

zonder handschoenen

Aanwas

Bert Keizer is specialist ouderengeneeskunde

beeld: Keke Keukelaar

Eind vorig jaar namen we wegens zijn emeritaat afscheid van Miel Ribbe, voor veel verpleeghuisartsen van mijn generatie DE hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, en wij verwelkomden zijn opvolger Cees Hertogh. Miel was een onvermoeibaar ijveraar voor vele initiatieven op het gebied van onderzoek, onderwijs en internationale uitwisseling rond de bonte populatie van verpleeghuisbewoners. Cees is een fijnzinnig analyticus die in zijn oratie als hoogleraar in de ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen constateerde dat we in de gezondheidszorg een denkraam hanteren waarin de kwetsbaarheid, of beter nog, het gekwetst zijn, van veel ouderen geheel wordt ontkend.

Ribbe en Hertogh vormen de zichtbare voorhoede van 1100 specialisten ouderengeneeskunde, die zich in allerlei vormen hartstikke druk maken over zorgethiek, ouderenrevalidatie, autonomie, euthanasie, dementie, verslavingsproblematiek, chronische psychiatrie, palliatieve geneeskunde en de moeilijkste van alle vragen: hoeveel interventie is nog goede geneeskunde in situaties waarin het falende lichaam het toch gaat winnen van onze bemoeienis?

Het verpleeghuis is daarbij een verzamelplaats geworden voor patiënten met problemen waarvan elk ander gezondheidsinstituut zegt: past hier niet. De alleszeggende kwalificatie is 'afvalputje' van de gezondheidszorg. Ik beschouw dat als een geuzennaam en ben er trots op dat een terminale, angstige, agressieve, schizofrene,

verslaafde hiv-patiënte, door ons nou eens niet als een hete aardappel wordt doorgeschoven, maar tot haar einde mag blijven.

U leest het goed, ik ben mijn werk aan het aanprij-

zen. Dat probeer ik ook bij de coassistenten en soms jonge basisartsen die met ons meelopen, want er is te weinig aanwas. Ze vinden het verpleeghuis allemaal even fascinerend en veel gevarieerder dan ze dachten. Wat ze dachten? Ze dachten aan een verzameling hopeloze gevallen, oud, saai en verward, met als enig dilemma de keuze tussen wel of geen morfine. Jonge artsen hebben nogal eens een zekere afkeer van hightechgeneeskunde, omdat het de persoonlijke ontmoeting zo moeilijk maakt. Nou, in het verpleeghuis is er juist geen ontkomen aan de persoonlijke ontmoeting.



Ik vertel mijn jonge collega's op gedreven, zo niet drammerige wijze, welk een uitdaging dit werk in zich bergt. In het verpleeghuis kun je geen oplossingen vinden door te bladeren in je Interne Geneeskunde Boek, of te googelen op 'dyspneu' of 'alfafoetoproteïne', nee, je zult in het hart van de mens moeten kijken, ook in je eigen hart, om te ontdekken wat er gedaan moet worden.

Maar hoe ik ook praat, ik slaag er zelden of nooit in een jonge collega te bekeren tot verpleeghuiswerk. De moeilijkheid is niet dat ze het als zinloos of vergeefs of saai ervaren, het ligt anders. Verpleeghuiswerk strookt niet met hun nog ongerepte idee van ons vak als een uitermate succesvolle vorm van noodlotsbezwering. Zo verkopen wij artsen onszelf, ook aan onszelf. De ziekte valt aan, de dokter vecht terug, en de patiënt wandelt geheel hersteld het ziekenhuis uit.

Dat het in de praktijk zelden zo gaat, geloven ze nog niet. Het verpleeghuis is voor hen een ondermijnend oord, waar de loosheid van veel geneeskundige pretentie op pijnlijke wijze wordt aangetoond. Wat ze daar zien aan menselijke ellende, medisch zorgvuldig in kaart gebracht, zijn ze geneigd te interpreteren als: moet je 's zien hoe fout het soms kan aflopen in het leven. Wat ze nog niet weten is hoe het meestal afloopt in het leven.

Je zou kunnen zeggen dat een arts eerst een beetje moet slijten voordat zij of hij vruchtbaar en met plezier in een verpleeghuis kan werken. Onze fout is dan dat we werven onder een artsengroep die nog betrekkelijk immuun is voor een blik op de betrekkelijkheid van ziekenhuisgeneeskunde.

Hebt ú er eigenlijk wel eens over gedacht in het verpleeghuis te komen werken?

Je zult in het hart van de mens moeten kijken

/columns