

# HET VERDRONGEN GEVOEL

*Chirurg blikt terug op zijn metier - en dat van zijn vader*

Het hedendaagse chirurgenvak wordt overheerst door targets, productieafspraken en een overmaat aan protocollen en richtlijnen. Dat staat in schril contrast met de rust en aandacht die patiënten ten tijde van existentiële crises behoeven. Het evenwicht is zoek.

P. LEGUIT

**M**et tranen in de ogen en daartoe gedwongen door zijn leeftijd legde mijn goede vader pas op zijn zeventigste jaar het chirurgische mes neer. Dat was in 1981. Op mijn zestigste verjaardag nam ik zelf in 2003, na ruim dertig jaar praktijk, bewust afscheid van de chirurgie. Ik oefende mijn vak met plezier uit, maar ben opgelucht dat ik op tijd heb besloten om andere dingen te gaan doen.

Natuurlijk bestaat er voor een chirurg geen mooier vak dan de chirurgie. Waarom heb ik dan toch op relatief jonge leeftijd, geestelijk en lichamelijk gezond en werkend met vaste hand, dit besluit genomen? Wat zit daarachter? Of, anders gezegd, wat is er veranderd dat ik

weloverwogen een dergelijke onomkeerbare beslissing nam?

## BINNENGASTHUIS

Ik ben opgegroeid in een medisch gezin, met nog spreekuur aan huis. In de jaren vijftig en begin jaren zestig hadden de meeste Amsterdamse ziekenhuizen geen vaste medische staf, met uitzondering dan van de twee academische ziekenhuizen, het Binnengasthuis en het Wilhelminagasthuis, en het gemeentelijke Weesperpleinziekenhuis. Vrijwel alle medisch specialisten hadden op hun eigen huisadres een wacht-, spreek- en onderzoekskamer. Dat betekende dat je als kind vijf middagen per week eigenlijk alleen op kousenvoeten door het huis mocht lopen. Je kon zeker geen lawaaige ruzie maken met je jongere zus of broers.

Mijn vader was een toegewijd chirurg die wegens het beddentekort, vooral voor particulier verzekerden (klasse I, IIa, IIb en III) in Amsterdam, genoodzaakt was om verspreid over de stad in meer dan tien ziekenhuizen zijn patiënten te hebben liggen. Dat hield bijvoorbeeld in dat er een paar in het Julianaziekenhuis lagen, enkelen in het Centraal Israelitisch Ziekenhuis (CIZ), drie in de Boerhaave Kliniek, vier bij de Zieken Verpleging Prinsengracht, nog een paar bij de Lutherse Diakonessen Inrichting, enzovoorts. Gelukkig was er toen amper verkeer: parkeerproblemen bestonden niet en dokters hadden nog een esculaap achter de voorruit. Draagbare telefoons en teletracers waren er nog niet. Om mijn vader te vinden, moesten we diverse portiers bellen. Ik ken nu nog een aantal van die telefoonnummers ('Binnengasthuis: 62122') uit mijn hoofd.

De organisatielijnen waren buitengewoon kort. Veel tijdwinst leverde dat niet altijd op, want voor het vinden voor een ziekenhuisbed voor 'een appendectomie' moest mijn vader soms twee uur lang de opnameafdelingen van alle zie-

*De organisatielijnen waren in de jaren vijftig en begin zestig kort.*

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

## DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

*De huidige gezondheidszorg bestaat uit technische hoogstandjes, krachtige medicijnen, subtiele bestraling en alsmaar nieuwe chemotherapeutica. Maar daarnaast moet zij de patiënt ook emotioneel helpen.*

kenhuizen afbellen, en vervolgens nog eens een uur om een anesthesist te charteren. Die situatie is te vergelijken met het vinden van een plaats voor een patiënt met een gebroken heup op de Eerste Hulp of een overname vanwege een noodzakelijk IC-bed. Consulten gingen altijd mondeling. Statussen waren er amper, en als ze er waren stond er helemaal niets in, behalve de diagnose en de verrichte operatie: de rest van de gegevens zat in het hoofd. Daardoor was die kennis altijd paraat en stond mijn vader zijn patiënten schijnbaar moeiteloos te woord. Dat kon ook gemakkelijk, want een patiënt met aambeien, varices of een liesbreuk lag al gauw een week in het ziekenhuis.

En na een galblaasoperatie verbleef je in de jaren zestig toch al snel zo'n 21 dagen in het ziekenhuis, zo blijkt uit gegevens van de Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg, die in 2000 opging in Prismant.

