

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT
BEVORDERING DER GENEESKUNST
TEL. 030 - 823911

MC

Redactie

prof. dr C. Spreeuwenberg, *hoofredacteur*
mw mr J.C.M. Ankoné,
plaatsvervangend hoofredacteur
R.A. te Velde, *eindredacteur*
mw drs W.G. Kaltofen, *redacteur*
mw C.R. van der Sluijs, *redacteur*
drs P.G. Visch, *redacteur-verslaggever*
mw drs S.E. Wildevuur, *redacteur-verslaggever*
mw C.M. Schouten, *secretaresse*
mw M.M. Stolp, *secretaresse*

Redactieadres

Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
telefoon 030-823384

Bestuur Medisch Contact

F.N.M. Bierens, *voorzitter*
dr C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*
dr R.J.E.A. Höppener, *secretaris*
dr H.W.M. Anten, *penningmeester*
mw dr C. Vermeulen-Meiners

Secretariaat bestuur

Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel

Adviseurs namens het

hoofdbestuur der KNMG:
mw M.H.D.J. Zwart-van der Weerd
Th.M.G. van Berkestijn

Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Velp

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten
voor een abonnement f 179,50 (inclusief BTW);
België 3.600 Bfr; overige landen per zeepost:
f 295,-/per luchtpost: f 415,-; studenten-niet-
KNMG-leden f 67,50; losse nummers: f 13,50.

Abonnementen & Ledenservice

Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58238
(mw A. van de Meent- van den Ham)
telefax 03465-54287

Advertenties

- Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58222/58244
(P.P.J. Verhoeff/J.H. Fleury)
telefax 03465-54287
 - Verkoop nabewerking: 03465-58245
(mw M. Nadorp) fax: 03465-54287
 - Hoofd advertentie-exploitatie:
- mw drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222
- Advertenties kunnen zonder opgaaf van
redenen geweigerd worden.

Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het
redactionele gedeelte. Het bestuur is voor
het gevoerde beleid verantwoordelijk ver-
schuldigd aan de Algemene Vergadering
van de KNMG. De besturen van de KNMG en
de beroepsverenigingen zijn voor de inhoud
van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Medisch Contact wordt door Misset uitgeverij
bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.

© 1994, KNMG



Lid Nederlandse organisatie van
Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 23 december 1994

MEDISCH CONTACT

Dit is het laatste nummer van 1994.

Op 6 januari 1995 verschijnt er weer een Medisch Contact.

1615 C. Spreeuwenberg

De dood: een smet op de witte jas?

1617 'Michel van Hout'

"Geef (uzelf) de dokter cadeau"

1619 'Patrick Bosboom'

Dagboek van een huisarts. Cadeaus

1621 Pieter Bol

Een volkstelling van het jaar nul

1623 Geert Bremer

De dood van professor Taatgen

1625 Peter Buijs

Mannen weten niet wat ze missen

1627 Marlieke de Jonge

Beroep: cliënt-deskundige

1629 Karin Spaink

Diagnoses van een patiënt

1633 Jan Dirk Blom en Wim Dekkers

Klachten op zoek naar een ziekte

1636 Jan de Rode en Frans Meulenberg

Ontmoeting

1637 Tjerk Wiersma

De methode-'Bates'

1639 W.P.R.A. Cappers

De vampier als fysiologische pendant van de drenkeling

1642 'Alexander van Es'

De herder Gods

1643 'Th. Moor' en 'R. Hythlodæus'

Kan het lachen (te) vergaan?

1646 Marlieke de Jonge

Leven als hoofdzaak

1647 'Tjeb de Gier'

Metamorfose

1649 J. van de Pol

Het eerste bezoek aan moeder

1651 P. Lens

Kerstmis 1971

PRETTIGE DAGEN
JAAR UIT, JAAR IN

KERST '94

Overige bijdragen

- Ignace Schretlen (voorplaat)
- 1614 Geert Kocken (brief) • 1616 dr G.M.H. Tanke (voorzitterscolumn LAD)
- 1618/1620 Frans Schormans (cartoons) • 1618/1626/1642 Frans Hiddema ('associatiefjes') • 1621 Pieter Brueghel de Oude (schilderij)
- 1624 Ignace Schretlen (gedicht)
- 1628/1648 J. Bouwens (gedichten)
- 1630/1637/1640 dr P.V. Admiraal (cartoons, doktersbordje) • 1633 E. ten Wolde (praktijkperikel) • 1638 Roy Beijaert (cartoon) • 1641 dr P. Bol (gedicht) • 1645 Frans Koenegracht (gedicht) • 1648 Arno van Dijk (tekening)
- 1650 Hilbert Kuik (gedicht)
- 1652 Pius XII (gebed)

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

Apothekers zonder Grenzen

DE INITIATIEFNEMERS VAN de Stichting Apothekers zonder Grenzen dachten, dat hun plannen om niet-gebruikte medicijnen in te zamelen voor de Derde Wereld goed zouden vallen, zo aan het einde van het jaar. De in Arnhem gevestigde stichting heeft van de provincie Gelderland f 45.000 gekregen voor een 'haalbaarheids-onderzoek'. De apothekers in Nederland worden bevraagd over hun bereidheid mee te werken aan het inzamelen van medicijnen die door de consument naar de apotheek worden teruggebracht. De stichting wil ook onderzoeken of het mogelijk is om bij de toekomstige distributie aan alle regelingen en strenge eisen van milieu en volksgezondheid te voldoen. Het geld komt uit een milieupotje, bedoeld voor vernieuwende projecten; de provincie denkt op deze manier iets te ondernemen tegen de groeiende berg klein chemisch afval. De Grenzeloze Apothekers lopen volgens mij te hard van stapel, omdat hun plannen op gespannen voet staan met bestaand beleid en met wettelijke regelingen. In Nederland mogen niet-gebruikte geneesmiddelen niet worden doorverkocht en hergebruikt. Ook mag chemisch afval niet zonder meer worden geëxporteerd. Daarnaast zijn organisaties met veel ervaring op het gebied van het geneesmiddelgebruik in ontwikkelingslanden tegen de plannen. Volgens Artsen zonder Grenzen, de Mémisa en de Stichting Pharmacie en Ontwikkelingssamenwerking kleven er de nodige gevaren aan inzameling en verzending van 'tweedehands' medicijnen. Zij zijn bang dat er ondeugdelijke medicijnen op transport gaan, vochtig geworden in badkamerkastjes of verouderd. Bij een soortgelijk Frans inzamelinitiatief moest na selectie 80% van de geneesmiddelen worden verbrand; slechts 20% was geschikt voor humanitaire hulp. Ook is het de vraag of het mogelijk is door particulieren ingeleverde medicijnen opnieuw goed te verpakken en van kundig vertaalde bijsluiters en etiketten te voorzien. De organisaties wijzen verder op de strenge richtlijnen die de Wereldgezondheidsorganisatie WHO hanteert. Om de toegang tot essentiële geneesmiddelen te vergroten, is er kortom meer nodig dan alleen de beschikbaarheid van geneesmid-

delen. Het gaat om het maken van duidelijk keuzes, geformuleerd in een nationaal geneesmiddelenbeleid, verbetering van wetgeving, geneesmiddelenregistratie, kwaliteitscontrole, aankoop, opslag en distributie, objectieve informatie en doelmatig gebruik door zowel voorschrijver als verbruiker.

De WHO heeft 250 producten geïdentificeerd als de meest essentiële voor het overgrote deel van de gezondheidsproblemen. De WHO ondersteunt regeringen van ontwikkelingslanden, zodat deze essentiële geneesmiddelen voor iedereen op een veilige manier beschikbaar zijn. Voor noodsituaties heeft de WHO de beschikking over gestandaardiseerde dozen met de belangrijkste geneesmiddelen. Ik heb ook principiële bezwaren.

Het dumpen van onze overschotten in een ontwikkelingsland is een slechte zaak, omdat de beschikbaarheid van geneesmiddelen gekoppeld moet zijn aan voorwaarden. In de meeste ontwikkelingslanden zijn de overheden pas begonnen hun geneesmiddelenbeleid vorm te geven. Zonder goede patiëntenvoorlichting zullen artsen door patiënten onder druk worden gezet om medicijnen voor te schrijven die wellicht ongeschikt zijn of op een verkeerde manier worden gebruikt. De vraag naar medicijnen is enorm groot. De artsen in deze landen hebben nauwelijks ervaring met het voorschrijven van medicijnen en hebben een grote behoefte aan scholing.

Een ander punt is, dat de farmaceutische industrie staat te popelen om nieuwe markten aan te boren, nu de westerse landen de vergoeding van geneesmiddelen steeds meer aan banden leggen. Ook al is er op dit moment weinig geld in de ontwikkelingslanden om medicijnen aan te kopen, behoef-

tes kunnen natuurlijk al worden gecreëerd. Het zou, in het belang van de volksgezondheid aldaar, veel beter zijn als Apothekers zonder Grenzen samen met de WHO zou meedenken over het opzetten van een doelmatige geneesmiddelenvoorziening, geënt op de specifieke behoeften van de plaatselijke bevolking. Niemand in Afrika zit te wachten op een grote zak met restantjes van de industrie, kleurrijke monsters van nieuwe producten waar geen behoefte aan is en een allegaartje van medicijnen waarvan de vervaldatum bijna is bereikt. Laten we daarom onze eigen problemen oplossen. In Nederland zitten we opgezaagd met een overaanbod aan geneesmiddelen. Als de arts beslist een medicijn voor te schrijven, staat hij voor de welhaast onmogelijke opgave een weloverwogen keuze te maken uit ruim vierduizend producten. Er komen steeds nieuwe producten op de markt die via monsters aan artsen worden aangeboden. Oude middelen komen bij het afval terecht. Apothekers met en zonder grenzen kunnen veel beter hun tijd steken in het stimuleren van artsen om in groepsverband tot een assortimentskeuze te komen door middel van overleg en kritische feed-back en door te waken voor de afgifte van onnodige grote hoeveelheden aan patiënten.

De apotheker die voor Sinterklaas wil spelen kan zijn geld natuurlijk overmaken naar organisaties die al jaren lang ervaring hebben in de ontwikkelingshulp. •

Nijmegen, december 1994

Geert Kocken, als adviseur op het gebied van farmacotherapie-overleg verbonden aan het Nederlands ontwikkelings- en ondersteuningsinstituut voor huisarts- en eerstelijnszorg

Bij de voorplaat

'OER-FIGUUR'

Ignace Schretlen, 'Oer-figuur' (gemengde techniek, 1992) uit de serie 'Embryonale ontwikkeling'. De ovaal van de geabstraheerde embryonale figuur vormt met de doorgesneden navelstreng de Griekse hoofdletters alfa en omega: de geboorte van de taal.
Foto: Pierre Venbrux, Katholieke Universiteit Nijmegen

Het schilderwerk op de voorkant van dit Kerstnummer van Medisch Contact maakt deel uit van een grote serie tekeningen en schilderijen waaraan beeldend kunstenaar Ignace Schretlen, die tevens huisarts is, reeds geruime tijd bezig is. Aan de basis van het hier gereproduceerde kunstwerk staan de krabbels van zijn dochter Vivienne (1 jaar). Na in zijn werk jaren lang aan de embryo-

nale ontwikkeling een centrale plaats te hebben toebedeeld, in relatie tot het hoofdthema van de geboorte van de menselijke taal, richt de kunstenaar zich nu op het creatieve proces: een zoektocht naar de weg terug. Het gaat hem daarbij niet zozeer om het resultaat van het creatieve proces als wel om de (biologische) bron die aan dit proces ten grondslag ligt.

Deze artistieke zoektocht loopt parallel met een meer wetenschappelijke benadering van hetzelfde thema, waarbij gebruik wordt gemaakt van tekeningen en schilderwerk van jonge kinderen en mensapen. De met het oog hierop in het leven geroepen stichting 'Kijk op Krabbels' heeft inmiddels een aantal, her en der in den lande te bezichtigen exposities samengesteld. •

DE DOOD: EEN SMET OP DE WITTE JAS?

HET WREDE VAN schrijven is dat de werkelijkheid er werkelijk van wordt", schrijft *Willem Jan Otten*. Hij is een van de auteurs van twee onlangs verschenen, intrigerende boeken waarin op de één of andere wijze het thema 'de arts en de dood' aan de orde is.

Otten bouwt zijn verhaal rond de jonge huisarts Justus, die te doen heeft met zijn voorganger, dokter Daan.¹ Dit boek problematiseert de veronderstelling uit de hulpverlening dat "ons" - dus 'u' en 'mij' - niets mankeert. "Wij behoren om zo te zeggen tot dezelfde stam en hebben dezelfde inwijdingsriten ondergaan. Het zweren van de Eed." Tot diezelfde stam behoren ook de leden van het tuchtcollege aan wie de jonge dokter verderlicht en blijkens opmerkingen als "U weet wel hoe het gaat" en "Zoals u weet" als gelijken het een en ander heeft uit te leggen. Justus moet dit als uiterste consequentie van de mededeling waarvan dokter Daan zijn patiëntenkaart reeds heeft voorzien: "Mij mankeert niets."

Aanvankelijk lijkt dokter Daan deze eigen regel te doorbreken, als hij assistente Zaza vraagt of de dokter bij hem op visite wil komen. "Zei hij waarvoor, vroeg ik. Zaza glimlachte. Zoiets vraag je als dokter toch niet. De dokter. Dat was dokter Daan nog steeds. Hij vroeg of het om half vier schikte." Voor half vier op de desbetreffende dag had de jonge dokter echter al een afspraak gemaakt met Stefani Capitu, ofwel Steffie, die altijd Rossini op heeft staan als ze belt. Steffie, met wie de jonge dokter na zijn eindexamen een avontuur heeft gehad en die hem al twee dagen nadat hij de praktijk had overgenomen kwam consulteren; nu ja: "Het was geen consult, het was nieuwsgierigheid." Nieuwsgierigheid die naar later blijkt voortkomt uit de constatering, dat "dokter Daan niemand over doet". Zelfs de slagervrouw in een eindstadium van kanker heeft kuisjes op de patiëntenkaart staan en elk kuisje staat voor een amoureuze ontmoeting. Voor die kuisjes schaamt de jonge dokter zich: "Vertel mij waar een man zich voor schaamt, en ik weet wie hij is." Het merkwaardige aan dit boek is, dat die kuisjes helemaal niet het gevoel geven dat er iets onbetamelijks is gebeurd of iets waarvan de betrokken vrouwen spijt hebben. Integendeel, dokter Daan, ook gevoustoyeerd als Berend, blijkt nog steeds de steun en toeverlaat voor deze vrouwen te zijn. Het vertrouwen is niet geschokt. Komt dit doordat "de dokter de man kan zijn aan wie je kan vertellen dat je hartstikke dol op iemand bent?"

Er is meer aan dokter Daan dat ongewoon is. Dokter Daan wil dood, en dat weten

Justus en de vrouwen uit dit verhaal. Omdat dokter Daan niet alleen dood wil, maar bovendien wil dat Justus hem vindt en er geen trammelant over komt, vraagt hij dan ook of Justus morgen om half vier wil komen, een detail dat Zaza merkwaardigerwijs had vergeten te vermelden. Dokter Daan wilde dat de jonge dokter en hij zelfs bij de dood "dokters onder elkaar waren". Justus had dit beseft, "met het deel van zijn hart dat, zodra het begrijpt, met man en macht wordt aangevallen door alle andere delen". "Die andere delen zijn machtig want die hebben óók met het beroep van arts te maken, het zijn de delen die bijvoorbeeld gezworen hebben dat een dokter alles zal doen wat binnen zijn vermogen ligt." Deze delen beschikken over het grote vitale wapen: "De subiete ontkenning. De bliksemsnelle verduistering. De volstreckte eis: niemand die iets mankeert mag dood. En wie dood wil mankeert niets." Dokter Daan wilde iedereen de confrontatie met zijn zelfdoding besparen en daarmee wil hij "ons zichzelf besparen".

Otten stelt niet alleen ons beroep ("Kennnis is vonnis") maar ook zijn eigen, in krante-artikelen uitgesproken worsteling met de zelf gewilde dood ter sprake. Mankeert iemand die dood wil iets? Hoe moet een arts zich daarbij opstellen?

C. Spreunenberg

Het thema in hoeverre een arts alles moet doen wat in zijn vermogen ligt, is voor *Bert Keizer*, de auteur van 'Het refrein is Hein', nauwelijks meer relevant.² In het verpleeghuis De Liefdeberg heeft Keizer ervaren, dat abstineren geen keus is om niks meer te doen. Als we dat zeggen kunnen we gewoon niks meer doen. Dit, terwijl er soms rot-sterfbedden zijn. Veel wat artsen doen is kouwe drukte, is artserig praten en doen. Keizer is weliswaar arts, maar voelt zich op een artsencongres onzeker. "Zo'n zee van artsen is niet echt mijn wereld." Keizer ziet als grootste menselijk probleem "een geest te hebben en een lichaam te zijn". Nergens komt dit zo pijnlijk aan de orde als in de geneeskunde. Door de geest weten we dat we dood moeten. Met dat doodgaan gaan we tegenstrijdig om. De ene week valt een echtgenote tegen de dokter uit, als hij opert om maar geen penicilline meer te geven omdat hij twijfelt of haar man nog wel verder wil; de volgende week verbiedt dezelfde vrouw hem "te experimenteren op die ouwe mensen", als hij suggereert de beloofde penicilline te geven. Ook de motieven voor waken bij een stervende zijn in Keizers visie troebel: "Een zoon die moeder bij leven en welzijn maar eens per jaar bezocht, gaat dat nu nachtenlang zitten

uitboeten bij een lichaam waaruit moeder allang vertrokken is. Want zoals het hoofd bij de geboorte het eerst komt, zo verdwijnt het ook het eerst bij het sterven." Trouwens, Keizer ziet meer parallellen tussen geboorte en sterven. "Sterven staat tot gestorven als boren tot geboren zijn." Sterven is een worsteling naar de uitgang waarna je wordt doorgelaten. Zo'n worsteling had Alie Bloem, een 'gediplomeerde' longpatiënte die wel vijf jaar lang bij de uitgang doende is geweest, in respiratoir theater en de Dood weghonend met een hooghartige blik. De ogenblikkelijke omslag waarvan wij bij het doodgaan uitgaan, nemen we volgens Keizer geen van allen ooit waar. Slechts 25 maal per jaar wordt er volgens het onderzoek in opdracht van de commissie-Remmelink in het verpleeghuis euthanasie gedaan.³ Keizer heeft toch wel wat meer ervaring, zoals blijkt uit het "Hoe kan dat nou?" en de 'displaced activity' van zoon Lex nadat hij een kwartier na het toedienen van de injectie wordt gebeld dat zijn moeder, mevrouw Malefijt, is overleden. Trouwens, de kinderen worden toch al getroffen door de vervelende toestand van een *ritus interruptus*, als blijkt dat moeder haar lichaam 'ter beschikking van de wetenschap' heeft gesteld.

Ook het constateren van de dood vereist een artserig ritueel, waarbij het belangrijk is dat de formule ferm wordt gesproken, al bevat hij maar de mededeling "De rapen zijn klaar." Een moeilijk hoorbaar gestemd "Ik weet het zeker, hij is helemaal dood" kan echter een pandemonium doen losbarsten.

Bij Keizer past ook zijn beschrijving van de druk doende, gepensioneerde en gedecoreerde collega Vrijland. Toch zegt juist deze bij zijn vertrek iets treffends: "Ach, men rijdt niet zo ver op de wagen van het verleden." "De oude dag is niet meer dan een museumtram die nergens heen gaat, beplakt met reclameleuzen voor artikelen die allang niet meer te koop zijn en vol graffiti voor gestorvenen."

Twee boeken over twee dokters. Ondanks de honderden tijdschriften die er wekelijks over de geneeskunde verschijnen, vormt de dood voor beiden geen smet op de witte jas. En dat vond ik nou zo bemoedigend. •

Literatuurlijst

1. Otten WJ. Ons mankeert niets. Amsterdam: GA van Oorschot, 1994.

2. Keizer B. Het refrein is Hein. Dagen uit een verpleeghuis. Nijmegen: Sun, 1994.

3. Maas PJ van der, Delden JJM van, Pijnenborg L. Medische Beslissingen Rondom Het Levensinde. 's-Gravenhage: Sdu, 1991.

• K N M G • L H V • L S V • L A D • L V S G •

DE VEREDELINGSMETHODE

ER IS AL HET nodige over gezegd en geschreven. Gezegd niet alleen in de besturen van KNMG en beroepsverenigingen, maar zeker ook tijdens de Algemene Vergadering van de Maatschappij en de ledenvergadering van de LAD. En geschreven ook; niet alleen door de hoofdredacteur van dit weekblad, toen hij 'daags voor Tilburg' voor zijn beurt sprak, maar ook in het verslag in datzelfde Medisch Contact enkele weken geleden.

Ik heb het natuurlijk over 'structuur KNMG', agendapunt op de Algemene Vergadering. Dit groeide uit tot het onderwerp dat de tongen losmaakte. Eigenlijk draaide het nog het meest om de vraag of, hoe en waarom de lidmaatschapsstructuur van beroepsverenigingen en KNMG zou moeten worden veranderd.

Dit vraagstuk viel niet 'zomaar' uit de lucht. Het kwam voort uit een toezegging aan de Algemene Vergadering bij de invoering van de federatiestructuur enkele jaren geleden. De Algemene Vergadering direct voorafgaand aan het zeer geslaagde Jaarcongres was bedoeld om een volgende stap in dat proces te zetten.

De discussie concentreerde zich in dit kader voornamelijk op het vraagstuk van de - verplichting tot - verticale en horizontale koppeling. Dit 'Domusbrede jargon' slaat op het automatisme, dat leden van een beroepsvereniging met het lidmaatschap van hun beroepsvereniging het KNMG-lidmaatschap verwerven (verticale koppeling) en dat, bijvoorbeeld, de huisarts in een gezondheidscentrum het LAD/LHV-lidmaatschap verkrijgt (horizontale koppeling). Het bijbehorende procedurevoorstel, inclusief stappenplan, noemde als eerste stap: "het nemen van een principebesluit door de Algemene Vergadering op 18 november met betrekking tot het opheffen van de verplichting tot horizontale en verticale koppeling, alsmede met betrekking tot het - onder strikte voorwaarden - toelaten van andere federatiepartners tot de KNMG".

Die eerste stap werd weliswaar gezet, maar het voorstel van het hoofdbestuur ontmoette gedegen tegenspraak. En of het een stap was waar (de aantrekkingskracht van) de samenwerkende artsorganisaties voor de langere termijn mee gediend zijn en waar een beroepsvereniging als de LAD op zit te wachten, vraag ik me ook nu nog af.

