

Dubieuze emotie

V

Julia Franken is student geneeskunde

beeld: iStockphoto

Vrolijk hupst de patiënt uit zijn stoel en vief trippelt hij de kamer uit. Sophie en ik kijken elkaar aan. Wéér geen case. 'Die man heeft een hooggradig glioom. Waarom is hij niet *distressed*? Hij gaat dood!', roep ik verontwaardigd. Sophie is het met me eens. 'Volgende keer laten we ze eerst een rondje om het ziekenhuis hollen. Kijken hoe moe ze dan zijn!' Dan vallen we stil. En we schamen ons diep.

Onderzoek doen vervormt je perspectief. Mijn doel is niet meer om zo veel mogelijk te leren, tentamens te halen of patiënten gezond te maken. Mijn doel is cases verzamelen. Ik spaar mensen die hoog scoren op een *distress*-vragenlijst, zo veel mogelijk. Bij elke patiënt die niet *distressed* is, voel ik een afstandelijk soort verontwaardiging. Ik gun die specifieke patiënt uiteraard geen ongemak, maar ik ben teleurgesteld dat ik wéér een groene bal trek uit de ballenbak van poliklinische patiënten. Terwijl ik weet dat bijna de helft rood moet zijn. Een frustratie die me doet twifelen of ik niet beter entomoloog kan worden in plaats van arts. Gelukkig zijn we niet de enigen met deze dubieuze emotie: ook onze begeleider komt regelmatig foeterend de kamer binnen, klagend dat zijn

patiënten niet depressief zijn. Vermoedelijk hoopt iedere onderzoeker stiekem op een toevallige epidemie van het mankement dat hij onderzoekt. Misschien is het gezonde betrokkenheid.

Bij elke geboortedatum na 1975 haperen mijn handen even

We hebben al bijna vijftig eigenhandig geïncludeerde patiënten. Buitengewoon opwindend, maar in het begin vond ik het doodeng: alleen in een kamertje met een zieke Schot die denkt dat je enig idee hebt waar je mee bezig bent. Inmiddels is dat zeker zo, maar in het begin had ik slechts een vermoeden. Zo hebben Sophie en ik in de eerste week per ongeluk een verkeerde patiënt ondervraagd. De zuster vergiste zich in een naam, en zonder te controleren hapten wij toe: includeren! Pas toen de patiënt gewillig het informed-consentformulier tekende, zagen we geschrokken dat hij een ons onbekende naam opschreef. We schaamden ons zo dat we heel knullig gewoon zijn doorgedaan en hem tien minuten lang vragenlijsten hebben laten invullen, voor niets.



Ook ons Engels was in het begin nog wat krakemikkig. Voor het onderzoek gebruiken wij een visueel analoge schaal, waarbij de patiënt een kruisje op een tien centimeter lange lijn moet zetten, afhankelijk van hoe *distressed* hij is. We hebben een tweede lijn voor vermoeidheid. Na de uitleg nodigde Sophie de Schotse man uit: 'You may put your crotch on the line now'. Verschrikt hielden we ons lachen in. Sophie verbeterde zichzelf meteen en de patiënt leek wonderlijk genoeg niets te merken.

Dit soort gênante capriolen komt niet meer voor: we kunnen het nu. Geroutineerd en soepel staan we patiënten te woord. Het vertrouwen dat patiënten in ons hebben is verontrustend, maar geeft ook juist zelfvertrouwen. Het enige wat me nog doet wankelen, is de dikke laag Schots accent die de woorden van sommige patiënten verdoezelt. Maar ook dat went. Goed geïntegreerd werp ik soms zelfs een wee in de strijd, een ultraschots woord voor klein.

Naast vragenlijsten gebruiken we patiëntdossiers voor extra informatie. Na vijftig patiënten met een hersentumor heeft die diagnose nauwelijks nog impact op ons. Alleen leeftijd shockeert nog. Bij elke geboortedatum na 1975 haperen mijn handen even. Ik stop met bladeren en staar voor me uit. Nee, we gaan ons target niet halen. Veertien weken blijken te weinig om dertig ernstig *distressed* mensen te verzamelen. Goddank.