### IN PRINCIPE ALLES

Op veertigjarige leeftijd werd ik in 1983 opleider van een chirurgische afdeling in Utrecht en kwam in een maatschap terecht. Aanvankelijk beoefende elke chirurg het vak in volle breedte. De aloude adagia waren immers 'elke chirurg kan in principe alles' en 'grote chirurgen maken grote incisies'. Maar met de opkomst van de subverenigingen trad er geleidelijk aan een differentiatie op. De concentratie van patiënten met eenzelfde ziektebeeld

leidde ontegenzeggelijk tot verbetering van de kwaliteit.

In de jaren tachtig werd het aantal bedden drastisch teruggebracht. Ook stond het inkomen van de vrije specialist stevig onder druk - ik had net goodwill betaald. Er werd van alles gedaan om efficiënter te werken. Ons ziekenhuis kreeg alleen toestemming voor nieuwbouw als het aantal bedden van 600 terugging naar net onder de 400. Uiteindelijk hadden we dan ook een dagafdeling waar de

en protocollen leidden tot steeds meer onvrede met mezelf en vooral de manier waarop ik mijn vak uitoefende.

Van huis uit, maar ook met leermeesters als Boerema en Borst in gedachte, bij wie geneeskunde en geneeskunst hand in hand gingen, bemerkte ik een vervreemding ten aanzien van het geneeskunstaspect in de gezondheidszorg.

Geneeskunde is de wetenschap die zich bezighoudt met de aard en oorzaak van ziekten en middelen om deze te

## *Elke chirurg beoefende het vak in volle breedte, maar geleidelijk aan trad differentiatie op*

grootste omzet van heel Nederland werd gehaald.

Haast samengedrukt tussen het alles kunnende Academische Ziekenhuis Utrecht dat naar de Uithof vertrok en het minstens zo ambitieuze St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, beroemd om hart-, vaat- en thoraxchirurgie, bleef in het Diakonessenhuis naast de geriatrie de oncologie als speerpunt over.

### EXISTENTIËLE CRISES

De toename van de oncologische chirurgie, de verzakelijking en de uniformering van behandelingen door richtlijnen

genezen. Geneeskunst is de kunst van het genezen, waarbij de patiënt met al zijn mogelijkheden, psychische, emotionele, intellectuele, spirituele en lichamelijke opbouw als één elkaar ondersteunend geheel wordt gezien - wat men tegenwoordig holistisch noemt. Onderdeel van de geneeskunst is ook de relatie tussen arts en patiënt.

De huidige gezondheidszorg bestaat uit technische zeer knappe hoogstandjes, krachtige medicijnen, subtiele bestraling en alsmaar nieuwe chemotherapeutica. Maar daarnaast behoudt zij ook de mogelijkheid, ja zelfs de plicht, om >>

<< een patiënt ook emotioneel te helpen, vooral in perioden van existentiële crises zoals die zich in de oncologie voordoen.

Wat dit laatste betreft voelde ik mij in toenemende mate hulpelozer en inadequaaf, zeker als ik een patiënt met een recidief carcinoom doorverwees naar de internist-oncoloog of radiotherapeut. Op zulke momenten realiseerde ik me steeds vaker dat zo'n doorverwijzing maar een doekje voor het bloeden zou zijn. De prognose was en beleef infaust en intermenselijk liet ik mijn patiënten in de kou staan en loste voor mezelf het probleem op door ze door te verwijzen.

#### YOGA

Het boek *Lessen van wonderbaarlijke patiënten* van dr. Bernie S. Siegel bleek een eyeopener. Siegel, ook chirurg, maar dan in New York, bleek hetzelfde probleem te hebben met zichzelf en zijn patiënten. Hij bestudeerde waarom sommige patiënten tegen alle verwachting in wel overleven en anderen tegen alle goede prognoses in toch vroeg sterven. Volgens hem berust dit op een andere

kansen zouden hebben. Veel later werd dit in andere publicaties tegengesproken, maar toch, de verbeterde kwaliteit van leven door meer begeleiding is ontegenzeggelijk.

Op eigen houtje en op eigen kracht deed ik Siegel na en begon in geselecteerde gevallen een apart spreekuur voor patiënten met kanker: drie kwartier per patiënt, pieper weg, kopje thee erbij. Ik legde dan uit dat er een verband is tussen lichaam en geest, het immuunsysteem en de gedachten; psychoneuro-immunologie had net haar intrede gedaan. Vervolgens besprak ik met de patiënt het nut van ontspanningsoefeningen, yoga, meditatieve oefeningen of liet ik hem of haar thuis tekeningen maken, die we dan de keer erna samen bekeken en interpreteerden. Het resultaat was verbluffend. Allereerst hervonden patiënten hun eigenwaarde en deels ook hun zelfvertrouwen. Ook later, als duidelijk werd dat genezing niet meer mogelijk was en er alleen palliatieve zorg overbleef, steeg het merendeel van de patiënten boven zichzelf uit. Patiënten die voorheen totaal ontredderd en in paniek waren,