G.M.H. Tanke

Maar goed, de stemming onder de met zo'n 150 afgevaardigden, bestuurders en 'gewone' KNMG-leden gevulde zaal, was alras duidelijk. Het HB-voorstel werd niet geheel afgewezen, maar de gevaren voor draagvlak, aanzien en continuïteit van de KNMG waren de rode draad in de discussie. De wens om de verenigingsstructuur van de KNMG te behouden prevaleerde boven het voorstel om, naast de verplichte horizontale koppeling, ook de verplichte verticale koppeling los te laten.

De zienswijze van de LAD werd niet alleen door onze afgevaardigden in de Algemene Vergadering, maar ook tijdens de 'eigen' ledenvergadering door mij verwoord. Het is dienstig de essentie ervan hier nog eens aan te halen: "Het automatisme van de doorkoppeling van artsverenigingen is niet meer zo vanzelfsprekend als dat lange tijd geweest is. Voor de LAD staat voorop, dat samenwerking van groot belang is (...) Waar we voor staan en met welk assortiment we de artsen in dienstverband willen uitdagen om voor de LAD te kiezen - kiezen zeg ik nadrukkelijk - op die vraag moet onze beroepsvereniging allereerst zelf een antwoord geven (...) Wil diezelfde arts meer lidmaatschappen afnemen? We hebben keus te over binnen Domus

Medica. De LAD vindt dat ook belangrijk, omdat in dit huis aan alle aspecten van belangenbehartiging wordt gedaan. In een oogwenk kan hij of zij worden doorgesluisd. Maar het is wel een beletsel om daarvoor in vrijheid te kiezen."

Vindt u het daarom vreemd, dat ik me nog steeds in het oorspronkelijke voorstel van het hoofdbestuur kan vinden? Een voorstel waarover goed is nagedacht en dat tot stand kwam na vele en langdurige discussies in het KNMG-bestuur. Dat de tijd is aangebroken om de verplichte gekoppelde lidmaatschapsstructuur - en dan zowel horizontaal als verticaal - los te laten? Dat zo de aantrekkingskracht voor huidige en toekomstige leden zal worden veredeld? En dat de LAD evenzeer een duidelijke samenhang tussen de beroepsverenigingen wil zien? Maar dat behoudzucht ons vroeger of later zal opbreken?

Dus geen structuur kiezen om de structuur, maar een structuur die recht doet aan optimale belangenbehartiging met een totaalpakket. Een structuur die door de leden wordt gedragen en ook een basis biedt voor niet-leden om lid te worden. Vooralsnog is aan de benadering van "Laat het lid kiezen op basis van waardering voor het produkt" slechts ten dele tegemoet gekomen. Dat vind ik als voorzitter van een vereniging geen veredeling. In de eerstvolgende Algemene Vergadering, volgend jaar maart, moet het hoofdbestuur terug naar de afgevaardigden. 'Tilburg' heeft onder meer opgedragen, dan een voorstel klaar te hebben voor consultatie van leden en niet-leden. Vooral ook naar de mening van laatstgenoemden ben ik heel benieuwd. Want hen zou ik zo graag voor het lidmaatschap willen laten kiezen; kiezen, als u begrijpt wat ik bedoel. •

dr G.M.H. Tanke, voorzitter LAD

'GEEF (UZELF) DE DOKTER CADEAU'

Inkomensdaling huisarts deels gecompenseerd door succesvolle actie

Michel van Hout

Medio november is in Bleiveld (ZH) een actie van start gegaan waarbij bejaarden die via het ziekenfonds zijn verzekerd een tienrittenkaart kunnen kopen. Met die kaart kunnen zij hun huisarts langs laten komen voor een 'sociale visite'.

D OOR DE OVERSCHRIJVING van veel particulier verzekerde bejaarden naar het ziekenfonds zal het inkomen van de gemiddelde huisarts dit jaar duizenden guldens lager uitvallen. Met de actie 'Geef (uzelf) de dokter cadeau' is een gat in de markt ontdekt waardoor de inkomensdaling gedeeltelijk kan worden gecompenseerd.

In juli werden de huisartsen plotseling geconfronteerd met de pijnlijke gevolgen van de maatregel-Van Otterloo. Niet alleen armlastige, maar ook vermogen-de bejaarden werden in het ziekenfonds opgenomen. Dit betekende met name voor huisartsen met veel particulier verzekerde patiënten een forse aanslag op hun inkomen. De in Medisch Contact gepubliceerde ingezonden brieven van Janssen en de Huisartsengroep Oirschot en Oost-, West- en Middelbeers getuigden overduidelijk van de bij de beroepsgroep gerezen onvrede.^{1,2} Veel bejaarden stellen het bijzonder op prijs wanneer ze eens per maand worden bezocht door hun huisarts. Bij particulier verzekerde patiënten kan probleemloos aan deze wens tegemoet worden gekomen, omdat er een adequate honorering - namelijk per visite - bestaat. Twaalf maandelijks visites leveren de huisarts f 612,- op. Indien de huisarts dagelijks het isolement van de twee particulier verzekerde bejaarden zou verlichten door hen op sociale indicatie een kort bezoek te brengen, betekent dit een extra inkomen van ruim f 25.000,-. Huisartsen met meer dan 1.600 ziekenfondsverzekerden ontvangen per patiënt op jaarbasis circa f 70,-. Indien een huisarts een bejaarde die in

het ziekenfonds zit maandelijks zou bezoeken, zou hij als het ware per visite nog geen f 6,- verdienen. Bezoekt de huisarts dagelijks twee via het ziekenfonds verzekerde bejaarden, dan ontvangt hij hiervoor op jaarbasis dus nog geen f 3.000,-. Dit voorbeeld illustreert hoezeer de huisarts in zijn portemonnee kan worden getroffen.

Tienrittenkaart

Onder de pakkende leuze 'Geef (uzelf) de dokter cadeau' is medio november in Bleiveld (ZH) een actie van start gegaan waarbij bejaarden die via het ziekenfonds verzekerd zijn een tienrittenkaart kunnen kopen. Tijdens de actieperiode (tot en met 31 december) kost deze kaart f 350,-; daarna zal de prijs f 450,- bedragen. De tienrittenkaart heeft een geldigheidsduur van één jaar en is persoonsgebonden. Met deze kaart kunnen bejaarde patiënten hun huisarts bij hen thuis laten komen voor een 'sociale visite'. De kaart is ook geldig wanneer de bejaarde een normale visite wil verlengen met wat extra gesprekstijd, tien minuten per strip. Het spreekt voor zich, dat de kaart louter geldig is voor bezoeken van de eigen huisarts.

Na overleg met enkele vertegenwoordigers van de middenstand in Bleiveld kwam een plaatselijke drogist spontaan op het idee als sponsor op te treden voor de ontwerp- en drukkosten van de tienrittenkaart. Omgekeerd verklaarden de huisartsen zich bereid bij te dragen aan een wedstrijd van deze drogist ter gelegenheid van Sint Nicolaas waarbij de eerste prijs bestond uit een 'van-top-tot-teenkeuring', ofte wel een 'algemeen lichamelijk onderzoek', ter waarde van f 152,90; de tweede en derde prijs uit een 'vitale-organenkeuring', ofte wel een 'gericht lichamelijk onderzoek' ter waarde van f 101,90; en de vierde tot en met tiende prijs uit een gratis bloeddrukkeuring 'met verrassing' ter waarde van f 34,-; die verrassing was een eenvoudig urine-onderzoek op eiwit en suiker. De actie werd als een 'uniek Nederlands initiatief' aangekondigd in het huis-aan-huisblad Bleivelder Koerier en

op de plaatselijke radiozender BLO (Bleivelder Lokale Omroep).

Doorslaand succes

De eerste week van de actie 'Geef (uzelf) de dokter cadeau' werden er ruim driehonderd tienrittenkaarten verkocht. Al na enkele dagen bleek dat zoals was gehoopt de belangstelling niet alleen van de kant van de bejaarden kwam. De kaart viel vooral in goede aarde bij familie van patiënten. Met de feestdagen voor de deur bleek de tienrittenkaart een doorslaand succes te zijn. Overwogen wordt er een originele geschenkenvelop voor te laten vervaardigen; in dit kader zal ongetwijfeld de farmaceutische industrie worden benaderd voor een financiële tegemoetkoming. Uit alle delen van het land stromen inmiddels de aanvragen binnen. Het is ontroerend om te zien hoeveel volwassen kinderen uit de regio voor hun bejaarde vader en/of moeder overhebben. Inmiddels zijn er patiënten van wie zelfs drie of vier kinderen de tienrittenkaart hebben gekocht. Omdat dit succes de stoutste verwachtingen overtrof, zal wellicht in de toekomst een maximaal aantal van vier kaarten per patiënt wordt ingevoerd; meer dan één bezoek per week lijkt immers ongewenst: dat zou alleen maar tot een overbelasting van de huisartsen leiden.

Zoals het nu loopt, zullen de kaarten reeds medio januari zijn uitverkocht. Bij de volgende druk zal aan elke kaart een aantal duidelijke regels worden toegevoegd. Zo behoudt de dokter het recht om maximaal twee dagen later op bezoek te komen. Bij uitstel krijgt de patiënt uiteraard bericht van de assistente. Indien de patiënt onverhoopt niet thuis is, wordt dit toch beschouwd als een bezoek. Omdat bezoeken gemakkelijk uitlopen - bejaarden blijken soms een diepgaand gesprek bijzonder op prijs te stellen - zal als stelregel worden gehanteerd, dat één strip geldig is voor een gespreksduur van tien minuten. Verder moet nadrukkelijk worden vermeld, dat de actie louter bedoeld is

voor ziekenfondsverzekerden. Uit reacties blijkt namelijk, dat ook van de kant van particulier verzekerde patiënten serieuze interesse bestaat voor een dergelijke kaart, maar zij dienen voor een visite het normale tarief van f 51,- te betalen. Familieleden van particulier verzekerde patiënten hebben echter de verzekering gekregen, dat de huisartsen van Bleiveld extra loyaal zullen zijn bij het honoreren van visiteaanvragen en dat zij wat vaker op bezoek zullen komen bij deze groep bejaarden, die nu in het gedrang dreigt te raken.

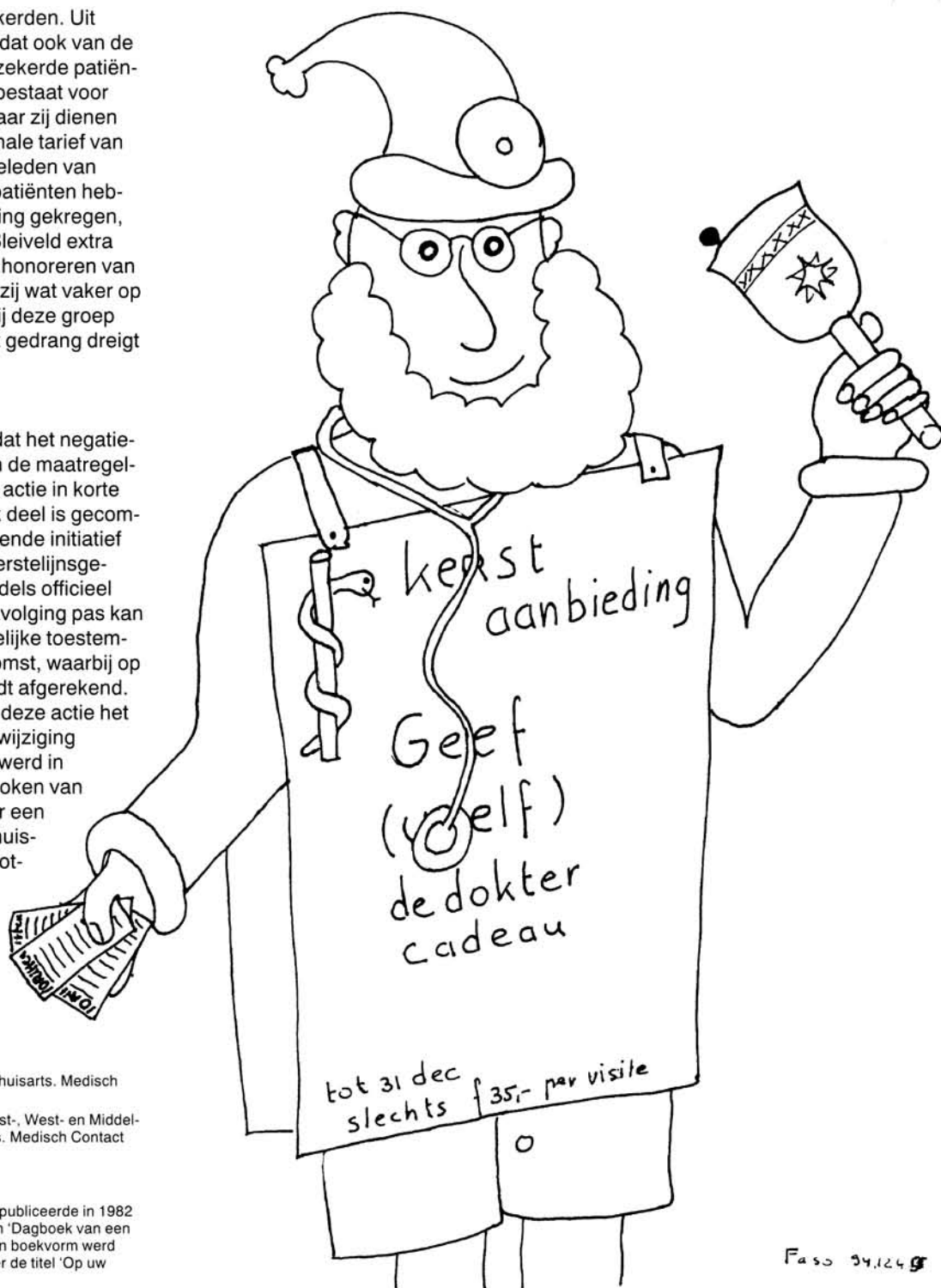
Vernieuwend

Het mag duidelijk zijn, dat het negatieve inkomensgevolg van de maatregel Van Otterloo door deze actie in korte tijd voor een aanzienlijk deel is gecompenseerd. Dit vernieuwende initiatief op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg is inmiddels officieel geregistreerd, zodat navolging pas kan plaatsvinden na schriftelijke toestemming en een overeenkomst, waarbij op provisiebasis (5%) wordt afgerekend. Wellicht zal de titel van deze actie het komende jaar nog een wijziging ondergaan. Al spoedig werd in Bleiveld namelijk gesproken van de actie 'Geef de dokter een cadeau', waardoor de huisartsen in deze plaats plotseling werden verrast met allerlei geschenken, hetgeen uiteraard geenszins de bedoeling is geweest. •

Literatuur

1. Janssen P. Inkomensdaling huisarts. Medisch Contact 1994; 39: 1198.
2. Artsengroep Oirschot en Oost-, West- en Middelbeers. Inkomensdaling huisarts. Medisch Contact 1994; 39: 1198.

Michel van Hout (pseudoniem) publiceerde in 1982 en 1983 in Medisch Contact zijn 'Dagboek van een huisarts in opleiding', dat later in boekvorm werd uitgebracht door Harlekijn onder de titel 'Op uw gezondheid'.



Fass 94.124 g

Associatiefjes Frans Hiddema

Platgetreden paden vragen nieuwe wegen

Ziektewinst is belastingvrij

Hulpverleners helpen vooral zichzelf

Angsthazen houden de oren gespitst

Wie niet vooruitziet heeft het nakijken

Hulpverleners helpen vooral zichzelf

Een zieke kijkt zijn dokter naar de ogen

Wie zich blind staart krijgt er geen zicht op

Dr F. Hiddema is als zenuwarts-psychoanalyticus werkzaam in Oegstgeest. Van zijn hand verschenen, naast publikaties op zijn vakgebied, onder meer de bundel aforismen 'Associatief' (de Beuk 1992), 'Achter gespannen vliezen' (gedichten, de Beuk 1992), 'Met zuinigheid en vlijt' (Donker 1992), de gedichtenbundel 'Zwart-wit gezien' (de Beuk 1993) en 'Web voor het tuinhok' (de Beuk 1994).

CADEAUS

Patrick Bosboom

IK HEB DE computer waarop ik deze regels schrijf niet te danken aan een zuurremmend middel en zijn gulle fabrikant, al kwam het aanbod mij tegen een geringe tegenprestatie een PC te schenken niet ongelegen. Ik ben met de concurrent van dit bedrijf ook niet naar de Algarve gevlogen en ik ben evenmin gewicht voor een lang weekend Berlijn, ofschoon ik al jarenlang dolgraag deze stad wil bezoeken. Voor bijscholingen heb ik nooit de Nederlandse grenzen hoeven te passeren en het Caribisch gebied ken ik dus louter van de foto's in de reisgidsen. Eenmaal ben ik - dat beken ik hier eerlijk - op kosten van de geneesmiddelenindustrie naar een evenement in de Randstad geweest. Ik verkeerde aanvankelijk in de veronderstelling dat dit uitje louter bestemd was voor onze waarneemgroep. Maar toen ik bij de startplaats arriveerde, stond daar een bus die al half gevuld was met psychiaters. De trip was bedoeld om een nieuw antidepressivum onder onze aandacht te brengen. Wanneer mij nu een reclame voor dit middel onder ogen komt, word ik nog geplaagd door wrange herinneringen aan deze tocht. Op de terugweg werd ik reeds door spijt en schroom verteerd en zwoer ik nooit maar dan ook nooit meer in te gaan op dit soort initiatieven. Wellicht is het de hoogste tijd om een Vereniging voor Integere Artsen (VIA) op de richten. Wie zich als lid aanmeldt, verplicht zich om nooit meer geschenken van de farmaceutische industrie aan te nemen. Ik zal het maar niet te hard van de daken schreeuwen, maar zo ik al na het opbiechten van het bovenstaande als lid word geaccepteerd, vrees ik spoedig een royement van mijn lidmaatschap. Een paar duizend exemplaren van mijn boek 'Weekendleed' met dagboekantekeningen over mijn leven als huisarts hebben namelijk via een farmaceutisch bedrijf gretig aftrek gevonden bij even zovele collegae en het kwam geen moment in mij op hiertegen te protesteren. Niet ten onrechte zullen de leden van de VIA mij enige hypocrisie verwijten. Laten we daarom maar zwijgen

over deze delicate materie en het hebben over geschenken van patiënten. Het klinkt ondankbaar, maar geschenken van patiënten hebben mij maar zelden gelukkig gemaakt. Het begon al in mijn jeugd, toen ik daags voor Kerstmis de deur opende en van een man met een reusachtig postuur een slordig verpakt geschenk in mijn armen gegooid kreeg. "Da's voor je pa, jochie!" Mijn vader was een alom gerespecteerd kinderarts en rond de jaarwisseling werden wel meer cadeaus gegeven. Maar toen mijn oog plotseling viel op de uit het pak bungelende kop van een fazant, slaakte ik een kreet van ontzetting. Hoe durfde iemand ons dit aan te doen? Samen met vader heb ik toen het arme beest begraven, hetgeen in een periode met veel nachtvorst geen sinecure was. Vele jaren later - ik was inmiddels arts-assistent in opleiding tot huisarts - bereikten mij wonderlijke berichten over een kostbare collectie antiek porselein van een toen reeds bejaarde maar nog altijd werkzame collega. Eén keer ben ik in verband met een mogelijke praktijkovername bij de man op bezoek geweest, maar de zenuwen weerhielden mij ervan mijn blik eens rustig langs de vitrinekasten te laten glijden. Later vernam ik, dat de verzameling mede te danken was aan patiënten; menigmaal zou een visite zijn geëindigd met de aankoop van een stuk porselein, waarmee de collectie werd verrijkt. Nu ik zelf vele jaren in het vak zit, twijfel ik wel eens aan het waarheidsgehalte van dit verhaal, dat mij desalniettemin altijd is bijgebleven. Ik kan namelijk met enige stelligheid beweren, dat de kans om bij een patiënt antiek porselein op de schouw of het dressoir aan te treffen niet bijster groot is. De collectionneur maakte op mij nooit zo'n bijster gelukkige indruk en ik heb inmiddels begrepen, dat de man weinig leed bespaard is gebleven. Tot de wijze lessen die ik als beginnend huisarts ongevraagd van mijn collegae kreeg, behoorde het relaas van de deal die één van hen had gesloten met een hoogbejaarde dame. In ruil voor een wekelijkse visite zou hij na haar dood haar pendule ontvangen. Het slingeruurwerk figureert inmiddels als oogstrelend decorstuk in de

salon van mijn collega en je moet wel een heuse cultuurbarbaar zijn wanneer de aanwezigheid van deze klok je ontgaat. Maar ik moet er niet aan denken hoeveel visites mijn dierbare collega hiervoor heeft moeten rijden; de vrouw is namelijk bijna honderd jaar geworden! Ik stel mij dus uiterst terughoudend op, wanneer patiënten gaan lonken met kostbaarheden. Maar het gevaar ligt altijd op de loer en overvalt je op de raarste momenten. Jaren geleden bezocht ik een alleenstaande vrouw, die ik op verdenking van een ernstige aandoening moest laten opnemen. Niet geheel ten onrechte zag zij haar eigen situatie bijzonder somber in. Rekening houdend met een langdurig verblijf in het ziekenhuis wilde ze nog langs de drogist en de bank. Ik ontkwam niet aan het verzoek van deze dame haar op terugweg naar de praktijk af te zetten bij het winkelcentrum. Toen ik mijn patiënte zo moeizaam zag lopen, bood ik de vrouw aan haar weer naar huis te brengen. Later op de dag trof ik in mijn wagen een of ander waardepapier 'aan toonder' ter waarde van duizend gulden. Ik belde direct het ziekenhuis om de patiënte van mijn vondst op de hoogte te brengen. Pas toen bleek dat zij het waardepapier niet had verloren, maar had geschonken. "U bent net vader van een zoon geworden en kunt het bedrag beter gebruiken dan ik!" Dat kon ik eerlijk gezegd niet ontkennen! We hebben er een prachtige wandelwagen van gekocht. Misschien heeft het goede gebaar van deze lieve vrouw bijgedragen aan haar wonderlijk voorspoedige genezing, maar sindsdien heb ik het gevoel bij haar in het krijt te staan. Moet je mensen het recht om dankbaarheid te tonen misgunnen? Wanneer iemand mij een dienst bewijst, gaan mijn gedachten direct uit naar een passend geschenk. Dat mag een neurotisch karaktertrekje zijn, maar pas na het aanbieden van het cadeau voel ik mij opgelucht. Moet ik nu zelf met een stalen gezicht tegen patiënten zeggen dat ik als arts absoluut niets mag aannemen? In beider belang aanvaard ik dus in alle dankbaarheid de flessen wijn en cognac, dozen bonbons, bloemstukken en andere geschenken

die mij rond Kerstmis worden aangeboden. Ik drink weliswaar nauwelijks alcohol en zeker geen sterke drank, maar er zijn altijd wel familieleden of kennissen te vinden die hier wel van kunnen genieten. De chocola en de bloemstukken maakten jarenlang de eigen aanschaf hiervan overbodig, hetgeen een aanzienlijk bedrag uitspaarde. Des te spijtiger was het, dat we vorig jaar na eerdere, stille vermoedens openlijk tot de pijnlijke conclusie moesten komen, dat mensen steeds minder bereid lijken te zijn hun dankbaarheid daadwerkelijk te tonen. Maar wanneer je als kind een wellicht door de patiënt zelf afgeschoten fazant met papier en al gaat begraven, verdien je later als arts wellicht geen beter lot. En toch, er zijn geschenken waar ik wel erg gelukkig mee was. Zo heb ik een patiënte leren kennen die kort voor haar overlijden aan darmkanker al haar sieraden ten geschenke gaf aan mensen die zij waardeerde.

