twee dragers, en daarachter de familie, allemaal in deftige zwarte kleren. In die tijd zwierde men nog. Mijn tante vertelde dat zij van verre de stoet al zagen aankomen en het hele dorp liep uit om dat te zien.

– Mijn Vader was ook van Ossenzijl en hij is zo ook in Oldemarkt begraven, zegt Moeder.

Hoewel ik het verhaal ook maar van horen zeggen heb, is er een 'wij-gevoel' ontstaan. De koffie wordt nog eens ingeschonken en de wijkzuster, die intussen ook gearriveerd is, schuift aan. Zelfs Vader heeft zich wat opgericht in bed en omdat dit toch verschoond moet worden, helpen de dochters Pa eruit en wordt hij in een stoel gezet. Hij kan zijn koffie nu zelf slurpen. De rust is weergekeerd, hoewel ik geen enkele regulerende, laat staan medische handeling verricht heb. Ik heb alleen een verhaal verteld.

De opname is niet doorgedaan. Het hoefde niet meer. Maanden later hoorde ik dat de heer De Vries thuis was overleden en in Oldemarkt begraven was.

In de zomer.

Joost Meyboom

## Speelhol

*Een telefoontje in het holst van de nacht: 'Dokter, ik stuur u een van mijn jongens. Een van de gasten is plotseling bewusteloos geworden.'*

*Sinds enkele jaren bevond zich in onze buurt een speelhol, in een van de statige huizen uit het eind van de vorige eeuw. De privé-kamers van dit huis, kostbaar maar zonder smaak ingericht, kende ik wel, maar de speelzaal niet. Ik was benieuwd.*

*De 'jongen', een keurige jongeman, verschaftte mij met verscheidene sleutels toegang tot het huis – een ware vesting; er kwam zelfs een wachtwoord aan te pas. In een grote, fel verlichte kamer bevond zich een met pluche beklede bank, waarop een keurig gesoigneerde, decent opgemaakte vrouw van middelbare leeftijd lag; gelukkig was zij niet meer bewusteloos.*

*De anamnese leverde geen bijzondere ziekten op, en bij het lichamelijk onderzoek kwamen evenmin afwijkingen aan het licht; de pols was regelmatig en de bloeddruk normaal. Ik zei dus tegen de patiënte dat haar toestand mij niet verontrustend leek, en dat zij met een taxi naar huis kon gaan. Daarop klonk plotseling een veelvoudige zucht van verlichting.*

*Waar kwam deze zucht vandaan? Toen ik, zelf ook gerustgesteld en ontspannen, om mij heen keek, ontdekte ik dat de kamer slechts de helft van een grote suite was. De andere helft was onverlicht en was met een gordijn van glitterkralen beschermd tegen in-kijk. Ik was dus gedurende de hele tijd door vele ogen nauwlettend gadeslagen. Terwijl ik in afwachting van de taxi een brief aan de huisarts van de patiënte schreef, dacht ik: 'Natuurlijk hebben ze in allerijl de stoelen en de roulettetafel naar het donkere deel van de kamer geschoven.'*

*Na de in dit milieu gebruikelijke contante betaling ('Een kwitantie is niet nodig, dokter') verliet ik, een ervaring rijker, de goktent.*

H.G. Frenkel-Tietz

## Twee visites

*Het is half twaalf, vlak voor het slapen gaan. De telefoon gaat. Bé Everman heeft pijn op de borst. Zonder verder te vragen zeg ik dat ik eraan kom.*

*Hij is net met pensioen, een schriël, pezig mannetje, dat alleen maar op het spreekuur komt voor een pijntje hier, een pijntje daar, en dan altijd binnen drie minuten tevreden weggaat met wat paracetamol.*

*In het huis ruikt het vaag naar urine. Als ik de slaapkamer inloop, zie ik het tweepersonsbed, een nachtkastje ernaast, een po-stoel, watten en naalden. Mevrouw Everman heeft diabetes. Ze wordt al tien jaar iedere morgen en iedere middag gespoten door de wijkverpleegster; ze heeft het nooit zelf kunnen leren.*

*Het echtpaar slaapt al lang niet meer samen. Meneer Everman ligt stil in een eenpersoonsbed, vlak achter de deur van de slaapkamer. De pijn is niet meer zo erg als een half uur geleden, maar hij ziet er grauwer uit, nog grauwer dan anders. Mevrouw Everman scharrelt in haar nachtjapon – of is het haar ochtendjas? – door het huis. Middenin de kamer, met het uitzicht op de televisie, staat haar stoel. De televisie staat aan.*

*De telefoon staat vlak naast de stoel van mevrouw Everman. Ik ga er niet op zitten, want een collega heeft daar laatst een natte broek aan overgehouden. Ik bel het ziekenhuis en regel een opname. De cardioloog zal mij terugbellen. Ik kijk de kamer rond: het ziet er haveloos uit, broodkruimels op de grond, verkleurde foto's van kinderen en ouders aan de wand, en ook het zigeunerinnetje ontbreekt niet.*

*'Ik kan morgen niet bij je in het ziekenhuis komen, en ik ga nu ook niet met je mee', schreeuwt mevrouw Everman. 'Het wordt me allemaal veel te veel; morgen komen ze bloed prikken voor de suiker.' Hij zegt niets terug.*

*De brancard wordt binnengereden door twee geüniformeerde broeders. Ze leggen de heer Everman erop. Hij laat het allemaal over zich komen, net als in mijn spreekkamer. Ze tillen hem de ambulance in: een grauwer mannetje in een blinkend witte ambulance.*

*Bij de heer en mevrouw Kramer kom ik eens per drie maand op visite. Hij doet de deur open, wij geven elkaar een hand. Ik ga de kamer binnen: een keurig opgeruimde kamer met stijlvolle meubelen uit de vijftiger jaren. Een boekenkast met Dickens, Kierkegaard, Agatha Christie. Mevrouw loopt moeizaam met een stok van haar stoel in de voorkamer naar de eettafel in de achterkamer. Ik geef ook haar een hand, en we gaan aan tafel zitten.*

*Ik meet haar bloeddruk, we spreken over haar moeizame lopen. Maar naar de orthopeed wil ze niet, en ook niet naar de fysiotherapeut. Ik schrijf een recept. Meneer Kramer pakt zijn opschrijfboekje en kijkt of we niets vergeten zijn.*

*'Heb ik nog slaaptabletten?', vraagt mevrouw Kramer. 'Ja', zegt hij. 'Waar zijn ze dan?' Hij staat op, pakt ze uit het kastje waar alle medicijnen netjes op een rijtje staan, en laat ze haar geduldig zien. 'Ach ja', zegt zij, 't is maar goed dat mijn man alle zaken bijhoudt, dokter; ik ben wel de laatste tijd erg vergeetachtig, hoor.' Ik geef haar een hand. Meneer Kramer laat mij uit.*

*Als hij iets heeft, komt hij naar mijn praktijk gewandeld. Soms beklagt hij zich een klein beetje over zijn demente echtgenote: 'Toen ik vertelde dat ik blaaskanker had en daarvoor bestraald moest worden, zei ze: ach jij, jij hebt ook altijd wat.'*

*De laatste maal vertelde hij dat hij zich erbij had neergelegd. 'Vorig jaar wilde ik wel dood. Maar de bestraling heeft mij goedge-daan: ik heb minder pijn, ik hoef er 's nachts minder vaak uit om te plassen. Ik heb me gerealiseerd dat als ik sterf, mijn vrouw naar een verpleeghuis moet. En dat wil ze absoluut niet. Wat moet er dan van haar worden?'*

Ger van der Werf