Maar voor mij was wel duidelijk dat ik dergelijke vormen van begeleiding niet zomaar kon bieden. Ik vond dat als ik patiënten yoga en meditatie voorschreef, ik er zelf tenminste ook iets van moest weten. En zo volgde ik de meest uiteenlopende cursussen, variërend van alfa mind control, reiki, Indiase oerklankmeditatie van Deepak Chopra, Siddha Yoga van Gurumayi, stervensbegeleiding van Michael Murphy, biofeedbacktechnieken, tot laatstelijk Sudarshan Kriya van de Art of Living Foundation, opgericht door Sri Sri Ravi Shankar, wiens ademhalingstechnieken een welkome aanvulling zijn.

#### SLECHTNIUWSGESPREK

Naast dit alles werkte ik in een drukke praktijk met bemoeienissen en verantwoordelijkheden voor de opleiding in en buiten het ziekenhuis en was ik nauw betrokken bij de ontwikkeling van DBC's, die toen bestonden onder de noemer 'producttypering en outputpricing'. Binnen de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde waren alle chirurgische ziektebeelden in zeventien onderdelen uitgesplitst en ondergebracht. Oorspronkelijk was het de bedoeling om heel realistisch te berekenen hoeveel tijd er voor een operatie nodig was, inclusief voorlichting. Kwaliteit omvat immers niet alleen operatietechnische bekwaamheid, maar ook zogeheten relationele handelingen rond de patiënt.

Nu kan een begaafd chirurg een operatie beduidend sneller verrichten dan een gemiddelde chirurg, maar het is onmogelijk om in een slechtnieuwsgesprek met een oncologische patiënt tijdswinst te behalen. Een dergelijk belangrijk onderdeel deel uitbesteden aan de oncologieverpleegkundige of nurse practitioner (hoe goed en nuttig deze ook is), doet de patiënt en de chirurg tekort.

De DBC's waren van onze kant mede bedoeld als middel voor kwaliteitscontrole ten einde ook op de polikliniek naar behoren patiënten te woord te staan en geneeskunde en geneeskunst beide tot hun recht te laten komen. Oorspronkelijk werd in de DBC's per ziektebeeld een dusdanige hoeveelheid tijd op de poli toegekend, opdat er een adequate mogelijkheid bestond om een patiënt goed te begeleiden. Zo is de hoeveelheid spreekuurtijd voor een patiënt met een appendectomie de helft van de berekende OK-tijd en bij een patiënte

*Het resultaat van ontspanningsoefeningen, yoga en meditatieve oefeningen is verbluffend.*



BEELD: ISTOCKPHOTO

belevingswijze van de ziekte. Patiënten kunnen hierin veranderen door bijvoorbeeld visualisatieoefeningen, yoga en meditatie.

In 1989 verscheen de eerste publicatie van Spiegel c.s.: *Effect of psychosocial treatment of survival of patients with metastatic breast cancer*. Hierin stelt hij dat vrouwen met borstkanker die extra begeleiding krijgen betere overlevings-

werden kalm en bleken in staat de hun omringende ontroostbare familieleden tot steun te zijn, in plaats van andersom. Dat was een indrukwekkende belevenis, waarbij ik me dan afvroeg wie eigenlijk wie behandelde.

Bij het op deze manier begeleiden van patiënten, sloeg mijn vermoeide apathie en lamelligheid om en maakte plaats voor een enthousiaste empathie.

met een mammacarcinoom het dubbele ervan.

Helaas is gebleken dat ziekenhuisorganisatie en verzekeraars hier geen boodschap aan hebben. De spreekuren blijven vol met overboekingen, wat vaak ten koste gaat van de begeleiding van patiënten die het net zo nodig hebben. Patiënten zijn geen mensen meer, maar eenheden gedefinieerd als EPB's. Productieafspraken worden onderhandeld en gemaakt, waarna medici ze moeten uitvoeren en naleven. We werken met targets. Heel begrijpelijk. In de hele maatschappij gaat dat zo, ziekenhuizen lopen in deze ratrace alleen wat achter.

Targets, productieafspraken: het doet de gezondheidszorg geen goed, is mijn ervaring. Voor mezelf heb ik wel een uitweg gevonden, maar structureel klopt het niet. Heel zieke patiënten die in een existentiële crisis verkeren hebben recht op iets anders dan 'behandeling in eenheden'. En zij behoren daarvoor geen hulp te hoeven zoeken in het alternatieve circuit.