Ofschoon ik naar mijn eigen gevoel weinig voor deze vrouw had gedaan, kreeg ik van haar een goudkleurige ring met een grote steen, die mij onmiddellijk deed denken aan de cadeautjes die kinderen op de kermis kunnen winnen. Deze ring was misschien bij de Hema gekocht en ongetwijfeld nog geen gulden waard, maar ik koesterde het kleinood, omdat ik de intentie kende waarmee dit geschenk was gegeven. Later bleek echter dat de ring echt van goud was en dat het om een kostbare edelsteen ging. Toen beging ik de stomiteit om de steen bij een veilinghuis te verkopen, een handeling die ik mij nu slechts ten dele kan vergeven, omdat ik de opbrengst aan het Koningin Wilhelmina Fonds heb geschonken. Dat overkomt mij geen tweede keer! Daarom zal ik ook nooit afstand doen van een nep-bonzaï, die zo natuurgetrouw door een patiënte is nageemaakt, dat het boompje af en toe een

scheutje water krijgt! En wat te denken van het horloge dat mij kort geleden werd aangereikt door de weduwe van een patiënt die ik jarenlang heb begeleid? "Mijn man had zoveel vertrouwen in u, dokter, dat u nu van mij zijn horloge krijgt. Het is echt geen duur uurwerk, dokter ... We hebben het gekocht bij Vroom & Dreesmann ... Ik zeg u ook eerlijk dat mijn man het niet vaak droeg, want hij kon niet zo goed tegen de schakeltjes van het metalen horlogebandje ... Daar kwamen steeds de haartjes van zijn pols tussen." De vrouw bracht het horloge naar haar gezicht alsof ze het vaarwel wilde kussen. "Hé, kijk nu eens," zei ze plotseling, "je kunt de haartjes nog zien zitten!" •

Patrick Bosboom (pseudoniem) is huisarts en auteur. In 1992 en 1993 publiceerde hij in Medisch Contact een reeks artikelen, gebaseerd op authentieke dagboek aantekeningen. Een aantal van deze verhalen uit een doodgewone huisartspraktijk verscheen bij Harlekijn.



In welk land bent U nog niet
op nascholing geweest.....dokter...

Faso 11-94.5

EEN VOLKSTELLING VAN HET JAAR NUL

Een epidemiologische kerstvertelling

Pieter Bol

EPIDEMIOLOGIE zonder goede demografie leidt tot demagogie", luidde de eerste stelling bij een epidemiologisch proefschrift, en zo is het maar net. Want epidemiologie is een vak van tellers en noemers, en die laatste moeten goed op orde zijn. IJverige epidemiologen zitten na verloop van tijd met handenvol tellers en moeten dan vaak

tot hun teleurstelling constateren dat er geen adequate noemers voorhanden zijn.

Het boek Genesis zegt dat Adam de eerste noemer was, maar als teller had hij weinig te doen. Met het groeien van de wereldbevolkingen (er waren er meer) ontstond af en toe een vage onrust in het gemoed van de heersers. Want wie denkt dat in lang vervlogen jaren een grondige inventarisatie geen nuttig instrument voor het bestuur leverde, heeft weinig kijk op de psyche van

dictators. Toegegeven, deze in omvang gelukkig immer geringe bevolkingsgroep wordt zelden verdacht van academische belangstelling, maar er zijn andere redenen om een census uit te voeren. Alleenheersers leven namelijk steeds met het onbehaaglijke gevoel dat men ze bedot, fopt, misleidt, voorliegt en te kort doet, van de generaals tot en met de boerenknechten. En dat gevoel is volkomen juist.

Een van de pogingen, want meer is het niet, om uit dit onoplosbare probleem



Pieter Brueghel de Oude: 'De Volkstelling te Bethlehem'
(Koninklijke Musea voor Schone Kunsten van België, Brussel)

te geraken, is de grote telling van mensen, dieren en dingen. Dat geeft de paranoïde heerser althans het idee greep te krijgen op belastingen, rekruten, landbouwsubsidies of mijnbouwresultaten. Natuurlijk weet hij - het betreft bijna altijd een hij - ook wel dat hierbij wordt gesjoemeld, maar hij kan zijn mannetjes althans met de verschillende cijfers confronteren en ze, en dat is belangrijk, zo tegen elkaar uitspelen. Het is niet toevallig dat de woorden 'census' en 'censuur' dicht bij elkaar liggen.

Een slecht onderzoeksprotocol

"En het geschiedde in diezelfde dagen, dat er een gebod uitging van den keizer Augustus, dat de gehele wereld beschreven zou worden ..." Wie kent deze beroemde bijbelregels niet? Natuurlijk betreft het een religieuze boodschap, maar tevens is het de enige niet-wetenschappelijke verslaglegging van de eerste grote volkstelling. En helaas, moeten demografen en epidemiologen nu vaststellen, was niet alleen de rapportage inadequaat. Ook methodologisch was dit een volkstelling van het jaar nul. De feiten op een rijtje:

Het principe van registratie in de plaats waar men was geboren leidde tot een enorme (verkeers)chaos, bijvoorbeeld tot overboeking van alle beschikbare lastdieren. Dat er voor de vlucht naar Egypte nog een ezel beschikbaar was, is een raadsel. Vermoedelijk was dit dezelfde als die in de kerststal. Ook de hotelaccommodatie schoot schromelijk te kort (ik verwijs naar de eerder genoemde stal).

Goede demografie eist registratie van de status quo op een nauwkeurig omschreven moment; het gaat om een puntprevalentie. Door te tellen gedurende een paar maanden werd de uitkomst nogal wazig.

Bewuste misleiding vond op grote schaal plaats. Gestorvenen werden opgevoerd als levend (voor voedselbonnen) en levenden werden als gestorven opgegeven (om belastingtechnische redenen), leeftijden werden verlaagd of verhoogd (ter voorkoming van dienstplicht) en het kindertal was meestal fictief.

De keizer heette weliswaar Augustus, maar de grote telling liet hij plaatsvinden rond december. Dat was nogal Romocentrisch bedacht. We weten van het televisiejournaal dat Klein-Azië en het Nabije Oosten frisse winters kennen, inclusief de sneeuwbuien die wij hier met kerst zo node missen. Dat deed de 'compliance' geen goed.

De registratie geschiedde hier op was-tafeltjes, daar op leitjes, elders op papy-

rus of perkament en weer ergens anders op scherven of kleitabletten. Centrale gegevensregistratie en -verwerking was zodoende illusoir.

Zeer gehandicapt werden de demografen en epidemiologen in Rome door de niet-gestandaardiseerde telsystemen. Werd aan de Zuidarabische kust al gewerkt met decimale registratie, zelf zaten ze met de onhandige Romeinse cijfers, en in Damascus en verder oostwaarts was het twaalfvallig stelsel in zwang.

De resultaten zijn nooit gepubliceerd in een voor wetenschappers toegankelijke en acceptabele vorm. Maar we vermoeden dat dit ook nimmer het oogmerk was van de Romeinse keizer.

Over de resultaten zal op hoog niveau wel flink zijn gestecheld en de nodige nivellering in inkomen, macht en levensverwachting zal daar weer uit zijn geresulteerd. Maar een unaniem beeld van de bevolking van het Romeinse Rijk heeft men ons, het nageslacht, voor immer onthouden. En, eerlijk gezegd, dat had men ook niet gekund, want er was wel census maar geen consensus.

Epifanie en epidemiologie

Na deze methodologische kritiek nog een blik op de lokale situatie in Palestina, een voor de Romeinen matig interessant en nogal onrustig rijkdeel. Ze waren tevoren somber gestemd over de bruikbaarheid van de gegevens uit dat lastige land. Omdat er tevens verkiezingen aan de telling waren gekoppeld, trachtten ze echter de zaak zo ordelijk mogelijk te laten verlopen. De Wijzen uit het Oosten bijvoorbeeld, waren drie onafhankelijke internationale waarnemers van de toenmalige Volkenbond. Want de Romeinen hadden dan wel een groot rijk, het oosten hadden ze niet. Overigens hebben de wijzen handig gebruik gemaakt van hun diplomatieke status door goud en andere kostbaarheden het land binnen te smokkelen. Op de afbeelding van het schilderij van Brueghel zien we dat de rij wachtenden voor de herberg - waar inderdaad geen plaats meer was (dat was dus geen horeca-smoes) - lang en chaotisch is en dat er, naast het gewacht, van alles gebeurt. Want tijdens het wachten gaat het leven gewoon door, zoals elders in dit nummer te lezen valt. Er werden huwelijken gesloten en ontbonden, mensen stierven en werden geboren ("Het geschiedde in diezelfde dagen"). Dat was voor de volkstellers een lastige complicatie. Sommigen raakten vertwijfeld en een enkeling werd echt gaga. Op het schilderij zien we helemaal achter het dorp op het ijs een verdwaalde

volksteller blootsvoets verward heen en weer zwenken ("Aber sein kleiner Teller, bleibt ihm immer leer").

Anders dan men zou denken, vormde de brute kindermoord tijdens de volkstelling, gepleegd op last van de paranoïde koning Herodes, geen probleem voor de tellers in Bethlehem. Want zuigelingen werden nimmer geteld, men telde pas mee als men van de borst af was. De afschuwelijke wandaad van de koning-collaborateur na 6 januari van het jaar 1 (het jaar 0 had in feite maar een week geduurd) leert ons hoe volkrijk en 'crowded' het dorp moet zijn geweest; sommigen van de onnozele kinderen waren daar geboren.

Einde van de vertelling

Feitelijk was deze volkstelling niet alleen een fiasco op korte termijn, maar een opmaat tot de ineenstorting van het Romanum Imperium. Want wie een aantal maanden de ganse bevolking van een wereldrijk van hot naar her laat reizen, streeft naar entropie. Alles loopt door elkaar heen, niemand is op zijn post, voorraden raken op en prijzen worden opgedreven, frustraties en woede zoeken een uitweg, onrust knaagt, de moraal knelt en het geweten kwelt. En, vooral, volk langs de weg praat en discussieert en krijgt ideeën. Het werd nooit meer rustig. In feite is de snelle en effectieve verbreiding van het christendom hierdoor begunstigd. De apotheose van de ontwikkeling was de Grote Volksverhuizing en de daarmee verbonden ondergang van het Romeinse Rijk. Dat leverde duizend jaar middeleeuwen op, met alle vreugde en verdriet van dien. Precies in het midden daarvan, duizend jaar na de eerste en duizend jaar voor onze, gegarandeerd laatste, telling (het fiasco van 1971), vond in Engeland een goede census plaats, die voortreffelijk werd geboekstaafd in het 'Doomsday Book' (1086). Het ambachtelijke tellen is verleden tijd. Maar het streven naar juiste en betrouwbare noemers is van alle tijden. Want er kan zoveel mis gaan in de wetenschap. Epidemiologen vrezen alfa- en bèta-fouten en een heel gamma van andere verstoringen, tot en met zelffouten. Demografen liggen wakker van alle wijzen waarop zij zich kunnen vertellen. Gebeurt dit bij een volkstelling dan spreken zij van een volksvertelling. En vindt dit bij een census rond Kerstmis plaats, dan leidt dat vanzelf tot een kerstvertelling. •

DR P. BOL,

arts-epidemioloog, secretaris bij de Gezondheidsraad

DE DOOD VAN PROFESSOR TAATGEN

Geert Bremer

VORIGE WEEK is Alfons Taatgen acuut overleden. Onder verdachte omstandigheden, stond in de kranten. "De hoogleraar Alfons Taatgen, de wereldbekende chirurg op het gebied van transplantaties, is op 63-jarige leeftijd onder verdachte omstandigheden overleden."

Het heeft geen zin dat ik hier initialen gebruik, iedereen weet over wie ik schrijf. Maar wat er zo verdacht was aan die omstandigheden weet nog niemand. De politie is ingeschakeld. Zo heet dat: ingeschakeld.

Alfons en ik leerden elkaar kennen in onze studententijd. Beiden studeerden we medicijnen, hij werd later chirurg, ik huisarts. Onze verhouding is altijd merkwaardig stabiel gebleven. We waren ook primair in elkaar geïnteresseerd, nauwelijks in elkaars privé-leven, leek het. We zijn beiden getrouwd en ondanks het feit dat we elkaar - ook nog dertig jaar nadat wij zijn afgestudeerd - enkele malen per jaar zagen, heb ik met zijn vrouw nooit kennism gemaakt.

Twee jaar na ons artsexamen belde hij mij op met de vraag of ik zijn paranimf wilde zijn. Ik wist niet eens dat hij met een promotieonderzoek bezig was. Over de anatomische structuur van de lever. Tijdens de promotie en het diner bleek dat ik niemand uit zijn omgeving kende. Alleen een broer van hem, een notaris, had ik vroeger wel eens gezien. De laatste vijf, zes jaar veranderde onze verhouding in die zin dat hij mij vaker bezocht dan ik hem. Misschien kon hij gemakkelijker zijn werk aan een waarnemer overdragen dan ik. Ik had veel bevallingen en die deed ik liever zelf. Hij belde en zei dan, zonder enige introductie, dat hij van plan was de volgende week even langs te komen. Kon dat? Dinsdag? Woensdag?

's Avonds at hij mee en daarna vond ons gesprek plaats tot een uur of half twaalf. Hij bleef nooit overnachten, rookte fors en dronk veel koffie.

Alfons was na een paar jaar hoogleraar geworden. Hij moest verhuizen, maar zijn bezoeken aan mij bleven doorgaan. Ja, hij kwam zelfs vaker dan vroeger en ik had soms het gevoel dat hij mij nodig had, dat ik een soort huisarts voor hem was geworden. Hij vroeg wel altijd hoe het met mij ging, maar het ging met mij altijd goed, dus wat moest ik anders zeggen?

Ons gesprek, zei ik. Hij praatte vooral en ik luisterde, een bezigheid die niet mijn fort is, maar in zijn aanwezigheid kostte zwijgen mij geen moeite.

Hij noemde mij altijd Louis. Daarmee was hij begonnen nadat ik hem had verteld dat ik in de oorlog zo werd genoemd. Louis.

Hij was de enige die mij zo noemde. Hij sprak altijd merkwaardig laatdunkend over zijn werk.

"Ik ben een monteur", zei hij dan, "ik pleeg montage-geneeskunde. Jij", zei hij, "jij doet als huisarts zinvol werk. Maar ik? Ach, kom nou. Ik kan pas werken als er doden zijn gevallen." Wat kon ik beter doen dan zwijgen na zo'n opmerking?

Zwijgen. Want ik had soms, na een bezoek van hem, zelf het gevoel dat mijn werk zinvoller was dan het zijne. Hoewel mijn naam de landelijke pers nooit heeft gehaald.

Bij zijn laatste bezoek vertelde hij mij een verhaal dat ik eerst niet geloofde. Maar hij bleef zeer ernstig en ik heb ook geen blijk gegeven van mijn on geloof. Daar kwam nog bij dat hij zich bedreigd voelde. Mèn, wie dat precies waren zei hij niet, mèn had hem gewaarschuwd: hij kon beter voorlopig niet publiceren.

Ik kreeg eerst het gevoel dat hij wat in de war was, projecteerde en paranoïd reageerde. Maar zijn verhaal werd zo rustig en weloverwogen gebracht, dat ik op het laatst twijfelde aan mijn eigen voorstellingsvermogen.

Ten slotte heb ik gezegd: "Alfons, je moet mij schrijven wat je verteld hebt. Liefst met de hand. Ik zal die brief

bewaren en de tekst openbaar maken als de tijd daarvoor rijp is."

Ik dacht ook: dan heb ik wat uitstel, want ik wist waarachtig niet wat ik doen moest. Toen ik vroeg wat hij van mij verwachtte, zei hij: "Ik verwacht niets van je. Niets, helemaal niets." Hij wilde zijn verhaal kwijt. Meer niet. Als huisarts kende ik dat fenomeen. Het maakt je werk ook wel rustig. Je wordt een archief dat weinig wordt geopend.

Hij wilde eerst niet, dat schrijven. Maar ten slotte zei hij: "Oké. Maar pas op. Het kan ook voor jou gevaarlijk zijn."


Dinsdag kreeg ik de brief, zaterdag is Alfons overleden.

Hier volgt de tekst van de brief. Zijn handschrift was hier en daar moeilijk te ontcijferen. Het lijkt mij goed als anderen de inhoud ervan ook kennen. Liefst zo snel mogelijk. Ik kan niet voor de waarheid ervan instaan, het is een brief van Alfons Taatgen. Als huisarts ben ik een leek op zijn gebied.

Beste Louis,
Ik schrijf je de feiten, zonder commentaar. Jij moet er te zijner tijd maar een mooi verhaal van maken. Je hebt wel vaker geschreven hoe onmogelijk de werkelijkheid is.

Enige tijd geleden las ik in de trein een oude krant, de Gooi- en Eemlander. Ik heb die krant nog: van 7 november 1992. Ik moest naar Den Haag, om naar een subsidie te vissen. Er stond: "Vijf-voudige transplantatie in de VS. Meisje (4) krijgt bijna alles nieuw." En plotseling dacht ik: bijna alles. Waarom niet alles? Waarom geen totaaltransplantatie? Deze gedachte heeft mij sindsdien niet met rust gelaten. Later noemden ze dat "grensverleggend".

Een half jaar later deden wij onze eerste TT. Onze eerste totaaltransplantatie. Bij dierproeven bleek dat er in het geheel geen immunosuppressie nodig was, bij de mens was dat niet anders. De ingreep werd daardoor eenvoudig en onze eerste publikatie, in de New England Journal, werd - zoals je weet - een 'world-revolution' genoemd.

Een probleem was vooral de donor. 

Sinds wij contact hebben gelegd met het buitenland (jij weet welk land) krijgen wij 'jonge verse overledenen' in diepvries toegezonden. Waaraan die mensen zijn overleden bleef onduidelijk. De kosten zijn hoog, maar wij wisten die te dekken met subsidies voor gefinancierd onderzoek. De ethische bezwaren, vooral in het begin, zullen wel weer verdwijnen. Dat is altijd een kwestie van tijd.

Tot zover, vind ik zelf, niet zo wereldschokkend.

Om het resultaat van een dergelijke TT goed te kunnen beoordelen heb ik - op jouw advies nota bene - contact gelegd met de naaste familie, meestal de man of de vrouw van de patiënt. Die methode was in ons werk geheel nieuw. Echt evalueren - zoals dat heet - daar hebben wij de pest aan.

En wat bleek: de patiënt was zó anders geworden dat er nauwelijks mee te leven viel. Een vrouw werd na de operatie zo vroom als een non. Een vent verkocht al zijn duiven en ging postzegels verzamelen. En meer van dat gek. Toen kreeg ik een idee. Bij nader onderzoek in het 'thuisland' bleek dat de patiënt eigenschappen van de donor had gekregen. We moesten daarbij samenwerken met psychologen, voor ons nieuw. Jij weet hoe vreemd die jongens zijn. Dat bracht mij op de gedachte ook andere transplantatiepatiënten te onderzoeken en het bleek dat al deze mensen waren veranderd: andere mensen, afhankelijk van het soort en het aantal organen dat was getransplanteerd. Ja, je zult het nauwelijks geloven, maar zelfs een bloedtransfusie heeft een dergelijke invloed, gering maar aantoonbaar.

Het interessante is, dat deze ontdekkingen weer aanleiding hebben gegeven tot geheel nieuwe exploraties van karakterologische kenmerken. Ik zelf vond die ontdekking veel grensverleggender dan het doen van een TT. Maar niet iedereen dacht er zo over.

Toen ik die bijwerkingen, zal ik maar zeggen, op een congres vertelde, kwam een mij onbekend heer 's avonds mijn hotelkamer in met de mededeling dat ik beter met dit soort onderzoek kon stoppen. Hij waarschuwde mij. Het transplanteren was een grote bedrijfstak waar miljoenen in omgingen. Ik moest niet gaan dwarsliggen. Enzovoort.

Ik zei, dat ik er niet aan dacht te stoppen en een week later werd er 's avonds laat bij mij thuis gebeld. Er stond een jonge man op de stoep die mij aan dat gesprek herinnerde en vroeg hoe ik er nu over dacht. Mijn mening was niet veranderd.

"Jammer", zei hij, "wij weten wat ons te doen staat. Goeden avond."

Beste Louis, dit is het verhaal dat ik je vorige week vertelde. Zie maar wat je met deze brief doet. Schrijven met de hand, en zeker zo'n lange brief, doe ik niet veel. Ik krijg kramp in mijn vingers

en moet steeds even stoppen. Bovendien is het slecht leesbaar, ben ik bang. Alleen mijn minnaressen krijgen met de hand geschreven brieven, maar die zijn veel korter.

Groeten,
Alfons

DE AARDE TE VOET

Opgedragen aan Emil Schumacher

HET LEVEN ALS EEN GEBARSTEN STEEN
VOOR OGEN, DE TIJD OP TILT GESLAGEN,
EEN LIJN ALS SCHREEUW DOOR EEUWEN
HEEN,

MAAR OOK VERTWIJFELD ALS EEN PAARD,
VLEIGELLAM, HALF DOOR VLIJVERSTIKT,
ONTVALLEN AAN FABELS, MYTHEN, SAGEN,

EEN LIJN, DIE ZICHZELF HERVINDT,
OER-ARCHITECTUUR, ONTWAPEPEND
GELAAT VAN EEN GEGROND VERLEDEN:

OKER UIT HET AS VAN MARC HERBOREN,
ROOD ALS ALLE BLOED VAN VERDUIN BIJEEN,
BLAUW ALS DE TIGRIS,
IN ZIJN VAL VERLOREN;

MET MIJN BLIK DIT GELAAT TEGEMOET
GA IK DOOR JOLIV CIRKEL HEEN,
DE HEMEL TE LIJF EN DE AARDE TE VOET!

Ignace Schretlen

Ignace Schretlen werkt half-time als huisarts, half-time als auteur/beeldend kunstenaar. Zijn eerste gedichtenbundel, 'Tussen Sinas en Elias', verscheen in 1976. De bundel 'De aarde te voet' werd in 1992 uitgegeven door Verzameld Werk in Nijmegen.

MANNEN WETEN NIET WAT ZE MISSEN

Peter Buijs

Peter Buijs en zijn vrouw wilden aanvankelijk allebei huisarts worden in een gezondheidscentrum. Met het oog op kinderen leek dat echter te veel van het goede. Anders dan gebruikelijk koos hij en niet zij voor part-time-werk elders. Vanaf 1980 combineert hij een 0,6-baan als sociaal-geneeskundige bij het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) met de zorg voor Pieter (1981) en Marieke (1986). Over de ingewikkeldheden, maar vooral over het plezier uit deze periode heeft hij een boek geschreven dat a.s. voorjaar verschijnt. Aan het manuscript ontleen we twee fragmenten over de beginjaren.

Een duobaan en een dubbele boekhouding

Al genoot ik van het doordeweeks optrekken met ons tweejarig zoontje, Pieter, het was prettig dat te kunnen afwisselen met zinvol, betaald werk buitenshuis, waar een heel ander beroep op me gedaan werd. Al snel werd me duidelijk wat het combineren van dit soort werk met kinderen vereiste: het vermogen om snel te switchen in m'n hoofd, het hanteren van een dubbele boekhouding en voor lief te nemen dat er soms werd 'ingebroken' door thuis op het werk en zeker ook omgekeerd. Dat was geen bezwaar zolang 't ging om een enkel telefoontje, een keer later op het instituut of eerder weg, gecompenseerd door 's avonds extra schrijven aan een nota of zo. Bedenklijker werd het als 't om veel meer ging dan 24 uur. Die verleiding lag permanent op de loer, om anderen niet te laten wachten, een deadline te halen, een opdracht te verwerven, vanwege de actualiteit of gewoon omdat het leuk of uitdagend was. Zo zat ik in het begin thuis nogal eens te werken als Pieter sliep of rustig in de box zat. Maar al in de loop van het eerste jaar werd duidelijk dat ik me niet rijk moest rekenen. Soms lukt het, maar juist als ik er stiekem op gerekend had, liep het vaak anders, kon hij niet in slaap komen, was hangerig of vroeger wakker dan normaal. Ik had er dan de smoor in en reageerde dat soms op

hem af door kribbig te doen of 'm onnodig lang te laten huilen. Volkomen onterecht en contraproductief, omdat mijn concentratievermogen dan toch al weg was en hij alleen maar meer uit zijn doen raakte.

Nee, al snel werd duidelijk: de thuisdagen zijn voor mijn nieuwe huisgenoot. En reken met werken nergens op, dan kan het alleen nog maar meevallen. Toch moest deze conclusie nog wel eens herbevestigd worden. En soms was er sprake van twijfelachtige concessies, zoals toen de vakantie van het gastgezin samenviel met de afronding van een belangrijk rapport. Omdat mijn collega kamergenoot afwezig was, reisden we een paar keer af met het opvouwbbedje, twee volle tassen en m'n camera. Die registreerde enkele zwart-wit-getuigen van deze wel wat vèrgaande variatie van de combinatie werk-kinderen: m'n bureau vol vakliteratuur en schrijfspullen, met op de achtergrond een bedje waar diepe rust heerst, of Pieter breed lachend, zittend naast z'n speeltjes op mijn kamer ...

Drie jaar lang merkten we hoe stressvol ons bestaan zou zijn als ik full-time zou werken. Voor mijn specialisatie in de bedrijfsgezondheidszorg moest ik dan één week per maand elke dag naar het opleidingsinstituut in Leiden of naar Shell-Pernis, Hoogovens, Philips, Fokker of andere bedrijven. Dat betekende oppassen regelen op wie je absoluut kon rekenen, die bereid waren vroeg te komen en laat weer weg te gaan; en verder korte avonden, op tijd naar bed, in de knijp zitten voor onverwachte complicaties. Wat was het dan een opluchting als het weekend werd en m'n driedaagse werkweken weer aanbraken.

Heel wat stress scheelde het ook, dat het in de regel goed mogelijk was om later te beginnen vanwege mijn brengbeurten naar het gastgezin en de crèche. Dan werkte ik meestal langer door, maar dat merkten alleen een enkele collega en de beveiligingsbeambte, terwijl velen mij te laat zagen

komen. Althans zo voelde dat, als ik zo onopvallend mogelijk het pand betrad, door de gang naar m'n kamer sloop en de deur veel zachter sloot dan opende om even later naar de koffieautomaat te gaan ...

Door mijn 0,6 dienstverband was er van de oorspronkelijke gereserveerde volledige arbeidsplaats nog 0,4 over. Toen na m'n inwerkperiode de richting van m'n vervolgactiviteiten duidelijker werd, stelde ik voor een duo-arts aan te trekken. Dat kon en tot mijn vreugde werd het m'n opvolger in het gezondheidscentrum. Hij had eveneens een werkende partner en combi-plannen en werd precies in die periode vader. Zo vormden wij een paar apart en hadden veel te bespreken, zowel over de gezondheidszorg in het algemeen als over onze thuiszorg in het bijzonder. En de ideeën die we toen ontwikkelden over het veel meer bij ziekteverzuim betrekken van de bedrijfsarts en huisarts zijn jaren later een belangrijke rol gaan spelen in het vakmatig en maatschappelijk debat.

Zijn opvolger was opnieuw een goede bekende met een werkende partner en combi-plannen die tijdens z'n dienstverband vader werd. Onze gedachtenwisselingen gingen behalve over onze thuiszorg vooral over de rol van de bedrijfsgezondheidszorg bij preventie van arbeidsongeschiktheid. De samenwerking op dat terrein duurt voort, al is hij elders hoogleraar geworden, in combinatie met een telkens weer bevochten thuisdag voor z'n twee dochters. Een dag die samenviel met de mijne en zich dus goed leende voor afspraken in Artis om tussen de kinderbedrijven door te kunnen bijpraten over de beide vormen van zorg die in ons leven zo'n belangrijke plaats innemen. (En wat een verrassing was het om daar nog een andere collega part-timer-vriend tegen te komen met zijn zoontje.)

Zijn plek werd al snel opgevuld door een vrouwelijke bedrijfsarts met twee kinderen en een werkende partner.

En behalve de nodige vakmatige zaken bespraken wij natuurlijk de tegens, maar vooral de voors van onze combinatiefunctie. Daarbij viel meer overeenstemming dan verschil te constateren, het sekse-onderscheid ten spijt... Maar terug naar die eerste jaren. Die leenden er zich al met al goed voor om het combineren van werk en kinderen in de vingers te krijgen. Zeker vergeleken met latere periodes, was mijn baan nog behoorlijk overzichtelijk en meestal goed van te voren te plannen. En naarmate m'n greep op de ingewikkelde WAO-materie toenam schonk 't me inhoudelijk steeds meer bevrediging. Toch, hoe enthousiast ik ook over m'n werk praatte, de reacties op de overstap waren nogal eens meewarig. Was dit de prijs van m'n keus of m'n eigen onzekerheid, opgeroepen door een echo uit m'n huisartsverleden?

De spannende, wonderlijke buitenwereld

Toen Pieters middagslaapje verviel, konden we er veel meer samen op uit. Ook dat werd steeds leuker naarmate zijn bevattingvermogen toenam. We maakten er meestal iets spannends van, wat voor mijzelf trouwens ook wel nodig was vanwege de gewenning aan het huis gebonden zijn. Daar had je alles bij de hand voor de verzorging en bestond de kans om nog iets voor mezelf te doen op zo'n dag. Die overzichtelijke binnenwereld verruilden we voor langere tochten, uitgebreidere speelplaatsen, oude vertrouwde plekken en nieuwe doelen: het circus, het planetarium en de bioscoop, met die oplopen de spanning op z'n gezicht voor 't begon, in korte tijd maximaal stijgend als het langzaam donker werd. Of neem Schiphol: het centrale terras, het restaurant, maar vooral de plekken bij de landingsbanen, waar hij de vliegtuigen al van verre aan hun lichtjes kon herkennen en zag groeien tot ze vlak over

ons hoofd scheerden. Voor hem en mij telkens weer een enerverende sensatie.

Maar ook minder spectaculaire aspecten van de buitenwereld waren een bron van genoeg en verwondering. Muurtje-lopen, lekker samen sjokken door de dorre krakende herfstbladeren, of de kennismaking met winterfenomenen als hagel - zo is het er, zo is het weg; voor 't eerst lopen door de sneeuw, dat wonderlijke, krakende goedje, waar hij maar geen genoeg van kon krijgen, hoe koud zijn handen ook waren. IJs, om er z'n eerste stappen en smakken op te maken, maar daarvoor al het plezier om er eenden op te zien landen, glijden en er doorzakken. Waarna de eerste sneeuwklonkjes en krokussen opnieuw redenen voor verwondering zijn.

Het winkelen werd ontspannender. Hij kon nu vrij rond rondlopen, zelf boodschappen pakken, "bonnetjes plukken" (nummertjes trekken) of "korsetten" (courgettes) bestellen. Alleen die ellendige hobbelpaarden, jeeps, treinen, enz. in winkelcentra, die voor f 1,- wel dertig seconden op en neer gaan... Als het niet lukte hem ongemerkt daarlangs te loodsen, wat dan? Botweg weigeren en met een huilende peuter de supermarkt in? Hem erop zetten en zelf schudden? Alleen doen als het 50 cent kost? Gewoon toegeven? Zoek het maar uit! Mijn alternatief was, dat hij als dank voor zijn hulp zelf wat mocht uitzoeken. Maar dan wel iets dat wij allebei lekker vonden, ter indekking tegen zijn voorliefde voor koeken met dat knalroze glazuur, waarvan je tanden bij het zien al pijn deden. Trouwens, vanaf z'n tweede ging hij alleen al graag mee naar de supermarkt vanwege de volgende vaste act: uit het rek baby-artikelen kreeg hij van mij zoals voorheen een pak luiers om in de kar te doen. Die gaf hij dan triomfantelijk terug met de mededeling: "Hoeft

niet meer, dommie!"

Ook uit eten kon weer, nu samen met hem. Pizzeria's waren favoriet, vanwege de kindvriendelijkheid en omdat hij mee kon kijken hoe het klaargemaakt werd. Chinese restaurants vielen eveneens in de prijzen, vanwege 't snelle opdienen en de aquaria met prachtige tropische vissen. Wel hield zo'n bezoek het risico in dat Pieter rokende medegasten net zo toesprak als thuisbezoek dat een sigaret opstak: "Stinkstok"! En kon Loes 's avonds niet thuis eten, dan hielp hij maar al te graag beslag maken voor z'n favoriete maaltijd: pannenkoeken. En hij was dankbaar publiek bij het opgooien en (meestal) omgekeerd in de pan opvangen van de baksels. In die periode viel ook zijn eerste concert, toen mijn jongste broer meespeelde in de Waalse Kerk. Enthousiast liep Pieter op hem af voor een zoen, juist toen de dirigent binnenkwam - een privilege van driejarigen. En een jaar later luisterde hij vanaf het Concertgebouwpodium gefascineerd naar de laatste symfonie van Sjostakowitsch, vooral vanwege het veelsoortige slagwerk.

Een heel apart charme ten slotte had het fietsen met Pieter tussen m'n armen in het stuurstoeltje, honderd-uit vragend over wat er te zien was en mij zo nog meer dwingend alles door zijn ogen te bekijken:

"Als we doorfietsen, waar komen we dan?"

"Wat denk je?"

"De wereld rond, hè?"

"En waar komen we dan?"

"Hier weer in het park!"

Het was of we een stukje veilige binnenwereld meenamen, zodat hij de overstelpende hoeveelheid indrukken uit de immense buitenwereld beter verwerken kon.

Mannen weten niet wat ze missen' verschijnt april/mei 1995 bij Uitgeverij L.J. Veen te Amsterdam.

Associatiejes

Frans Hiddema

De angst voor eigen schaduw bepaalt de angst tot anderen

Naakte feiten zijn nogal eens in strijd met de goede zeden

Je moet de ogen sluiten om iets goed onder ogen te zien

Niet ieder oudje is van gisteren

Gezien de werkelijkheid is een pessimist een optimist

Wie het kind in zichzelf begraaft krijgt een steen op de maag

Wie zich uit de naad werkt loopt kleerscheuren op

Helderzienden sluiten hun ogen

Gelovigen die hun leven in eigen hand nemen plegen abortus

De tijd heelt wel de wonden niet de littekens

In de stroom van gedachten vangt men slechts een enkel visje

Wie zijn lusten streelt is blij van zinnen

BEROEP: CLIËNT-DESKUNDIGE

Een nieuwe ster aan het firmament van de gezondheidszorg

Marlieke de Jonge

Wat is een cliënt-deskundige? Een cliënt-deskundige is een praktizerend klant van de gezondheidszorg die tevens werkzaam is in die sector. Wat doet een cliënt-deskundige? Een cliënt-deskundige houdt anderen aan het werk.

"Het zijn mensen en geen organisaties die de wereld veranderen"

Til Gardeniers, lid Raad van State

HET BEROEP cliënt-deskundige bestaat nu ruim een jaar: zolang werk ik inmiddels in die functie bij het Regionaal Ziekenfonds Groningen. Ja, als je niet in een kant-en-klare baan past, moet je zelf iets verzinnen, en ik ben gewend het leven niet op een presenteerblaadje te krijgen.

Een cliënt-deskundige is een nieuwe 'ster' aan het firmament van de gezondheidszorg. Echt nieuw niet, natuurlijk: de mensen, enkele eenzame fietsers, zijn er altijd geweest. Maar zoals je geen ziekte kunt hebben waarvan de diagnose niet is gesteld, zo kun je geen vak uitoefenen dat niet is benoemd en beschreven.

Dat riekt naar professionalisering. Klopt: dat is het ook! Maar wel professionalisering op eigen deskundigheid en geen poging 'te worden zoals zij', geen professionalisering op grond van een minderwaardigheidscomplex. Het is juist een professionalisering die dient om de zogenoemde proto-professionalisering (A. de Swaan - UvA), die de patiëntenbeweging meer en meer lijkt te verlammen door bureaucratisering en waarin voor praktizerende patiënten geen plaats is, tegen te gaan.

Wat voor waarde heeft de patiëntenbeweging zonder (gevoel voor) eigenwaarde?

Nu sta ik weer op allerlei tenen. Dat weet ik - dat is het lot van een cliënt-deskundige en tevens zijn of haar keuze. Wie zijn nek uitsteekt kan het hak-

blok verwachten. Cliënt-deskundige is een zwaar vak. Je kunt je niet verschuilen achter regels, procedures, organisaties en andere schijnzekerheden. Daarom is het belangrijk collega's te hebben.

Netwerk cliënt-deskundigen

"Jij alleen kunt het, maar je kunt het niet alleen" (motto Stichting Nieuw Hooghull, Eelde)

Het netwerk cliënt-deskundigen bestaat nu een half jaar. Opgericht op 28 maart 1994 in een "Snertverderrie, wat is dit voor aasgierensamenleving, maar ons krijgen ze er niet onder, oh nee!"-stemming door Conny Bellemakers en mijzelf. Als frontsoldaten in de gezondheidszorg, eenzame fietsers en pragmatische idealisten (= idealisten die hun doel daadwerkelijk kunnen en willen bereiken) heb je elkaar hard nodig. Voor intervisie, uitwisseling en ontwikkeling van strategieën, theorievorming en nieuwe ideeën, voor het opleiden van aspirant-cliant-deskundigen (het netwerk als 'ongeorganiseerde' beroepsorganisatie), etc. Maar ook voor morele steun en assistentie bij het dagelijks overleven met een chronische ziekte, beperking of probleemkluwen in een gezondheidszorg en een samenleving die niet ingericht zijn op actieve 'patiënten'.

Reisrouteplanning plus alternatieven in geval van uitvallende functies van lijf of hulpmiddelen hoort bijvoorbeeld tot de normale voorbereiding van werkbezoeken en vergaderingen. Wie houdt daar rekening mee? De eigen patiëntenorganisaties meestal niet eens, helaas. Cliënt-deskundigen zijn een taai soort, maar leven met een chronische ziekte is een loopgravenoorlog. En zonder steun van collega's verliest de patiëntenbeweging haar kader.

Profiel cliënt-deskundige

Erkennen is hard nodig! Een beroep zonder profiel gaat verloren in het Nederlandse nivelleringsyndroom, dat moeite heeft met het erkennen en waar-deren van verschillen en gelijkwaardigheid verwart met gelijkheid. Gelij-

Een cliënt-deskundige is als praktizerend klant van het gezondheidszorgbedrijf tevens werkzaam in die sector. Cliënt-deskundigen voldoen aan de volgende kwaliteitscriteria.

Een cliënt-deskundige:

heeft een intensieve opleiding van tenminste vijf jaar gezondheidszorg praktijk achter de rug;

schoolt zich (noodgedwongen) nog steeds dagelijks bij, inclusief stages in ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra, etc.;

kan over de grenzen van eigen persoon, problematiek, leefwereld en achtergrond heen kijken;

denkt en handelt zo nodig onafhankelijk van organisaties en andere verdeel- en beheerssystemen; leeft eigen principes, zoals openheid, fair play, solidariteit en gelijkwaardigheid;

kiest voor activiteiten die gericht zijn op het bevorderen of herstellen van de autonomie van mensen;

denkt, spreekt en schrijft altijd vanuit het patiëntenperspectief en in normaal Nederlands;

bijdrage aan de gezondheidszorg (ervaringsdeskundigheid is de optelsom van eigen en andermans eigen ervaring en daar praktijktheorieën uit gedestilleerd);

verdiept zich daarom ook in de gezondheidszorg vanuit het perspectief van zorgaanbieders, financiers en de rest van de samenleving;

onderscheidt middelen van doelen.

Macht, positie, carrière, maar ook wet- en regelgeving, structuren en organisaties, zijn middelen en geen doelen op zichzelf. Een cliënt-deskundige werkt aan concrete doelen met een menselijk gezicht;

respecteert verschillen en ziet samenwerking als optelsom van (verschillende) deskundigheden. Hij of zij gaat zorgvuldig om met alle mensen, ongeacht tot welke partij, organisatie of probleemgroep ze horen.

heid is een illusie: een patiënt met eigen ervaring is niet vanzelf een ervaringsdeskundige, die op zijn beurt weer niet automatisch een cliënt-deskundige is. Dat heeft weinig te maken met meer of minder deskundig, wel met *anders deskundig* en dus anders inzetbaar. Het heeft ook te maken met investering, verantwoordelijkheid en doelgerichtheid (het pragmatisch idealisme, dus). Een patiënt met eigen ervaring brengt die eigen ervaring in, een ervaringsdeskundige weet ook uit eigen en andermans eigen ervaringen praktijktheorieën af te leiden. Een cliënt-deskundige is bovendien een professional, een vakman/vrouw. De kwaliteitscriteria waaraan een cliënt-deskundige moet voldoen zijn dan ook behoorlijk streng. Cliënt-deskundigen houden zich *niet* bezig met belangenbehartiging ten dienste van een specifieke patiëntengroep - dat laten ze graag over aan patiëntenorganisaties.

Cliënt-deskundigen houden zich ook *niet* bezig met in-

spraak en medezeggenschap - dat is de taak van patiënten- en bewonersraden, om maar eens een paar andere spelers te noemen die opereren vanuit het patiëntenperspectief. Cliënt-deskundigen zijn inzetbaar in de gezondheidszorg zelf en op de belendende deelterreinen: in de opleidingswereld, bij aanbieders van zorg en zorgverzekeraars, bij de overheid, bij adviesclubs en onderzoeksinstituten, bij GAK/GMD's, etc. Werkzaam zijn bij een patiënten- of consumentenorganisatie kan natuurlijk ook. Activiteiten, takenpakket en specifieke aanvullende eisen verschillen, afhankelijk van de werplek, invalshoek en uiteindelijke doelstelling niet. Die *doelstelling* is kort samengevat: het versterken van autonomie en gevoel van eigenwaarde van de vaste klanten van een maatschappelijk geïntegreerde doelmatige en menselijk verantwoorde gezondheidszorg. Gelukkig zijn daar heel concrete activiteiten uit af te leiden. Bij wijze

van voorbeeldmateriaal een greep uit mijn eigen *takenpakket* bij het Regionaal Ziekenfonds Groningen:

- signalering van knelpunten, zoals ondoelmatig werken (patiënt te lang onderweg), 'vergeten' patiënten-categorieën (de zogeheten ping-pong- en jojo-klanten), structurele verkeerde problematiek (hulp helpt niet) en gebrek aan samenwerking (een patiënt is geen optelsom van kapotte onderdelen). Oplossingen zoeken samen met de direct betrokkenen dwars door partijen en niveaus heen hoort het daar vanzelfsprekend bij;

- advisering ziekenfonds en zorgaanbieders;
- opzetten van zelfhulpactiviteiten;
- deskundigheidsbevordering in cursusvorm voor vaste klanten van de gezondheidszorg ('empowerment');
- inbreng patiëntenperspectief in opleidingen, themamiddagen, symposia, cursussen;
- netwerkontwikkeling ten bate van werkers in de gezondheidszorg;
- voorlichting en PR;
- contact leggen tussen politiek en gezondheidszorg;
- bijdrage aan onderzoek vanuit patiëntenperspectief;
- ontwerpen en mee-opzetten van nieuwe zorgvormen;
- 24-uurs telefoondienst voor ja, voor wie niet? Klachten, vragen, crisistoestanden en verzoeken om mee te denken zijn welkom.

Mensen zeggen wel eens tegen mij: "Wat doe je veel!" Mijn antwoord is dan: "Ik? Ik doe niks. Ik houd anderen van het werk." En dat is precies de waarde van cliëntdeskundigen: ze zijn geen nieuw eilandje in de gezondheidszorg-archipel; ze vervullen een soort vliegwielfunctie, ze geven en bewaken de richting en ze versnellen het tempo van de zorgontwikkeling.

Twee vragen

Tenslotte twee standaardvragen:

1. *Onafhankelijk blijven en werken in een organisatie - kan dat?*

Ja, waarom niet. De waarde van een cliënt-deskundige zit juist in de eigen invalshoek. Een sterke organisatie maakt zichzelf alleen maar sterker met een kritische medewerker in huis. Een cliënt-deskundige is een strateeg: die weet heus wel hoe en waar hij of zij verschil van mening naar buiten moet brengen en waar niet.