#### RUST EN KRACHT

Onthaasting zou op zijn plaats zijn; natuurlijk niet overal, maar zeker niet overal niet. Het is jammer dat in veel ziekenhuizen de oorspronkelijke kapelletjes zijn verdwenen. Ook pastoor en dominee zijn een aparte 'dienst' geworden, waarmee artsen weinig voeling meer hebben.

## Het is jammer dat in veel ziekenhuizen de oorspronkelijke kapelletjes zijn verdwenen

In mijn beleving en stellige overtuiging is de huidige weg naar meer efficiëntie en meer materiële mogelijkheden alleen gerechtvaardigd voor zowel patiënt als arts, wanneer die in evenwicht is met een innerlijke ontwikkeling die rust en kracht geeft aan onze ziel. De arts is dit ook verplicht, zeker aan patiënten die daar meer dan gemiddeld behoefte aan hebben.

De hier beschreven veranderingen in het vak hebben ertoe bijgedragen dat de vurige bekoring om het metier zo lang mogelijk te mogen uitoefenen bij mij eerder is verdwenen dan in de vorige generatie. Een aantal zaken hebben wel tot verbetering geleid, zoals de maatschap in plaats van de eenmans-

SAMENVATTING
<ul style="list-style-type: none"><li>● In enkele decennia is de praktijk van de chirurg enorm veranderd.</li><li>● Protocollen en richtlijnen hebben veel verbeterd, maar ook een keerzijde.</li><li>● De voortschrijdende verwijding tussen geneeskunde en het verdwijnen van de geneeskunst is in toenemende mate een gemis voor zowel patiënt als chirurg.</li><li>● Bewuste aandacht voor de patiënt-arts relatie én de patiënt te zien als meer dan zijn ziektebeeld alleen, kan dit spagaat weer herstellen.</li></ul>

praktijk en het open ziekenhuis versus de vaste stafvorming. Toch kennen in opzet goede veranderingen ook neven-effecten. Zo vervangen protocollen het eigen inzicht en heeft de techniek het gevoel verdrongen. Maar het grootste gemis is toch wel het gevoel van een toenemende verwijding tussen geneeskunst en geneeskunde.

De mogelijkheden om het evenwicht te herstellen zijn noch moeilijk, noch kostbaar. Ze vereisen uitsluitend het inzicht en de beslissing om te willen veranderen. Die verandering bestaat hierin, dat artsen zich meer bewust zijn van het eigen handelen, zowel in relatie

tot de patiënt als naar zichzelf, en van het feit dat een patiënt meer is dan een ziektebeeld omhuld door een huid. Ook de arts is meer dan iemand met een aan-geleerde kunde.

Een verschuiving in perceptie en de aandacht hiervoor leidt tot een wezenlijk andere sfeer en bejegening, voelbaar in het hele ziekenhuis. En daardoor stijgt de voldoening en de zingeving van het werk. ■

dr. P. Leguit,  
chirurg n.p.

Correspondentieadres: piet@leguit.nl;  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

## VELDWERK

### Initiatierituelen



In mijn vorige column heb ik me lovend uitgelaten over de nieuwe opleidingseisen

voor psychiaters. Ik was echter iets vergeten. Want met het herschrijven van die eisen heeft de commissie een goede gelegenheid om een archaisch bestanddeel uit de opleiding te schrappen. Maar het is de vraag of zij daar de moed voor kan opbrengen. Het betreft de eis dat alle assistenten in de psychiatrie een jaar lang in psychotherapie gaan. De reden daarvoor is dat zij daarmee betere psychiaters zouden worden.

Je zou denken dat als een dergelijke veeleisende, langdurige en dure inspanning van onze arts-assistenten wordt gevraagd, er enig onderzoek moet zijn verricht naar de positieve én negatieve gevolgen ervan. Niks ervan: zo'n onderzoek bestaat niet.

Een dergelijke eis wordt dan ook door vrijwel geen enkel ander land aan psychiaters-in-opleiding gesteld. Niet in het zo bewonderde Canada - waar we immers de opleidingseisen van willen overnemen -, niet in het Verenigd Koninkrijk en zelfs niet in het nog steeds zo psychoanalytische Frankrijk. Zijn de psychiaters daar minder bekwaam dan bij ons? Natuurlijk niet. De echte reden is dan ook een andere. De leertherapie is een initiatieritueel, een overblijfsel uit het sektarische verleden van de psychiatrie. Daarom is die eis zo moeilijk af te schaffen. Want zoals bij al dergelijke rituelen, of het nu om de groentijd gaat of de leertherapie: de zojuist ontgroeiende zijn de krachtigste pleitbezorgers voor het handhaven ervan. Dus moeten de in het verre verleden geïntieerden hun mond maar eens open doen, dacht ik zo. Vandaar.

René Kahn

de psychiater