2. *Word je als cliënt-deskundige niet ingekapseld als je in een gezondheidszorg organisatie gaat werken?*

Deze vraag komt voort uit vijanddenken en gebrek aan zelfbewustzijn. Een cliënt-deskundige is daar allang overheen gegroeid. Identiteit verliezen? Dat zit er echt niet in met zo'n vooropleiding. Dan was dat toch al veel eerder gebeurd? Bovendien hebben we het netwerk om ons wakker te houden. •

MARLIEKE DE JONGE,

cliënt-deskundige Regionaal Ziekenfonds Groningen

Met medewerking van: Conny Bellemakers, cliënt-deskundige bij de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht, en Yolan Koster-Dreese, cliënt-deskundige bij de Stichting Kantel Konsult.

BIJNA KERST
EN IK
WANDEL IN HET DONKER
KIJK DOOR DE RAMEN
ZIE KERSTBOMEN, LICHTJES.
BIJNA VOEL IK
DE WARMTE.

OP DE AFDELING STAAT
OOK EEN KERSTBOOM
MAAR DE LICHTJES GEVEN
NIET ÈCHT LICHT.
LAAT STAAN WARMTE
WANT IK WOON ER WEL
MAAR BEN ER NOOIT
'THUIS'

J. Bouwens

DIAGNOSES VAN EEN PATIËNT

Karin Spaink

EEN INMIDDELS KLASSIEK verwijt van patiënten jegens de medische stand is, dat artsen hoofdzakelijk de klacht zien en niet heel de mens. Artsen zouden - vergeef me de woordspeling - te technisch opereren. Dit is een ietwat paradoxaal verwijt, want zodra hen iets scheelt dat zich als ernstig voordoet, willen veel mensen niets liever dan dat artsen en specialisten hun hele repertoire aan technisch vernuft inzetten om hen van deze klacht te verlossen.

Het enige moment in mijn nu bijna acht jaar durende loopbaan als patiënt dat ik die houding, waarbij de klacht belangrijker wordt geacht dan de mens, aan den lijve heb ondervonden, was toen vier heren in het wit om mij heen stonden en met lampjes en drukmeters in de weer waren en na afloop over mijn hoofd heen uitgebreid over de mogelijke oorzaken van mijn toenmalige halfblindheid delibereerden. Ik verzeker u: ik nam daar geen aanstoot aan. Ik wilde eerlijk gezegd niets liever dan dat ze zich uitgebreid met mijn klacht bezighielden, aangezien ik die persoonlijk als tamelijk bedreigend ervoer voor mijn heel-mens-zijn. In zo'n situatie stel je snel prioriteiten. Dat ze over mijn hoofd heen praatten gaf dus niet zo; het enige ècht erge was dat ze het zo verschrikkelijk oneens waren. Alle vier droegen ze een andere verklaring aan voor mijn slechte zicht. Artsen had ik altijd een zekere deskundigheid toegekend, maar dit leek meer op lukraak gissen. Ze deden examens op mijn ogen, ik was multiple choice. En niemand die met enige overtuiging een hokje aankruiste. Bovendien hadden ze geen gevoel voor humor. "Heeft u soms in een fel licht gekeken?", vroeg een arts me na het afronden van weer een onderzoek. "Ik doe hier de hele week al niet anders", zei ik, vastgeklemd tussen een hoofdsteen en een eng apparaat dat op mijn oogbol rustte, mijn oog tranend van lampen en van niet kunnen knipperen, mijn pupillen

groot van angst en belladonna. Hij kon het niet waarden. Grappen over in het duister tasten hield ik, wijs geworden, de rest van die week voor me.

Klacht versus mens

Een jaar later kreeg ik het voor het eerst aan de stok met een arts. De zaalarts van het ziekenhuis waar ik was opgenomen, wilde mijn klachten juist niet zien. Hij beweerde, dat ik last had van stress en dat ik me heus moest beheersen een ontspannen. Ik beaamde dat ik last had van stress, maar vond dat zulks gezien mijn fysieke ontregeling een uiterst gezonde reactie was. Hij hield vol dat stress de oorzaak van mijn fysieke problemen was; ik kende mezelf goed genoeg om te weten dat ik niet op stress reageer met spiertics, vlagen van zeeziekte, een halfblind oog en verlammen-de vermoeidheid. Hij wilde dat ik me mijn klachten uit het hoofd zette, ik verdedigde ze met hand en tand. Hij wilde me mijn ziekenhuisbed uit hebben, ik klampte me eraan vast - het vertegenwoordigde mijn enige veiligheid, want eigen, plek in het hospitaal. Hij bezwoer me dat ik niet bang moest zijn voor een tumor. Dat was ik niet: ik was bang voor multiple sclerose, maar durfde dat allang niet meer te zeggen uit angst hem het definitieve bewijs voor mijn hyponchondrie in handen te spelen. In de loop van dat drie weken durende gevecht om klacht versus mens veranderden onze rollen. Ik werd de leeuw, die van haar circusbed af moest, hij de dompteur. Hij knalde met de zweep, ik grauwde. Het kwam zover dat ik opgelucht was wanneer onderzoeken slechte uitslagen te zien gaven. Nu moest hij mijn klachten wel serieus nemen.

Bij het bespreken van de MRI-scan draaide deze arts plotseling geheel om. Had hij me eerder nog gemeld dat de uitslag van de ruggemerprik in orde was - ik moest me heus geen zorgen maken - nu bleken daar toch allerlei vreemde, want te hoge waarden uit te zijn gekomen. Te veel eiwit zus, te veel iets anders zo. Ja, dat kwam doordat er

op de scan toch iets te zien was geweest, legde hij uit, bereidwillig ineens: vage witte plekjes, nee, daar kon hij verder niets over zeggen, dat zag je wel vaker bij sommige ziektes. Ik was zo overdonderd door die combinatie van vals gebleken vermaningen en onheilspellende berichten, dat ik niet verder vroeg. Ik had helemaal niet van hem willen winnen. Ik hield de hand van mijn geliefde vast. Ik mocht naar huis. Controle over een maand. En goed uitrusten. Alsof ik iets anders kon.

Witte vlekken op de scan, had de zaalarts gezegd. Hoezo op de scan? Alsof ze zich daar bevinden, die vlekken, gerieflijk ver weg: op de foto. Wat niemand indertijd hardop heeft durven zeggen, is dat die vlekken *in mijn hersenen* zitten.

Later had ik nog een huisarts die dacht mij beter te kennen dan ik mezelf, en die me elke keer als ik voor iets kwam ernstig onderhield over hoe het nu 'met mij als mens' was. Hij drong er tot vervelens toe op aan dat ik met een psycholoog zou spreken over de verwerking van mijn ziekte. Ik vrees dat ik afweek van het plaatje van Kübler-Ross en in zijn ogen niet alle stadia van het rouwtraject had doorlopen. Maar waarschijnlijker is, dat hij meer in de war was van mijn ziekte dan ikzelf; ik was zijn enige MS-patiënt en hij wilde het zo verschrikkelijk graag goed doen.

Inmiddels ben ik tot de conclusie gekomen dat ruzies en onderhuidse kribbigheden tussen patiënten en artsen weinig hebben uit te staan met de vermeende technologische houding van die laatsten. Het grote probleem in de omgang tussen artsen en patiënten gaat naar mijn stellige opvatting schuil in het feit dat het voor artsen zo honds-moeilijk is te doorgronden hoe angstig mensen kunnen zijn wanneer er iets mis gaat in hun lichaam. De arts kan zich maar moeilijk een voorstelling maken van de omvang en diepgang van die paniek en reageert daar zodoende soms onbeholpen op. Een heel menselijke tekortkoming overigens: als de desbetreffende situatie godlof weer

achter ons ligt, kunnen we zelf al niet eens meer goed de afgronden van onze toenmalige angst peilen, laat staan dat een ander dat kan. Moet u ook altijd zo

laten testen. En wat ik doe moet ik zelf weten, maar anderen belasten met wat ik doe of heb gedaan vind ik not done, dus ik wens graag te weten waar ik sta.

ER ZIJN NATUURLIJK ARTSEN DIE HUN PATIËNTEN NIET VOOR VOL AANZIEN

lachen over hoe idioot u laatst in het donker flook, terwijl dat op dat moment de meest logische bezwering leek? Niettemin geloven artsen inmiddels deze kritiek op hun technologisch handelen zelf ook. En schrijven dus bijvoorbeeld boeken over hoe het hen verging toen ze - buiten de waard gerekend - plotseling zelf geveld raakten door een min of meer ernstige aandoening. De dokter die een been brak, de dokter die kanker kreeg, de dokter die een ziek kind had: allen komen zij geheel gelouterd uit de strijd, gebukt en gebogen onder schuldbesef en vol vaste voorneemens het voortaan beter te doen. Maar dat heeft niets te maken met te technisch handelen. Volgens mij hebben ze simpelweg geleerd wat *angst* is.

Niet voor vol aangezien

Er zijn natuurlijk artsen die hun patiënten niet voor vol aanzien. Die denken dat hun patiënten nare berichten niet kunnen verdragen, die patiënten tegen zichzelf menen te moeten beschermen, die geboren doen over hun eigen deskundigheid en ervaring. Toen mijn medische boodschappenlijstje een jaar geleden lang genoeg was om afhandeling te behoeven, maakte ik een afspraak met de huisarts. We gaven elkaar een hand. Wij waren nieuw voor elkaar. Hij ging ook zitten. "Ik kom voor een baarmoederuitstrijkje", zei ik en overhandigde hem een oproep dienaangaande die de GGD me had opgestuurd. De huisarts knikte. "Verder heb ik een wratje waar ik vanaf wil", en wees naar mijn knie. Hij knikte weer. "En ik wil graag een AIDS-test." Nu werd hij bleek. "Een AIDS-test? Heb je reden om aan te nemen dat..." Hij maakte zijn zin niet af. Natuurlijk heb ik redenen om aan te nemen dat. Wat veilig is en wat niet, is niet met zekerheid zeggen en ook al doe ik mijn best: voor het celibaat ben ik niet in de wieg gelegd, een wondje heb je zo, condooms scheuren regelmatig, dames bloeden, een toenmalig vriendje meldde me eens opgetogen gezellig met vrienden heroïne te hebben gespoet en hoe veilig de tandarts werkt is geen uitgemaakte zaak. Ik heb derhalve redenen te over om me regelmatig te

"Een AIDS-test? Weet je dat wel zeker?" Ik knikte.

"En daarna dan, stel nu dat je positief bent?"

"Dan ga ik dood", zei ik.

Hij schrok kennelijk, want hij begon mij, of misschien zichzelf, moed in te spreken. "Nou, nou, nou, dat moet je niet meteen zo stellig zeggen, er is tegenwoordig een heleboel mogelijk."

Ik dacht aan Boy en aan Hellun en aan Adje en aan de zus van X en aan de vader van K en aan de twee zoons plus schoonzons van H en aan veel te veel anderen en haalde, toen de stoet in mijn hoofd eindelijk voorbij was, mijn schouders op. "Is het heus? Dat geloof ik niet zo", zei ik. "Maar hoe dan ook, ik wil graag een AIDS-test."

"Tja, nou, je kunt je hier op maandag, woensdag of vrijdagochtend laten prikken en dan moet je over drie weken een afspraak maken voor de uitslag. Maar niet op vrijdag."

"Hoezo, pas over drie weken? En waarom een afspraak? De vorige keer kon ik gewoon vijf dagen later opbellen."

"O, dit is niet je eerste test? Ja, dat doen we nu dus anders. Er wordt nog een tweede kweek gemaakt en die neemt meer tijd in beslag. En de uitslag krijg je niet telefonisch, je moet op het spreekuur komen." "O. En waarom kan dat niet op een vrijdag?"

"Op vrijdag kunnen we je niet meer doorverwijzen naar de hulpverlening bij een positieve test. En dan zit er dus een heel weekend tussen voor je ergens terecht kunt."

"Waarom zou ik in hemelsnaam moeten worden doorverwezen?", vroeg ik verbaasd.

De huisarts sloeg zijn ogen neer. "Nou ja, het is toch een doodvonnis", zei hij, terwijl hij naar zijn pen op zijn bureau keek.

Doodvonnis. Nu ineens wel? Nog geen drie minuten eerder had hij mij op het hart gedrukt dat er heus nog een



heleboel aan te doen was. Deze man was een vat vol tegenstrijdigheden. En waarom moest meteen de hele hulpverlening voor mij paraat staan? Mijn vrienden hebben gewoon weekenddienst en het maakt hen noch mij iets uit of slecht nieuws op vrijdag of op maandag komt. "Ik kan een slechte uitslag wel in mijn eentje af", zei ik, "daar hoeft geen bevoegd persoon aan te pas te komen." Hij keek me aan, enigszins kribbig nu. "We doen dat liever niet, op vrijdag, daar hebben we slechte ervaringen mee."

"Maar als ik nu helemaal niet naar een hulpverlener wil? Ik bel net zo lief gewoon even op voor de uitslag", zei ik,

AIDS-uitslag picobello. Wel bleek ik PAP-3B te hebben.

"Dat leg ik straks wel uit"

"Gaat u maar liggen hoor", zegt de gynaecoloog naar wie ik na dit verdachte uitstrijkje werd verwezen. Zijn advies was nogal overbodig, want dat had de arts in opleiding me zojuist gevraagd te doen, ik lag al half, en bovendien: staand of zittend lijkt zo'n onderzoek me niet handig. De gynaecoloog schuift aan naast de arts in opleiding, die zojuist een vragenlijst met me heeft doorgenomen en inmiddels tussen mijn benen klaar zit. Zij was vriendelijk en hij is te joviaal. Hij klopt haar goedkeurend op

dat krijg je als je opbelt.

"Ten eerste heb ik überhaupt geen uitslag gekregen," zeg ik, "alleen de mededeling dat er ondanks al uw voorbarige geruststellingen een ingreep nodig is, en ten tweede was ú degene die zei dat ik moest opbellen."

"O, is dat zo? Eh - vervelend. Tsja, eh, mogelijk heb ik een verkeerde inschatting gemaakt."

Zoiets vermoedde ik al. We ruziën door. Na een kwartier bekvechten, waarbij hij de schuld op de verpleegkundige achter de telefoon poogt te schuiven, dringt het tot hem door dat de procedure niet vlekkeloos was en biedt hij mij zijn excuses aan. Ik vraag daarna naar het hoe en wat van de uitslag en de cryo.

"Als u nu een afspraak maakt voor het spreekuur ...", begint hij. Ik onderbreek hem. "U kunt het me ook nú vertellen, we spreken elkaar momenteel immers?"

"Ik heb liever dat u een afspraak maakt."

"Het kan net zo goed zó. Telefonisch kost het ons allebei hooguit tien minuten. Met een bezoek ben ik bovendien dik twee uur kwijt, ik ben namelijk zoals dat heet slecht ter been." (Ik heb geen zin in nog meer tijdverspilling en dit is mijn ultieme zet.)

"O was ú dat!! Nu, dan spijt het me werkelijk vreselijk!!" Alsof iemand die beter loopt wel onheus bejegend mag worden. Hij belooft prompt over een half uur uitgebreid terug te bellen. Bij het tweede telefoongesprek is hij de vriendelijkheid zelve. Hij legt uit dat er onrustige cellen waren die bevroren kunnen worden en hoe dat gaat en dat het geen pijn doet: "Hooguit dezelfde kramp als bij de menstruatie."

Ik heb nooit kramp, dus die opmerking is weinig informatief. Ik zeg hem dat. Hij schraapt onzeker zijn keel, maar houdt de moed erin. Hij vervolgt: "De desbetreffende cellen sterven af door die behandeling. Twee dagen later komt er een waterige afscheiding los, die een week of twee, drie aanhoudt; ondertussen groeit de huid van de baarmoedermond opnieuw aan." Ik krijg visioenen van kliederpartijen, waterballetten en wekenlang geknoei en getob met verbandjes; allemaal weinig verheffend. "Daarna komt er een menstruatie en dan kunt u ook weer vrijen." Dat laatste op opgetogen toon.

Wat men niet al bij implicatie kan meedelen. De crypto van de cryo: "En dan kunt u ook weer vrijen", zonder eerst te vertellen dat dit voor die tijd kennelijk niet de bedoeling was. Ik vraag me



MIJN AIDS-UITSLAG WAS PICOBELLO. WEL BLEEK IK PAP-3B TE HEBBEN ...

inmiddels even kribbig als hij. "En als het zo ingewikkeld is om hier een AIDS-test te laten doen zonder allerlei poes-pas eromheen, ga ik desnoods ergens anders naar toe."

Hij begon uit te leggen dat ooit een zijner patiënten positief was bevonden en dat de desbetreffende boodschap nogal cru was overgekomen, zodat de patiënt stennis had geschopt en toen waren er nare dingen geweest met de tuchtraad en zo, dus ik moest begrijpen dat hij tegenwoordig heel voorzichtig was met dergelijke mededelingen. "Kan wel wezen," zei ik, "maar dat betekent nog niet dat iederéén zich meteen in de armen van professionele opvegers wenst te storten en met zachte hand moet worden voorbereid op slecht nieuws. In mijn omgeving is het bovendien héél gewoon om AIDS te hebben." Waarna wij eindelijk het lijstje konden afwerken. Ik ontkleedde me, hij schraapte een baarmoeder en brandde een wrat, ik kleedde me weer aan en zei: "Tot over drie weken. Op vrijdag." Hij schudde zijn hoofd om zoveel kop-pigheid.

Wat me eigenlijk het meest verbaasde, was dat hij het heel vanzelfsprekend vond dat ik voor een uitstrijkje kwam. Geen verbale voorbereiding, geen gedoe voor, tijdens of na het wegschrapen, geen geruststellingen dat bataljons hulpverleners stonden te popelen om mij bij slechte uitslagen mentaal te redden, terwijl de artsen deden wat ze konden - niets van dat al. Gewoon uitkleden, gènant gaan liggen, laten schrapen en later effies de uitslag komen halen.

Toen ik drie weken later, op een vrijdag, terugkwam op het spreekuur, was mijn

haar hoofd voor hij gaat zitten. "Jakkies," denk ik, "je bent d'r pappa niet!", en ik bekijk hem met opgetrokken wenkbrauwen.

Ik lig op tafel en in de beugels. De gynaecoloog en de arts in opleiding pakken een eendebek, richten een lamp en kijken om beurten naar binnen. De gynaecoloog stipt mijn baarmoederhals aan met een vloeistof.

"Wat zie je?", vraagt hij aan haar. Ze zegt dat ze verkleuringen ziet en dat dat plekje daar wellicht ... Hij onderbreekt haar. "O nee, dat zie ik met het blote oog, dat is niets, dat is een lichte dysplasie", zegt hij tegen haar.

"Een dysplasie", vraag ik hem, "wat is dat?"

"Dat leg ik straks wel uit", zegt hij en vervolgt tegen haar: "Wanneer je enigszins ervaren bent, heb je bijna geen laboratoriumuitslag meer nodig."

Gelukkig vertrouwt het medisch protocol niet op zijn ogen en moet de gynaecoloog alsnog een stukje baarmoederhals wegnemen, dat officieel wordt getest. Hij verzekert me na afloop nogmaals dat er hooguit sprake is van een virus en dat ik me heus geen zorgen hoeft te maken. Over drie weken terugbellen voor de uitslag.

Drie weken later bel ik. "Ik heb hier een briefje dat u een afspraak moet maken voor een cryo", zegt de zuster die ik aan de lijn krijg, zonder daarbij te vertellen wat de uitslag was en wat een cryo is. Na drie woedeaanvallen krijg ik een dag later eindelijk de gynaecoloog met de ervaren ogen te spreken.

Het spijt hem dat ik de uitslag telefonisch moest horen, maar ja, gewoonlijk maken ze bij vervelende uitslagen een afspraak op het spreekuur, dus, nou ja,

een seconde lang af of ik hem zal vragen wat hij onder 'vrijen' verstaat en wat in hemelsnaam het verband is tussen kussen, strelen, tepels, heupen, monden, ogen, clitoris, kijken, vingers, klaarkomen, handen enerzijds en een kapotte baarmoedermond anderzijds. Maar ik vermoed dat ik zijn antwoord al weet. Vrijen is een vak apart. Net als gynaecoloog-zijn overigens.

De gynaecoloog die twee weken daarna de ingreep verricht, is in alle opzichten een dame. Ze ziet een aantekening in mijn status staan, waarin wordt vermeld dat 'een verpleegkundige' me foutief heeft voorgelicht, en vraagt me wat er aan de hand was. Ik leg uit dat een Freudiaans geval van *displacement* is; de verpleegkundige achter de telefoon trof werkelijk geen blaam. De arts beschrijft al haar handelingen op voorhand. Ze vertelt me over zwellingen, loslatend weefsel, vocht en

maanden kreeg ik een idee waardoor de bouwval in mijn lichaam werd veroorzaakt. Er was een verklaring voor, het was niet langer een volstrekt chaotisch proces waaraan zelfs artsen geen uitleg konden geven. Bovendien was het een gigantische opluchting te weten dat al die tientallen dingen die in mijn lichaam misliepen, één enkele oorzaak hadden: ik had geen twintig kwalen, ik had er gewoon maar eentje. Dat leek opeens heel overzichtelijk.

Eerlijk duurt het langst

De neuroloog bij wie ik later werd ondergebracht, was ook uit ander hout gesneden dan de zaalarts. Hij was eerlijk. De eerste keer dat ik bij hem op het spreekuur kwam, sprak hij snel, alsof hij de tijd die hij voor me nam toch ergens vandaan moest halen. Maar hij gaf openhartige informatie. Wij hebben sindsdien een uiterst plezierige verstandhouding: ik vertel hem hoe het

voor wie geen soelaas is, toch hun hoop op genezing in stand houden. Soms doen artsen dat bewust, tegen beter weten in, omdat ze menen dat hoop koesteren nooit kwaad kan (maar hoop kan ook een verfijnde marteling zijn, het al maar reiken naar iets dat nooit kan worden binnengehaald). Soms houden artsen die hoop per ongeluk in stand, uitsluitend omdat ze ervoor terugdeinzen de boodschapper van slecht nieuws te zijn. Ik vermoed dat dit bij veel artsen de uitdrukking is van onvermogen (of onwil) om de beperkingen van hun kennis onder ogen te zien.

Een fundamenteel dilemma

Het kwistig strooien met hoop raakt aan een fundamenteel dilemma van de medische stand: willen genezen, maar dat niet altijd kunnen. Artsen willen nogal eens wazig zijn over opties, prognoses en diagnoses; mogelijk om tegemoet te komen aan hun eigen machteloosheid ten aanzien van het ziekteproces, of juist om hun medische mismoedigheid te verbloemen. Op zich is dat niet onbegrijpelijk - maar het betekent wel dat de patiënt in kwestie in onzekerheid blijft rond-dobberen, tot een speelbal van valse hoop en wanhoop, van kwakdenkers en kwakzalvers wordt gemaakt en dat zijn of haar vertrouwen fundamenteel wordt geschaad.

Wanneer ik zulke dingen beweer, zeggen artsen gewoonlijk tegen me: "Ja, maar *jij* bent mondig!" Ik ben mondig. Dus ik moet mijn kop houden. Hoe paradoxaal: door me te vertellen dat ik mondig ben, ontkrachten deze artsen wat ik zeg en ontnemen ze me wat ze me zojuist nog toedichtten. Tegelijkertijd beledigen ze andere patiënten met deze uitspraak. Kortom: zie uw patiënten voor vol aan. Geef heldere en oprechte informatie. En vooral: houd rekening met hun angst, die kan ooit de uwe worden. •

KARIN SPAINK,

schrijfster, onder meer van 'Het strafbare lichaam' (Rainbowpocket, 1992) en 'Vallende vrouw' (Van Gennep, 1993).

IK VRAAG ME EEN SECONDE LANG AF OF IK HEM ZAL VRAGEN WAT HIJ ONDER 'VRIJEN' VERSTAAT

wonden. Ze legt uit dat het inbrengen van voorwerpen in mijn vagina derhalve af te raden is en vertelt expliciet dat ze daar vingers, penissen, vibrators en tampons mee bedoelt.

Bevrijding en bezwering

Na mijn ontslag uit het ziekenhuis, zeven jaar geleden, ben ik naar de huisarts gegaan. Die vertrouwde ik. "Nou ja," zei hij na mijn vermoedens te hebben aangehoord, "om eerlijk te zijn had ik me al afgevraagd wat ik je moest vertellen als je kwam, maar laat ik het maar zeggen: de kans is inderdaad groot dat je MS hebt." Hij pakte een papiertje en begon te tekenen. (Artsen tekenen graag bij nare diagnoses, heb ik ontdekt.) "Hersenimpulsen worden van zenuwcel naar zenuwcel doorgegeven, ze lopen langs strengen zenuwen; zoiets als elektriciteitsdraden. Nu gaat bij MS de bescherm laag van de zenuwen kapot: je draadjes komen bloot te liggen. Kortsluiting dus. Op die aangetaste plaatsen kan littekenweefsel ontstaan, en daar komen die impulsen niet of slecht door." Zijn uitleg was bevrijding en bezwering ineen. Bij elektriciteitsdraden die overwoekerd raken door littekens kon ik me niets voorstellen, maar het klonk tenminste logisch. Voor het eerst in al die

met mij gaat, hij vertelt mij hoe het met het onderzoek naar MS staat. Als het fysiek slecht met me gaat, regelt hij onverwijld een bed voor me wanneer ik daar om vraag. Hij zeurt nooit, ik zeur nooit. Hij luistert en hij vertelt. Verder kan hij niets voor me doen, maar wat hij doet is ruimschoots genoeg. Ik weet immers waar ik aan toe ben.

Tegen elke arts met wie ik te maken heb gehad, of dat nu privé of congresgewijs was, heb ik altijd beweerd dat patiënten hechten aan openheid, eerlijke informatie en duidelijkheid. Zowel pro-diagnostisch als post-diagnostisch en ook wanneer er überhaupt geen diagnose te stellen valt, duurt eerlijkheid het langst. Omdat je je dan kunt oriënteren, de verschillende opties kunt overwegen (Andere artsen bezoeken? Afwachten? De alternatieve sector in?) en je je houding kunt bepalen. De arts die eerlijk is, schiet in mijn ogen nooit te kort; ook niet wanneer die eerlijkheid bestaat uit de mededeling dat er helaas geen behandelingen of remedie voorhanden is. Medisch gezien is dat bericht tragisch, maar patiëntenpsychologisch gezien een grote stap voorwaarts. Wie zijn of haar patiënt eerlijk tegemoet treedt, behoudt het vertrouwen van die patiënt. Soms bevorderen artsen dat patiënten

KLACHTEN OP ZOEK NAAR EEN ZIEKTE

Over nosografie en myalgische encefalomyelitis

Jan Dirk Blom en Wim Dekkers

"Wij bekijken alle dingen door ons mensenhoofd en kunnen dit hoofd niet afsnijden; terwijl toch de vraag resteert wat er van de wereld over was wanneer je het toch zou hebben afgesneden." (Friedrich Nietzsche)¹

IN ZIJN BOEK 'Naissance de la clinique' beschrijft Michel Foucault de tweeslachtige rol die de patiënt wordt toebedeeld tijdens de diagnostische fase:² ziekte kan weliswaar niet los worden gezien van de patiënt, maar tegelijkertijd verstoort de patiënt het ziektebeeld door individuele eigenschappen als karakter, lichaamsbouw en specifieke manier van reageren. Om de symptomen in hun zuivere vorm zichtbaar te maken, dient de arts de patiënt als individu weg te denken. Ondanks de noodzakelijke koppeling tussen ziekte en patiënt wordt aan ziekte doorgaans een zelfstandige status toegekend.³ Artsen proberen ziekten te identificeren en vervolgens te classificeren in een nosologisch systeem, precies zoals men planten onderbrengt in een taxonomie. De vraag is echter, of een nosologisch systeem een afspiegeling is van werkelijk bestaande ziekten (*taxonomisch realisme*), of dat ziekten slechts min of meer willekeurige constructies zijn, gevormd door de arts (*taxonomisch scepticisme*).³ Met andere woorden: hebben de symptomen een eigen samenhang en betekenis, die vervolgens door de arts kunnen worden ontdekt, of is de arts degene die samenhang en betekenis *construeert* waar deze in werkelijkheid ontbreken? Artsen blijken doorgaans taxonomisch realisten te zijn: zij menen dat ziekten veeleer worden ontdekt dan geconstrueerd.³ Bij dit standpunt zullen wij in dit artikel enkele vraagtekens zetten. We zullen beargumenteren, dat het taxonomisch realisme moeilijk te funderen is en dat het de actieve inbreng van zowel arts als patiënt bij de constructie van een ziekte onvoldoende onderkent. We illustreren onze visie aan de hand van

de nosografie van myalgische encefalomyelitis (ME), maar onze bedenkingen hebben tevens consequenties voor de opvattingen over ziekte in het algemeen.

Geschiedenis

Publikaties over ME zijn pas sinds 1988 met toenemende regelmaat verschenen in de medische literatuur. Hoewel dit (vanuit het perspectief van het taxonomisch realisme) mogelijk de indruk wekt dat ME een nieuwe ziekte is, wordt het huidige beeld in verband gebracht met meer dan zestig epidemieën die optraden tussen 1934 en 1978.^{4,5} Het aantal namen uit deze periode dat als synoniem wordt beschouwd met ME ligt boven de dertig.⁶ De eerste geregistreerde epidemie waarmee ME in verband wordt gebracht, brak in 1934 uit onder de stafleden van verschillende ziekenhuizen in Los Angeles.^{7,8} Het beeld deed de onderzoekers destijds denken aan een milde vorm van

polio, maar met een uitgebreidere symptomatologie dan gewoonlijk. Soortgelijke epidemieën werden verschillende keren beschreven in Zwitserland aan het eind van de jaren dertig, in het Harefield Sanatorium in Engeland (1939); in Akureyri, IJsland (1948); in Adelaide, Australië (1949); in New York State (1950) en Rockville (1951), Verenigde Staten; en in Jutland, Denemarken (1952-1954).^{4,5,9} Veel genoemde symptomen uit deze periode zijn: spierpijn en abnormale spiermoeheid, een stijve nek, milde koorts, hoofdpijn, depressie, slaapproblemen, geheugen- en concentratiestoornissen, parethesieën, hogeluchtweginfecties en cervicale lymfadenopathie. De epidemieën kwamen met name voor binnen gesloten gemeenschappen, zoals scholen, ziekenhuizen en verpleegstershuizen. Patiënten waren meestal enkele weken tot maanden ziek, zelden langer dan een half jaar. ▢



PRAKTIJKPERIKEL

Gij zult het begrip 'ziekte' niet ijdel gebruiken

DE LAATSTE JAREN kom ik steeds vaker 'ziekten' tegen die ik in mijn opleiding niet onderwezen heb gekregen en ook later niet als 'officiële' ziekten in de literatuur ben tegengekomen. Opvallend is, dat deze 'ziekten' beter bekend zijn bij patiënten dan bij artsen; ik denk aan de ziekten met namen als 'myalgische encefalomyelitis' (ME) en 'multiple chemical sensitivity-environmental illness' (MCS-EI). Opmerkelijk is, dat patiënten vooral de term 'ziekte' gebruiken: "Ik lijd aan de ziekte ME", terwijl wij als artsen het eerder een *klachtenbeeld* zouden noemen. De naam 'myalgische encefalomyelitis' suggereert een duidelijk om- en beschreven ziektebeeld waarbij een ontsteking is aangetoond; echter, naar mijn weten is er nooit een micro-organisme of ziekteverwekker aangetoond. Voor mijn gevoel dreigt er een geweldige inflatie van begripsbepaling te ontstaan, indien ziekten als encefalitis, meningitis en poliomyelitis op één hoop lijken te worden

gegooid met klachtenbeelden als ME, ook wel genoemd als myalgische encefalomyelitis. Ik zou ervoor willen pleiten pas dan van een bepaalde ziekte ('illness') te spreken als aan een aantal - nog af te spreken - voorwaarden is voldaan. Mogelijk kunnen we deze ziekten registreren bij een of andere octrooibank. Gedocumenteerde ziekten zouden hier een gepatenteerde naam kunnen krijgen. De namen 'encefalitis' en 'myelitis' zijn dan voorbehouden aan ziektebeelden die een werkelijk pathologische lading hebben. Ook de leek kan dan misschien het kaf van allerlei 'ziekten' onderscheiden van het koren van de 'echte' ziekten. •

E. ten Wolde,
huisarts te Zuidbroek

Korte door artsen geschreven signalen.
Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door
de redactie.

Gedurende de jaren vijftig en zestig kwamen regelmatig nieuwe epidemieën voor. Voor het laatst gebeurde dit in de periode van augustus 1970 tot januari 1971 in het Hospital for Sick Children in Londen, bij 145 van de 1.900 stafleden (en bij een groep kinderen in hetzelfde ziekenhuis in Londen tussen 1976 en 1978). Sinds die tijd is er geen melding meer gemaakt van nieuwe epidemieën.⁵

Huidige diagnose

ME is, ontdekt of geconstrueerd, voor degenen die eraan lijden de naam voor een heel reëel klachtenpatroon. Renate Dorrestein heeft dit uitvoerig beschreven in haar boek 'Heden ik'.¹⁰ Het stellen van de diagnose is echter niet eenvoudig: de symptomen zijn divers, de klachten wisselen voortdurend van karakter en intensiteit, en pathognomonische kenmerken ontbreken.

Over het symptomencomplex van ME begint op dit moment enige consensus te ontstaan, bijvoorbeeld en met name over het feit dat depressies en angst-

de wijze geformuleerd en hebben betrekking op: de ernst van de klachten, het moment waarop vermoeidheidsklachten optreden en het vóórkomen van neuropsychiatrische symptomen. De CDC hanteert bovendien een set van 13 minor criteria (mild koortsgevoel, keelpijn, pijnlijke halsklieren, onverklaarbare spierzwakte, spierpijn, moeheid na inspanning, verspringende gewrichtspijnen, neuropsychiatrische klachten, slaapstoornissen, acuut begin, cervicale lymfadenopathie, nonexsudatieve faryngitis en milde koorts), waarvan er acht bij de patiënt te vinden moeten zijn.

Holmes c.s. formuleerden welke aandoeningen moeten worden uitgesloten voor het stellen van de diagnose 'ME'.¹⁴

¹⁵ Deze lijst is nog steeds actueel en omvat in grote lijnen: maligniteiten, infectieziekten, auto-immuunziekten, chronische ontstekingen, endocriene afwijkingen, psychiatrische stoornissen, afhankelijkheid van drugs en bijwerkingen van langdurige medicatie. Voor het

epidemie. Deze epidemische dimensie wordt sinds de jaren zeventig niet meer genoemd.

2. Voorheen werden steeds neurologische uitvalsverschijnselen beschreven, zoals paresen en bewustzijnsverlies, terwijl die in de huidige casuïstiek nauwelijks voorkomen.

3. Tijdens de vroegere epidemieën kwam het zelden voor dat de symptomen zes maanden lang aanhielden, terwijl de termijn van zes maanden in de huidige 'case definitions' een minimum-eis is om de diagnose ME te mogen stellen.

Deze verschillen wekken de suggestie dat het klinisch ziektebeeld bezig is te veranderen (vergelijkbaar met de manier waarop influenza in de loop der tijd verandert), of dat we te maken hebben met ten minste twee verschillende ziekten. In het laatste geval zouden de epidemieën die in het verleden werden beschreven niets te maken hebben met het huidige beeld van ME. Beide opvattingen leunen echter zwaar op het taxonomisch realisme en impliceren beide: a. dat er een ziekte als zodanig bestaat; b. dat de naam 'ME' rechtstreeks verwijst naar deze ziekte; c. dat het beeld dat wij hebben van ME betrekking heeft op de ziekte als zodanig.

Op deze gedachtengang zijn de volgende punten van kritiek te formuleren:

1. Een ziekte als zodanig, dat wil zeggen als zelfstandige entiteit los van een patiënt, kan niet worden waargenomen. Wat wordt waargenomen zijn *verschijnselen* bij of aan de patiënt. Tijdens het diagnostisch proces maakt de arts uit de veelheid aan verschijnselen een selectie. Sommige verschijnselen krijgen de status van *symptoom*, andere worden *artefact* genoemd of zelfs geheel niet benoemd. De geselecteerde verschijnselen probeert de arts te groeperen tot een groter geheel, dat *ziekte* wordt genoemd.

In het taxonomisch realisme wordt ervan uitgegaan dat de aldus gegroepeerde verschijnselen een eigen samenhang hebben, onafhankelijk van de arts die deze samenhang construeert. Om deze veronderstelde samenhang aan te tonen, staat de arts echter geen andere weg open dan opnieuw de waarneming van verschijnselen. De samenhang zelf kan niet worden waargenomen, deze kan alleen worden *geconstrueerd*.

2. De constructie van ziekten is geen neutrale, vrijblijvende of waarde vrije bezigheid.¹⁷ Of ME wordt beschouwd als een metabole, een immunologische of een psychiatrische stoornis wordt in hoge mate bepaald door de profes-

EEN ZIEKTE ALS ZODANIG KAN NIET WORDEN WAARGENOMEN ZIEKTEN WORDEN NIET ONTDEKT, MAAR GECONSTRUEERD

stoornissen veelvuldig voorkomen.¹¹ Met betrekking tot de pathologische anatomie, de pathofysiologie en de etiologie van ME tast men echter vooralsnog in het duister. Dit ondanks uitgebreide onderzoeksprogramma's op onder meer het gebied van de immunologie, de virologie, de neuro-endocrinologie, de psychologie en de psychiatrie. Evans suggereert zelfs dat ME een verzamelnaam is voor meerdere ziekten, waaraan ook meerdere oorzaken ten grondslag liggen.¹²

Voor het stellen van de diagnose 'myalgische encefalomyelitis' worden verschillende criteria gehanteerd. Bates c.s. vergeleken de drie 'case definitions', zoals die zijn opgesteld door de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta, een Britse consensusconferentie en een groep Australische onderzoekers.¹³ Onderling blijken de drie groepen twee (van de vijf) criteria gemeen te hebben: de duur van de klachten moet ten minste zes maanden zijn en andere klinische diagnosen die een oorzaak van de klachten kunnen zijn, moeten worden uitgesloten. De overige criteria worden door elk van de drie groepen op verschillen-

uitsluiten van deze aandoeningen stellen zij een lijst op van 22 onderzoeken, waaronder uitgebreid laboratoriumonderzoek, thoraxfoto's, controle van gewicht en temperatuur, gedetailleerde psychiatrische anamnese, PPD-huidtest en een test op HIV-antilichamen. Samenvattend blijkt de diagnose 'ME' enerzijds te rusten op vier positieve criteria: de duur van de klachten, de ernst van de klachten, het moment waarop vermoeidheidsverschijnselen optreden en het vóórkomen van neuropsychiatrische symptomen. (De CDC hanteert bovendien nog 13 'minor criteria'.) Anderzijds is de diagnose afhankelijk van de uitsluiting van een groot aantal bekende, voor het grootste deel chronische aandoeningen.

Vraagtekens bij het taxonomisch realisme

Murdoch beschrijft drie opvallende verschillen tussen het huidige beeld van ME en de ziektebeelden waarmee het in verband wordt gebracht.¹⁶

1. De ziekteverschijnselen die in het verleden werden beschreven kwamen met name voor binnen gesloten gemeenschappen, in de vorm van een

sionele achtergrond van de arts. De aard van het constructieproces is op zijn beurt weer bepalend voor de manier waarop zowel de arts als de patiënt met de klachten omgaan. Aan het symptomencomplex dat 'myalgische encefalomyelitis' wordt genoemd, zou in de middeleeuwen wellicht een duivelse oorsprong zijn toegeschreven; in het recente verleden is ME door sommigen vergeleken met de typisch negentiende-eeuwse diagnose 'neurasthenie'.^{11 18 19} De door de arts geconstrueerde samenhang tussen verschillende symptomen heeft dan ook verstrekende gevolgen voor de behandeling.

Het proces van selecteren, benoemen en groeperen van verschijnselen, inclusief iedere gedachte over mogelijke oorzaken, is een vorm van betekenisgeving. Dit proces is gebaseerd op empirische gegevens, maar is ook afhankelijk van de historische en culturele context. De rol van de individuele arts mag daarbij evenmin worden onderschat als de rol die is weggelegd voor het medisch discours en voor sociale interactie, zoals blijkt uit het toenemend belang van consensusbijeenkomsten.

3. De naam van een ziekte is *niet* de ziekte en de naam op zichzelf *verwijst ook niet* rechtstreeks en eenduidig naar een ziekte.¹⁷ De filosoof George Steiner spreekt van een "contractbreuk" tussen de woorden en de dingen, waarmee hij bedoelt dat woorden op zichzelf geen betekenis hebben en dat woorden 'dingen in de werkelijkheid' op geen enkele manier kunnen vervangen.²⁰ Pas de gebruiker van een woord bepaalt de betekenis ervan.

Van de namen die als synoniem worden beschouwd met ME suggereren sommige een analogie met andere ziekten, zoals 'chronic Epstein-Barr virus syndrome' en 'chronic mononucleosis'. Andere duiden een specifieke plaats aan waar de ziekte in het verleden voorkwam: Akureyri in IJsland ('Akureyri disease') en het Royal Free Hospital in Londen ('Royal Free disease'). Weer andere namen suggereren dat de ziekte voornamelijk voorkomt onder bepaalde bevolkingsgroepen ('yuppie flu', 'yuppie disease'), dat aan de ziekte een bepaalde getalsdimensie is verbonden ('yuppie plague', 'epidemic neuromyasthenia'), of dat een bepaalde anatomische lokalisatie wordt vermoed, zoals bij 'raphe-nucleus encephalopathy' en bij 'myalgic encephalomyelitis'.

De gedachte dat aan myalgische encefalomyelitis een ontsteking van hersenen en ruggemerg ten grondslag zou liggen, is al lang verlaten, maar wonder-

lijk genoeg wordt de naam nog steeds gebruikt. Wat bedoeld wordt met deze naam (of met namen als 'kanker' en 'tuberculose') hangt niet alleen af van het medisch discours, maar wordt in laatste instantie bepaald door de individuele gebruiker.²

Conclusie en besluit

In de geneeskunde gaat men er (veelal stilzwijgend) van uit, dat een ziekte aan status wint naarmate een duidelijker samenhang wordt beschreven tussen klachtenpatroon, symptomatologie, pathofysiologie en etiologie van die ziekte. De status van ME is in meerdere opzichten problematisch: het klachtenpatroon is veelal indrukwekkend, maar over de etiologie en pathofysiologie tast men in het duister. Sommigen menen zelfs, dat ME een verzamelnaam is voor meerdere ziekten.¹²

Wat bovenstaande *analyse* van de nosografie van ME duidelijk maakt, maar wat mutatis mutandis in principe eveneens geldt ten aanzien van andere ziekten, is het volgende: Het toekennen van de benaming 'moeheid' aan een beleving, de transformatie van een klacht tot een diagnose en het in een theoretisch kader plaatsen van de diagnose zijn vormen van betekenisverlening.¹¹ De vooronderstelling van het taxonomisch realisme dat ziekten onafhankelijk van de bij de patiënt waargenomen symptomen bestaan, is problematisch. Ziekten zijn veeleer te beschouwen als constructies, die door artsen worden gemaakt om empirische gegevens met elkaar in verband te brengen. Het construeren en benoemen van ziekten is een vorm van betekenisverlening die niet alleen afhankelijk is van empirische gegevens, maar ook van de historische en culturele context, van sociale interactiepatronen en van de arts als individu. Ziekten worden niet ontdekt, maar geconstrueerd; het beschrijven van ziekten is geen passieve gebeurtenis, maar een actief constructieproces. De idee dat ziekten worden geconstrueerd in plaats van ontdekt roept gemakkelijk *misverstanden* op.

Een eerste misverstand is, dat deze idee van ziekteconstructie in strijd is met het feit dat artsen er moeite mee hebben ME als een ziekte-eenheid te beschouwen en dat zij zich (desondanks) soms al te gemakkelijk laten verleiden tot het stellen van de diagnose 'ME'. Het al te snel toeschrijven van allerlei moeheidsklachten aan ME is inderdaad een reëel gevaar. De patiënt kan zich opgelucht en zelfs gerehabiliteerd voelen, wanneer na een periode van onzekerheid en miskenning - al dan niet terecht - de

diagnose 'ME' wordt gesteld. Of deze etikettering de patiënt altijd ten goede komt is overigens nog maar de vraag. Dat artsen zich door patiënten wel eens al te snel laten verleiden tot het stellen van de diagnose ME is echter niet in strijd met de hier geschetste idee van ME als constructie.

Een tweede misverstand is dat men, uitgaande van de idee van ziekteconstructie, niet of onvoldoende zou onderkennen dat het om heel reële, eventueel ernstige aandoeningen gaat. De indrukwekkende problematiek die Renate Dorrestein beschrijft in haar boek 'Heden ik',¹⁰ vraagt om serieuze aandacht en waar mogelijk om een serieuze oplossing. Dit betekent tevens, dat de idee van de constructie van ziekten niets aan het belang van een goede nosografie ontnemt. Dan gaat de discussie ook niet meer over de nosografie als zodanig, maar over het *doel* van nosografieën. Dit doel is in de loop der eeuwen, ondanks veranderende inzichten met betrekking tot ziekten, steeds tweeledig geweest, namelijk betekenisverlening en 'beheersing'. Uiteindelijk is iedere vraag die aan artsen wordt gesteld te beschouwen als een verzoek om betekenis te verlenen aan een klachtenpatroon en om deze klachten voor de patiënt beheersbaar te maken, dat wil zeggen te behandelen indien daartoe mogelijkheden aanwezig zijn.

Tenslotte maken individuele ziektegeschiedenissen duidelijk hoe belangrijk het is de mens te blijven zien en hoe problematisch het is de patiënt als individu 'weg te denken'. Een te grote en eenzijdige nadruk op het streven naar een diagnose en naar 'beheersing' zou ertoe kunnen leiden dat de patiënt als persoon over het hoofd wordt gezien. Dit kan ten koste gaan van het proces van persoonlijke zingeving, dat ten slotte meer inhoudt dan het aanbrengen van een louter op 'beheersing' gerichte classificatie. Het proces van betekenisverlening aan een klachtenpatroon is de eerste stap op weg naar persoonlijke zingeving, waaraan (uiteindelijk) geen enkele patiënt kan ontkomen. •

J.D. BLOM,
arts

DR W.J.M. DEKKERS,
arts-filosoof

Beide auteurs zijn verbonden aan de vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen

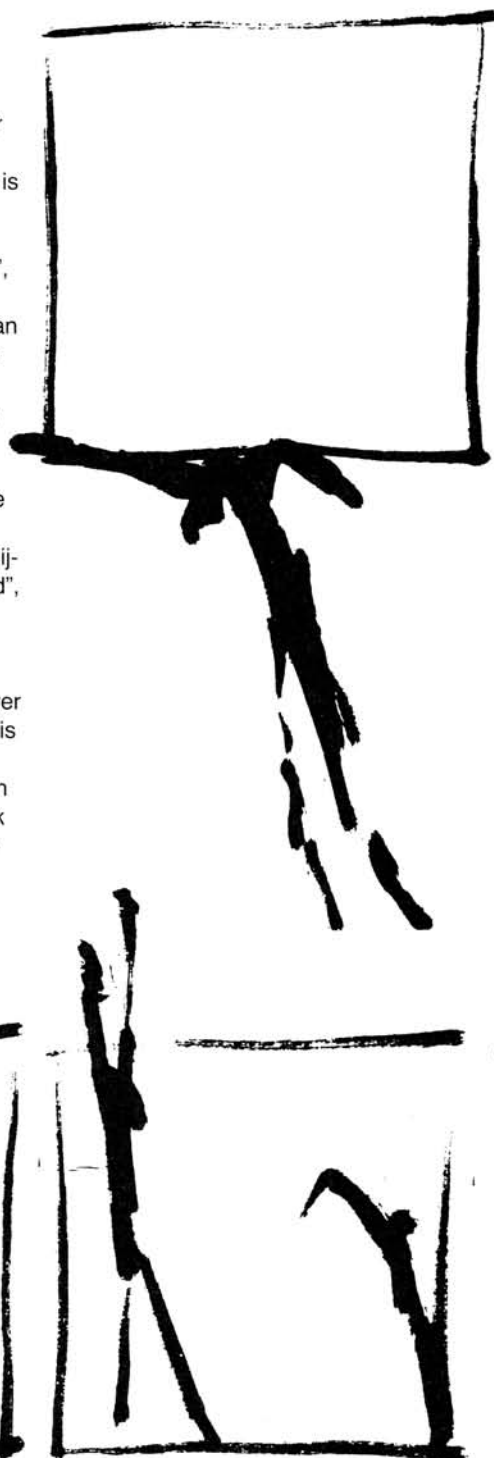
De bij dit artikel behorende literatuurlijst is bij de redactie opvraagbaar

ONTMOETING

Jan de Rode en Frans Meulenberg

KUNST LIGT ALS een weefsel over de wereld. "Mensen zijn betekenisdieren. Ze kropen bij elkaar, begonnen op den duur met elkaar te praten, noodzakelijkerwijs, gaven de dingen en elkaar een naam en sindsdien is er betekenis (...) maar met de namen kwam wel het verlangen naar de onderscheiding, een verlangen naar waarheid", schreef Conny Palmen in 'De wetten'. Dit is ook het startpunt van kunstenaar Jan de Rode. Zijn schilderijen, tekeningen en (wand)objecten hebben een duidelijk thema: hoe geeft de mens betekenis aan de wereld? De mens heeft door zijn verstand besef van zijn eigen nietigheid. Daarom gaat hij de angst voor de grootse werkelijkheid te lijf door een vereenvoudigd wereldbeeld te creëren ("De menselijke geest verdraagt niet veel werkelijkheid", aldus T.S. Eliot). Dat gebeurt in religies, levensbeschouwingen, ideologieën, wetenschap en kunst.

Ook Jan de Rode zegt in zijn werk iets over de relatie mens-wereld. Aan de ene kant is er de bewuste wil om de wereld (het bestaan) vorm te geven, constateert hij. Aan de andere kant is het volstrekt onduidelijk hoe deze wil ontstaat of steeds weer verandert. Vaak is dit onbewust.



De vormgeving van het leven heet in het idioom van De Rode een 'kader.' Het leven krijgt vorm door middel van een samenspel van verschillende kaders: normen, waarden, politiek, religie, gezin, etc. Ook ziekte vormt een kader. De voortdurende ontmoeting van de mens met deze verschillende kaders staat in het werk centraal en is rijk geschakeerd; zo kunnen mensen uiteenlopend reageren op het verschijnsel 'ziekte': strijd, trots, acceptatie, zich opgesloten voelen of eronder gebukt gaan. De ontmoeting kan *in extremis* een botsing zijn, maar ook een welkome omarming; immers men kan zich tegen ziekte verzetten, maar er ook even heftig naar verlangen. •

JAN DE RODE

is kunstenaar en woont in Gouvault (Frankrijk). Hij exposeerde onder andere in Groningen, Amsterdam, Brussel en Parijs. De illustraties zijn onderdeel van een serie tekeningen opgenomen in het zojuist bij Belvédère verschenen boek 'Heimwee is een kat. Ziekte in de literatuur' van Frans Meulenberg.

FRANS MEULENBERG

is coördinator standaardontwikkeling van het Nederlands Huisartsen Genootschap.



EEN REVOLUTIONAIRE THERAPIE VOOR REFRACTIEAFWIJKINGEN

De lotgevallen van de methode-'Bates'

Tjerk Wiersma

On a tomb in the Church of Santa Maria Maggiore in Florence was found an inscription which read: "Here lies Salvino degli Armati, Inventor of Spectacles. May God pardon him his sins." *Nuova Enciclopedia Italiana, zesde druk.*¹

Alleen zeer kritische geesten zijn in staat de waarheid van een alom geaccepteerde wetenschappelijke theorie met succes opnieuw ter discussie te stellen. Tot dat genus rekende zich de negentiende-eeuwse Amerikaanse oogarts W.H. Bates. "Weg met de bril!", was zijn advies.

IN DE TWEEDE HELFT van de negentiende eeuw is de oogheekunde het voorbeeld bij uitstek om de verworvenheden van de natuurwetenschappelijke geneeskunde te illustreren. Dankzij de toepassing van de optica op de fysiologie van het menselijk oog is het mogelijk refractieafwijkingen tot in detail te begrijpen en te corrigeren en gewapend met Helmholtz' oogspiegel is de medicus in staat zelfs het inwendige van het oog in het vizier te krijgen.

Wetenschappelijke zelfgenoegzaamheid kan echter gemakkelijk in langdurige therapeutische stilstand verkeren. Waar andere takken van de geneeskunde voortdurend zoeken naar verbetering van de voorhanden zijnde therapieën, menen oftalmologen al meer dan een eeuw dat het laatste woord over de refractieafwijkingen gezegd is: genezing is onmogelijk, de therapie beperkt zich tot palliatie met optische protheses als brillen en contactlenzen.

Uit de wetenschapsgeschiedenis is bekend dat alleen zeer kritische geesten in staat zijn de waarheid van een alom geaccepteerde wetenschappelijke theorie met succes opnieuw ter discussie te stellen. Iemand die zichzelf graag tot dat genus rekende was de Amerikaanse oogarts W.H. Bates. Teleurgesteld over de beperkte therapeutische mogelijkheden bij refractieafwijkingen,

ontwierp hij een methode die deze aandoeningen, zo claimde hij, daadwerkelijk zou kunnen genezen.

Over de accommodatie van het oog

Aan de basis van Bates' therapie ligt een herevaluatie van het onderzoek naar de wijze waarop de accommodatie van het oog tot stand komt. Het vermogen van het oog op verschillende afstanden scherp te kunnen zien, heeft wetenschappers eeuwen lang bezig gehouden. Kepler, die leefde van 1571 tot 1630, probeerde het fenomeen te verklaren door variaties in de positie van de lens. Anderen meenden dat veranderingen in de grootte van de pupil verantwoordelijk waren voor de accommodatie, doch deze verklaring kon spoedig terzijde worden geschoven: na verwijdering van de iris bleef de

theory," aldus Bates,² "we can only wonder at the scientific credulity which could base such an important department of medical practice as the treatment of the eye upon such a mass of contradictions." Bates wijst erop dat Helmholtz niet in staat was de manier waarop de vormverandering van de lens tot stand komt te verklaren en dat een acceptabele verklaring tot op de dag van vandaag ontbreekt. Dat is echter niet zo verwonderlijk:³

"Since the lens is not a factor in accommodation, it is not strange that no one was able to find out how it changed its curvature."

Bates herinnert aan het feit dat sommige personen bij wie de lens is verwijderd het vermogen tot accommodatie behouden, een verschijnsel dat reeds door Young werd beschouwd als het belangrijkste argument tégen zijn theo-



accommodatie intact. De gedachte dat vormveranderingen van de lens aan de accommodatie ten grondslag liggen, was in 1619 geformuleerd door de jezuïet Scheiner, terwijl ook Descartes er waarde aan hechtte. Definitieve evidentie voor dit mechanisme wordt pas vergaard in de loop van de negentiende eeuw, wanneer mannen als Young, Langenbeck, Donders en vooral Von Helmholtz door bestudering van het gedrag van de Purkinje-beelden tot de conclusie komen dat de lens bij accommodatie boller wordt. De alternatieve hypothese, die accommodatie toeschrijft aan verlenging van de optische as van het oog, nog lange tijd verdedigd door Ferdinand von Arlt (1812-1887), is dan pas definitief verslagen.

"Yet in examining the evidence for the

rie. Terwijl Donders en Helmholtz er later toe overgaan iedere accommodatie in het lensloze oog te ontkennen, verschijnen er in de tweede helft van de negentiende eeuw verschillende berichten van patinten zonder lens die blijven accommoderen. Door middel van diverse experimenten met de oogspieren van vissen, katten, honden en konijnen poogt Bates aannemelijk te maken dat de externe oogspieren via vormveranderingen van de oogbol verantwoordelijk zijn voor de accommodatie. Voorts zijn de experimenten van Helmholtz in zijn ogen niet reproduceerbaar: fotografie van de Purkinje-beelden leert integendeel eveneens dat accommodatie moet worden toegeschreven aan een verlenging van de optische as van het oog.

Bates 'ontdekking' heeft een belangrijke consequentie: brillen moeten worden afgeschaft; zij verergeren een bestaande refractieafwijking slechts, want het oog wordt lui. Omdat de oorzaak van alle refractieafwijkingen moet worden gezocht in spanningen (deels te wijten aan de jachtige moderne cultuur), is het zaak het oog door 'central fixation' te leren ontspannen.

ted as a sensation of universal swinging.⁴

De levenskracht van medische nonsens

William Horatio Bates, die leefde van 1860 tot 1931, publiceert zijn 'revolutionaire' inzichten onder de titel 'Cure of imperfect eyesight by treatment without glasses' in 1920. Twintig jaar later ver-

wordt uiteengezet dat Bates' therapie als verzinsel met worden beschouwd, doch dit heeft de Bates-adepten, waaronder beroemdheden als Aldous Huxley, niet de ogen doen openen.⁷

Wie meent dat de populariteit van Bates beperkt is gebleven tot de lichtgelovige Amerikanen kan hier uit de droom geholpen worden. Tot ver in de jaren tachtig verschenen in de Nederlandse damesbladen berichten over Bates' oefen-therapie, terwijl heden ten dage nog ogenscholen in Nederland zijn te bekennen die oogproblemen toeschrijven aan een verstoord evenwicht tussen lichaam en geest en daarbij teruggrijpen op inzichten die ontleend zijn aan prof. (sic) Bates.⁸

Maar ach, als het voor de meeste dokters al moeilijk is medische vooruitgang van medische nonsens te onderscheiden, wie zal het dan de leek nog kwalijk nemen dat hij zich weleens vergist? •

WIE MEENT DAT DE POPULARITEIT VAN BATES BEPERKT IS GEBLEVEN TOT DE LICHTGELOVIGE AMERIKANEN VERGIST ZICH

'Central fixation' kan op verschillende manieren worden aangeleerd, waarvan 'palming' en 'the shift and the swing' de belangrijkste zijn. Bij 'palming' houdt de patiënt de palmen van beide handen voor de ogen, waarbij hij denkt aan 'perfect black'. Als het de patiënt lukt om pikzwart te zien, is er onmiddellijk verbetering van de visus. Bij 'the shift and the swing' worden de ogen heen en weer bewogen, waardoor de illusie ontstaat dat voorwerpen heen en weer bewegen. Met name als deze methode wordt afgewisseld met 'mental swinging', waarbij de patiënt zich met de ogen dicht een voorwerp denkt, is ze bijzonder effectief. "When swinging, either mental or visual, is succesful, a person may become conscious of a feeling of relaxation which is manifes-

schijnt een ingekorte versie.⁵ In tientallen boeken met titels als 'Sight without glasses', 'The improvement of sight' en 'See without glasses' worden de inzichten van Bates door andere auteurs herhaald en scholen als de Margaret D. Corbett School of Eye Education en de American Association for Eye Training, waar de heilzame oefeningen kunnen worden aangeleerd, rijzen als paddestoelen uit de grond.

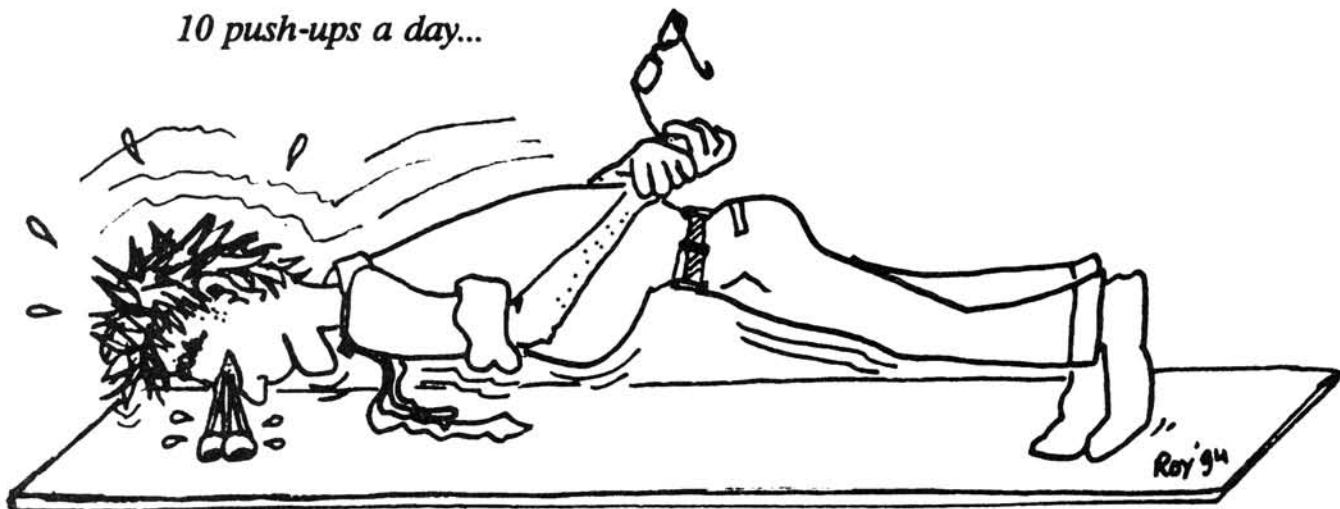
Hoewel Bates' opvattingen in de gevestigde medische kringen nooit serieus zijn genomen, werd Bates daarmee "one of the nation's (de Verenigde Staten, TW) most influential medical eccentrics, whose work is still accepted by thousands of intelligent but ill-informed people."⁶ In 1956 verschijnt een uitvoerige en gedegen kritische studie waarin

Literatuur

1. Bates WH. The cure of imperfect sight by treatment without glasses. New York City: Central Fixation Publishing Co, z.j.
2. *ibidem* pag. 29.
3. *ibidem* pag. 30.
4. *ibidem* pag. 165.
5. Bates WH. The Bates method for good sight without glasses. London: Faber and Faber Limited, z.j.
6. Gardner M. Fads and fallacies in the name of science. The curious theories of modern pseudoscientists and the strange, amusing and alarming cults that surround them. A study in human gullibility. New York: Dover Publications, 1957.
7. Pollack P. The truth about eye exercises. Philadelphia: Chilton Co, 1956.
8. Schötteleindreier M. Lichaam en geest in het oog. De Volkskrant 31 oktober 1994.

AMERICAN ASSOCIATION FOR EYE-TRAINING

10 push-ups a day...



DE VAMPIER ALS FYSIOLOGISCHE PENDANT VAN DE DRENKELING

Over leven, dood en schijndood

W.P.R.A. Cappers

In de problematische zoektocht naar de definitie van de grens tussen leven en dood trok vooral de fysiologie van vampiers en drenkelingen de aandacht van de geneeskundigen. De zorg voor drenkelingen heeft 'gewonnen', vampirisme is op den duur als bijgeloof afgedaan.

EEN GROOT DEEL van de Nederlandse bevolking neemt na een drukke school- of werkdag 's avonds voor de beeldbuis plaats. Het krijgt dan naar vaderlands gebruik vaak een combinatie van vermaning en vermaak voorgeschoteld.

Zo kunnen de kijkers in de zendtijd van de stichting Socutera een voorlichtingsfilm van de Maatschappij tot Redding van Drenkelingen op zich laten inwerken. Het publiek ziet eerst hoe twee keuvelende vrouwen in een park een kind uit het oog verliezen, dat vervolgens spelenderwijs te water raakt. Na een ijselijke kreet van de desbetreffende moeder rijdt een ziekenwagen met het verdronken kind het beeld uit. Het filmpje eindigt op school, waar een klas wordt uitgelegd dat een drenkeling eigenlijk door gebrek aan zuurstof overlijdt. Met behulp van een pop wordt voorgedaan hoe een drenkeling via mond-op-mondbeademing kan worden beademd. De klas roept tenslotte het publiek op toch vooral nooit iemand te laten stikken.

Na deze vermaning kan het vermaak de vorm van een griezelfilm over vampiers aannemen. De kijkers zien dan hoe graaf Dracula in de Roemeense landstreek Transsylvanië een kasteel bewoont. Van daaruit probeert hij zijn schemerbestaan te rekken door 's nachts met name bij vrouwen vers bloed uit de halsslagaders op te zuigen. Zijn prooien zullen op hun beurt vampiers worden. De potentiële slachtoffers roepen vervolgens de hulp in van de Nederlandse dokter Abraham van Helsing. Deze probeert de bloeddorsti-

ge graaf met de geur van knoflook op afstand te houden. Als onwetenden de knoflook vanwege de stank verwijderen, worden de halzen van schone maagden 's nachts opnieuw getekend door de vlijmscherpe tanden van Dracula. De vampier blijkt pas effectief te kunnen worden bestreden als een staak door zijn hart wordt geslagen. Wanneer televisiekijkend Nederland uiteindelijk naar bed gaat, heeft het twee kussen met zeer verschillende functies op de beeldbuis gezien: terwijl mond-op-mondbeademing levens redt, leidt het opzuigen van bloed uit halsslagaders mensen binnen in het nachtelijke leven van de vampier.

Kussen op leven en dood

De strijd vóór het bedreigde leven van drenkelingen en tégen het schemerbestaan van vampiers is veelvormig en eeuwenoud. Bij het gevecht tegen verdrinking ligt de nadruk tegenwoordig op preventie in de vorm van zwemles. Tot het begin van de twintigste eeuw was er echter vrijwel uitsluitend aandacht voor het bijbrengen van drenkelingen. Deze belangstelling voor te water geraakten was te danken aan de Maatschappij tot Redding van Drenkelingen. Dit genootschap werd opgericht, omdat drenkelingen tot dan toe niet of nauwelijks, en dan ook nog verkeerd, werden geholpen. In een grote publiciteitscampagne probeerde de Maatschappij daarom vanaf 1767 mensen te instrueren hoe ze moesten handelen; een van de methoden was de mond-op-mondbeademing.

De veelvormigheid van vampiers komt naar voren in de al in de achttiende eeuw ontstane sociale metafoor voor speculanten en andere uitzuigers. Hun taaierheid blijkt thans vooral uit de films over Dracula, waarin bloed de graaf telkens weer uit zijn graf doet opstaan. De films zijn op hun beurt gebaseerd op de roman 'Dracula' van Bram Stoker uit 1897. Dit boek vormde het hoogtepunt van een genre dat gedurende de negentiende eeuw in Europa en Amerika populair werd. In deze griezelverhalen was de vampier eveneens het symbool voor

destructieve, seksuele aantrekkingskracht. Het idee voor dit genre is weer ontleend aan het eertijds wijd verbreide geloof in vampiers. De vampier maakte deel uit van de groep geesten die volgens de religieuze volkscultuur het schemergebied tussen leven en dood bevolkten. Het geloof in vampiers kreeg gedurende de jaren 1725-1755 plotse-ling serieuze aandacht van medici, omdat er bloed in hun mond werd gevonden.

Deze gelijktijdige aandacht voor vampiers en drenkelingen is opvallend en hield verband met de problematische zoektocht naar een definitie van de grens tussen leven en dood. Tijdens dit 'debat over schijndood' trok vooral de fysiologie van vampiers en drenkelingen de aandacht van geneeskundigen. Ik zal hier de vraag beantwoorden waarom medici de drenkelingenzorg uiteindelijk serieus bleven nemen, terwijl het vampirisme op den duur als bijgeloof werd afgedaan.

Fysiologische verwarring

De vampier

De vampier die in de achttiende eeuw de meeste pennen in beweging bracht, was Arnod Paole. In ongeveer 1727 kwam deze militair op een ongewone manier aan zijn eind: hij viel van een hooiwagen en brak zijn nek. Zijn lijk werd begraven in Medvegia, dat in Oostenrijks Servië was gelegen. Een maand na zijn dood vertelden mensen dat zij door Paole werden lastig gevallen. Vier van hen zouden kort daarop door zijn toedoen zijn gestorven. Paole werd daarom veertig dagen na zijn overlijden opgegraven. Alle kenmerken van een vampier bleken aanwezig te zijn: het lichaam was nog gaaf, er kwam vers bloed uit mond, neus, oren en ogen, en de nagels en huid bleken te zijn gegroeid. Dorpsbewoners sloegen een staak door zijn hart. Hierbij verloor het lichaam opnieuw veel bloed en was er gekreun te horen. Dit onderstreepte het feit dat Paole een vampier was. Aangezien volgens de religieuze

volkscultuur pas een volledig ontbonden lichaam geen gevaar voor de levenden meer vormde, werd het lijk nog diezelfde dag verbrand, waarna de as in het graf werd gestrooid.

Deze snelle en drastische maatregelen verraden de grote spanningen waaraan het Servische dorp bloot stond.

De beroering ging terug tot een

ver verleden. Eeuwenlang had de leefgemeenschap in de frontlinie van politieke en kerkelijke conflicten gelegen.

Nadat Constantinopel in 1453 in handen van de Turken was gevallen, werden Servië en de rest van de Balkan het strijdtoneel van het islamitische Ottomaanse Rijk en het katholieke Habsburgse Rijk.

In de tweede helft van de vijftiende eeuw had de Walachijse vorst Vlad Dracula, wiens naam Vlad zoon van de duivel betekent, succes in de strijd tegen de Turken. Zijn bijnaam Dracula werd eind negentiende eeuw het synoniem voor vampier. In de zeventiende eeuw kreeg het geloof in vampiers op de Balkan een extra impuls, omdat de Rooms-Katholieke Kerk dit gegeven hier als wapen in de strijd tegen de Orthodoxe Kerk en de moslims inzette. Wanneer iemand niet voor het rooms-katholieke geloof koos, werd hij of zij een vampier.

In de jaren 1727-1732 was de situatie weer gespannen. In 1718 maakte namelijk de vrede van Passarowitz een eind aan de Derde Turkse Oorlog tussen Oostenrijk en het Ottomaanse Rijk. Het Habsburgse vorstenhuis verwierf als gevolg van de vrede delen van Walachije, Bosnië en Servië waaronder Medvegia. Hierdoor kreeg de orthodoxe bevolking weer te maken met katholieke geestelijken die ongelof met vampirisme verbonden. In deze moeilijke situatie maakte een reeks sterfgevallen in Medvegia de bevolking argwanend. Paole, die als eerste overleed, werd als aanstichter van het kwaad beschouwd. De beschrijving van het voorval in Medvegia geeft een vrij goed beeld van de gang van zaken rond de ontdekking van een vampier. Er zijn echter nog enkele varianten en aanvullingen mogelijk. Terwijl een dodelijk ongeluk Paole in een vampier veranderde, konden ook een lichamelijk defect, een moeilijke karakter, zelfmoord en een verkeerd uitgevoerd begrafenisritueel van iemand een vampier maken. Het is bekend, dat na een plotse dood gestold bloed weer vloeibaar kan worden. Het

kauwen en smakken, dat vanuit een graf opklonk, vormde een krachtig bewijs voor de aanwezigheid van een vampier. Bovendien betekende de geur van ontbinding dat het lichaam nog niet was vergaan, zodat er een vampier in het graf moest huizen. Vandaar stamt



het volksgebruik een sterk reukend teentje knoflook bij zich te dragen of aan de dode in het graf mee te geven; zolang de ontbinding niet was voltooid, neutraliseerde het immers de gevaarlijke reuk van de vampier. Tenslotte kon ook het ontbreken van lijkstijfheid op een vampier duiden. Aangezien een nog niet duidelijk

in ontbinding verkerend lichaam de levenden als vampier bedreigde, werd de afbraak van het lichaam door ontvoering, verbranding en asverstrooiing sterk versneld.

Via Oostenrijkse militairen, ambtenaren en artsen raakten de berichten over vampirisme elders in Europa snel bekend en werden ze in tal van serieuze publikaties besproken. Metafysici zagen in het vampirisme de werking van astrale geesten, het gebruik van drugs en de verbeelding van een nachtmerrie weerspiegeld. Geneeskundig georiënteerden wezen op de mogelijkheid van mummificatie, bijvoorbeeld ten gevolge van vergiftiging of een epidemie door het eten van besmet schapevlees. In 1742 werd geconcludeerd, dat het voor een definitief oordeel over het vampirisme nog te vroeg was.

De schijndode

In 1740 verdedigde de Deense hoogleraar medicijnen J.B. Winslow de stelling, dat het eerste teken van ontbinding van een lichaam het beste fysiologische kenmerk van de dood was. Tot die tijd was er sprake van een schijndode wiens levenskrachten nog konden worden opgewekt. Deze these werd door de Franse arts J.-J. Bruhier met talrijke voorbeelden toegelicht.

De aandacht voor het verschijnsel 'schijndood' hing samen met de geleidelijke verwereldlijking van de samenleving. Eeuwenlang waren leven en dood als gevolg van de alles overheersende positie van het christendom beschouwd vanuit het perspectief van het hierna-maals. Toen er tijdens de Renaissance meer waardering voor het aardse bestaan ontstond, ging men het levenseinde met andere ogen bezien. De dood was niet meer alleen de overgang naar het eeuwige leven, maar ook het onher-

roepelijke eindpunt van het aardse bestaan. De immer vage grens tussen leven en dood moest nu vanuit de aardse optiek nader worden gedefinieerd. Medici waren de specialisten bij uitstek die deze wereldlijke kijk op de dood gestalte konden geven. Beroepshalve moesten zij immers naar vermogen ziektes bestrijden. Bevrijd van het christelijke keurslijf, leverde medisch onderzoekers in de achttiende eeuw eerst verwarrende resultaten op. Lijken gaven niet alleen soms tekenen van leven en waren dus slechts schijndood, ze bleken ook net als bij vampiers de dreiging van de dood in zich te herbergen. Door het eerste teken van ontbinding aan de onherroepelijke dood te koppelen, gaf Winslow een beperkte maar veilige marge aan waarbinnen een eventuele schijndode kon worden herkend en geholpen.

Medicalisering drenkeling

In de waterrijke Republiek was er vooral aandacht voor schijndoden in de vorm van zorg voor schijnbaar levenloze drenkelingen. Met dat doel werd in 1767 te Amsterdam de Maatschappij tot Redding van Drenkelingen opgericht. Wanneer iemand in het water viel, werd deze tot dan toe veelal wel door omstanders naar de wal kant gebracht, maar men liet de drenkeling daar met de voeten in het water liggen. Overeenkomstig middeleeuwse verordeningen zou het gerecht eerst moeten onderzoeken of er sprake van een misdrijf was. Volgens de Maatschappij was een drenkeling echter niet in de eerste plaats een slachtoffer van een misdrijf, maar een patiënt die snel moest worden geholpen; de gerechtsdienaren konden altijd nog wel worden gewaarschuwd. Stadsbesturen waren het hiermee eens en legden deze koerswijziging in reglementen vast.

De Maatschappij moest niet alleen uitleggen dat een drenkeling als zieke snel diende te worden geholpen, maar ook hoe hij moest worden behandeld. Ze ried omstanders ten stelligste af een drenkeling aan zijn voeten op te hangen of over een ton te rollen. Deze handelingen berustten op de verouderde medische opvatting, dat een drenkeling water in zijn maag had binnengekregen; door het hoofd van de ongelukkige via deze methoden op zijn kop te houden, zou het water uit zijn lichaam lopen. Volgens de nieuwe fysiologische inzichten werd het leven van een drenkeling echter door de aanwezigheid van water in de longen bedreigd. Daarom moest vooral de ademhaling weer op gang worden gebracht. Eerst propageerde

de Maatschappij vooral de tabaks-rookklisteer, die door prikkeling van het lichaam de ademhaling weer op gang kon brengen. Daarnaast prees het genootschap onder andere de mond-op-mondbeademing aan, die pas sinds 1960 de methode voor het redden van drenkelingen werd. Het initiatief en de wijze van hulpverlening werden via aanplakbiljetten in de hele republiek bekend gemaakt.

Bestrijding vampier

Ondertussen bestreed het Habsburgse rijk vol overgave het geloof in vampiers. Op 30 januari 1755 hoorde Maria Theresia over een geval van vampirisme in Hermersdorf. Nadat op 22 december 1754 Rosina Polakin was gestorven, klaagden mensen dat zij door haar als vampier waren bedreigd. Het lijk werd op 19 januari opgegraven. Aangezien het lichaam nog niet was ontbonden en vers bloed bevatte, werd het onthoofd en verbrand.

Maria Theresia liet eerst twee Oostenrijkse artsen een onderzoek instellen. Zij keurden het gebeurde af. Hun verslag werd vervolgens voorgelegd aan de geneeskundige Gerard van Swieten, die uit de Republiek afkomstig was en sinds 1743 als belangrijk adviseur aan het Habsburgse hof was verbonden. In zijn memorandum onderschreef hij de conclusie van de Oostenrijkse artsen. Het lijk kon, na 's winters enkele weken in het graf te hebben gelegen, onmogelijk zijn ontbonden. Hiermee sloot hij aan bij de these van Winslow, dat iemand onherroepelijk dood was zodra lijkluicht het begin van de ontbinding van een lichaam aankondigde. Volgens Van Swieten leidden onwetendheid en sprookjes tot nachtmerries over vampiers. Ook hij was voorstander van bestrijding van dit bijgeloof. Daarom vaardigde Maria Theresia op 1 maart 1755 een decreet uit waarin vernietiging van lijken van zogenaamde vampiers verboden werd. In lichamen die zo lang waren begraven, kon immers geen spoor van leven meer aanwezig zijn.

Mede dank zij Van Swieten mogen vampiers zich nu alleen nog verheugen in de belangstelling van maatschappijcritici en liefhebbers van Helsings optreden in griezelverhalen en griezelfilms. •

W.P.R.A. CAPPERS,
historicus

DE ZANG DER WACHTLIJSTERS

ER WAS EENS EEN VROUW DIE OP DE WACHTLIJST
STOND VOOR BALLONDILATATIE VAN HAAR MAAG
ZE WACHTTE TOT ZIJ EEN ONS WOOG
TOEN WAS DE INGREEP NIET MEER NODIG

DIT VERHAAL LEERT ONS DAT ER OP DE
WACHTLIJST NIET ALLEEN STERFTE IS,
MAAR OOK GENEZING

DIE STERFTE MOET OVERIGENS NIET
WORDEN OVERDREVEN.

WANT GESTORVEN WORDT ER ALTIJD EN OVERAL.
HET GAAT ALLEEN OM DE OVER-STERFTE.
EN DIE IS MOEILIK TE METEN.

ANDERZIJD IS HET FAIR OM ALLEEN TE
KIJKEN NAAR HET OVER-
OF ONDER-HERSTEL OP DE LIJST.
OMDAT GENEZING HAAST EVEN VEELVULDIG IS
ALS ZIEKTE.

ANDERS ZOU ER OOK NIET ZOVEEL ZIEKTE ZIJN.
WANT VRIJWEL IEDERE ZIEKE IS
IEMAND DIE IS HERSTELD
VAN EEN VORIGE ZIEKTE.

HET SPONTANE HERSTEL,
DE REGENERATIO SPONTANA, IS ZELFS
DE KURK WAAR DE HUISARTSGENEESKUNDE
OP DRIJFT.
EN VELE SPECIALISMEN NIET MINDER.

ERGO, HOE LANGER DE WACHTLIJST,
HOE MEER STERFTE,
MAAR OOK DES TE MEER GENEZING.
HET LEVEN OP DE WACHTLIJST LIJKT
WAREMPEL OP HET ECHTE LEVEN.

DR P. BOL

De bij dit artikel behorende literatuurlijst is
bij de redactie opvraagbaar

DE HERDER GODS

Alexander van Es

NET WAS DE heer N van de Intensive Care weer teruggebracht in ons paviljoen, toen hij begon te rochelen. De broeder, die naast zijn bed stond, rende naar onze kamer, gooide deur open en schreeuwde: "De heer N succumbeert."

Zowel Albert - de andere co - als ik was aanwezig, maar wij waren beiden druk bezig. Ik had net een heerlijk slagroomgebakje verorberd, dat wij van een patiënt hadden gekregen. In dit soort situaties wordt van ons een soepele, loyale, dynamische instelling verwacht. In een forse sprint stevenden wij naar de kamer van de heer N, waar Albert op het bed sprong om hartmassage toe te passen. Hij bleek er best bedreven in te zijn. Helaas rochelde de patiënt echter nog steeds en toen was het mijn beurt. Ik had de defibrillator laten aanrukken en woehaaaaa ... joeg 400 volt door zijn borst. Het lukte! Het hart kwam terug in een sinusritme. Maar het succes was van korte duur; een halve minuut later was er weer sprake van ventrikelfibrilleren! Woehaaaaa ... even een hoogstandje; succes geprolonged. Maar de heer N bleek over een stug hart te beschikken. Voor de derde maal liet zijn hart 't afweten; ditmaal een asystolie. Albert continueerde met wonderbaarlijke bedrevenheid de hartmassage en zowaar ... de heer N kwam weer terug in een sinusritme. Helaas ... het hart sloeg door naar de andere kant en sloeg weer op hol. Voor de derde maal 400 volt door de borstkas... woehaaaaa ... HOERA, de heer N kwam bij!

"Heel rustig ... blijft u heel rustig ... alstublieft!"

"Ja, dat zal ik doen", zei de verstandige patiënt.

Toen kwamen er eindelijk wat mensen van de Intensive Care. Na drie mislukte pogingen werd een infuus aangelegd. Ondertussen werd de patiënt beademd. Helaas, weer ging het mis ... opnieuw geklapt ... met succes. Besloten werd de patiënt zo snel mogelijk over te plaatsen naar de Intensive Care. Een spoedtelefoontje, en

daar reden wij met bed en al door de gang van ons paviljoen. Maar terwijl wij langs de andere patiëntenkamers reden ... goede God in die hoge verre hemel, waarin ik nog steeds niet kan geloven, hoe kunt u ons dit aandoen? ... vloog de heer N weer in een ventrikelfibrillatie.

Interessante demonstratie voor de patiënten die toevallig ook op de gang waren: je legt twee stalen bordjes op de borst, drukt op een rode knop en woehaaaaa ... de patiënt krult aan twee kanten om en komt even met zijn buik naar voren. Paniek alom ... enkele verpleegsters stormen weg; ik vergeet bijna de beademingskar ... een broeder snauwt mij af.

Eindelijk ... daar ligt de heer N op de Intensive Care. Een cardioloog en twee assistenten zijn druk in de weer. Albert en ik trekken ons nederig terug om alles van een meter of wat afstand gade te slaan. Er wordt de nodige rotzooi ingespoten ... de cardioloog beproeft zijn kracht en steekt een flinke naald recht in het hart; de naald buigt echter ... hup, een tweede naald erin. En daar komt de Herder Gods binnen. Heel rustig loopt hij naar het hoofdeinde van de patiënt, wacht een gunstig moment af, en terwijl hij met zijn linkerhand de

verpleging helpt met het wegtrekken van de kussens, oliet hij de patiënt met zijn andere hand; heel discreet ... heel snel ... heel bedreven. Een vakman op zijn gebied; gelukkig niet zo'n supervroom gezicht.

Het team werkt ondertussen onvermoeid verder, maar niets mag baten. De ene ritmestoring volgt de andere op en na een tijdje zegt de cardioloog op pseudo-ontspannen toon: "Jongens, laten wij er maar mee ophouden." Op de elektrocardiograaf zie ik, dat we in een ventrikelfibrillatie zitten.

Het beademingsapparaat wordt afgezet. De twee stalen schoteltjes worden weer netjes opgeborgen. Het infuus wordt eruit getrokken. De ogen en de mond worden gesloten. De gelaatskleur is gelig geworden. Ineens lijkt de heer N tien jaar ouder. •

Van Alexander van Es (pseudoniem) publiceerde Medisch Contact in de jaren 1978 en 1979 onder de titel 'Anatomie van het gevoel' diens dagboek van een co-assistent - het eerste van de reeks MC-dagboeken. Indertijd werden van Alexander van Es' dagboek alle afleveringen geplaatst, op één na: het verhaal hierboven.

Alexander van Es, Anatomie van het gevoel. Dagboek van een co-assistent, verscheen als boek bij Harlekijn.

Associatiefjes Frans Hiddema

Velen willen de waarheid weten maar niet horen

Wie er geen doekjes om windt moet bloeden

Wie de kop in het zand steekt moet zich de ogen uitwrijven

Depressieven zien bij heldere hemel de bui al hangen

Wie tegen de stroom oproeit komt zelden bij de bron.

Een milde dood vraagt een levenstestament

NIEUW TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNST

Kan het lachen (te) vergaan?

Th. Moor en R. Hythlodæus

Want zo goed als niets onnozeler is dan ernstige zaken als onzin te behandelen, zo goed is niets zo leuk als onzin zo te brengen, dat je helemaal niet de indruk wekt onzin uit te kramen. Over mij zullen echter anderen een oordeel uitspreken. Niettemin, ik heb de zotheid geprezen, maar allerm minst als een zot, als tenminste Zelfgenoegzaamheid mij niet bedriegt.

Erasmus in een brief aan Thomas More¹

DEZER DAGEN verscheen een boek met de titel 'Nieuw Tijdschrift voor Geneeskunst'.² Deze uitgave vertoont naar de vorm aanzienlijke gelijkenis met het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG), maar verschilt in details en vooral naar de inhoud.

Gezien de reacties in de media is het duidelijk dat een dergelijke uitgave, bedoeld of onbedoeld, verwarring wekt bij de lezers van het NTvG, maar ook bij de publiekspers. De hoofdredactie van het NTvG heeft er prijs op gesteld te verklaren dat zij geen enkele bemoeienis heeft gehad met deze uitgave en heeft aangekondigd zo nodig stappen te ondernemen om verdere schade aan de goede naam en faam van Het Tijdschrift te voorkomen.³

In verband hiermee, maar ook los hiervan, kan de vraag worden gesteld of de samenstellers van het gewraakte boek met hun daad het door hen beoogde doel eigenlijk wel hebben bereikt. Om deze vraag wetenschappelijk verantwoord te kunnen beantwoorden, is door ons onderzoek verricht naar de ap- en depreciatie van dit boekwerkje en in het bijzonder naar het lachwekkende gehalte ervan.

Eens was 'humor' het centrale begrip in de geneeskunde. Immers, de vier humores (lichaamsvochten) en hun menging bepaalden ziekte en gezondheid. Een vijfde nattigheid werd als essentiële essentie (de kwintessens van het leven) verantwoordelijk geacht voor het kun-

nen aanvoelen van de ware aard van het leven, anders gezegd: de relatie tussen vork en steel.

Ondanks deze inzichten was humor 'an sich' lang een onbegrepen fenomeen. Daar kwam in 1776 verandering in, toen de Schotse dichter en filosoof James Beattie als eerste de 'ongerijmdheidstheorie' formuleerde in zijn uitvoerige studie over humor en lachen.⁴ Freud verdiepte in 1900 ons ideeëngoed over humor met een grondig psychoanalytisch kader,⁵ terwijl onze landgenoot Zijdeveld de sociologische aspecten van humor aan een uitvoerige studie onderwierp,⁶ waarmee hij de fundamentele legde voor nieuwe onderzoeksscholen, zoals de stultitologie.

Tegenwoordig weten we dan ook, dat het bij humor gaat om het creatief opwekken van een emotionele spanning, die vervolgens door hilariteit wordt ontladen. Deze hilariteit is een mentaal lustgevoel dat gelach kan opwekken, welk verschijnsel zowel visueel als akoestisch kan worden gepercipieerd en zich derhalve leent voor participerend observatoir onderzoek. Met dergelijk onderzoek is op onze afdeling de afgelopen jaren veel ervaring opgedaan. In navolging van de F-schaal van de criminoloog Nagel is voor het meten van hilariteit in geschreven en gesproken tekst een *RISUS-schaal* ontwikkeld (relativeringsvermogen, intuïtie, schaterindex, uithoudingsvermogen, soepelheid), gestandaardiseerd voor de Nederlandse bevolking en voor diverse subgroepen, zoals de medische beroepsgroep. Een score >7,0 betekent dat de tekst humoristisch is. Pogingen onzerzijds om een *RISUS-schaal* voor de Europese standaardbevolking te ontwikkelen, stuiten vooralsnog op methodologische problemen.⁷

Methode

Gekozen is voor twee *veldexperimenten*, beide direct uitgevoerd na het verschijnen van het gewraakte boek; dit om 'bias' als gevolg van - door ons voorziene - negatieve publiciteit over het boek, zoals uitspraken in de media van voor-

aanstaande vertegenwoordigers van de vaderlandse medische pers,⁸ en van de overheid c.q. Inspectie voor de Volksgezondheid,⁹ te voorkomen. Het boek werd voorgelegd aan:

1. deelnemers aan een werkconferentie van een semi-overheidsinstelling in de gezondheidszorg, inclusief ambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid (groep A; n=27);

2. de deelnemers aan een nascholingscursus van Amsterdamse huisartsen (groep B; n=18).


Naast het participerend observatoir *RISUS*-schaalonderzoek werd een aantal individuele metingen verricht met correlatiemeting van waarderingscores, basisvariabelen en persoonlijkheidskenmerken.

Resultaten

De resultaten van het onderzoek via de methode van participerende observatie zijn opmerkelijk te noemen.

In groep A, met een duidelijk hiërarchische structuur, waarbij de formele voorzitter ook de informele leidster was, werd aanvankelijk nogal afwijzend/afwachtend gereageerd ("Mag je hier wel om lachen?"). Dit veranderde echter, toen de leidster in lachen uitbarstte en het ijs was gebroken. Vervolgens werd op de *RISUS-schaal* een score van 6,7 bereikt.

Groep B vertoonde een geheel ander reactiepatroon. De informele leider reageerde duidelijk afwijzend ("Dit is een grap te ver") en de formele leider onthield zich van commentaar. Men ging in bedrukte stemming uiteen ("Wat betekent dit voor onze beroepsgroep/ons aanzien?"). De gemiddelde score op de *RISUS-schaal* kwam uit op 3,3. Niet duidelijk is, waarom sommigen later in kleiner verband en zonder de aanwezigheid van beide leiders toch statistisch significante hilariteitsreacties vertoonden.

Met de individuele correlatiemetingen werden enkele belangrijke samenhangen gevonden. Een lage waardering voor de artikelen hing sterk samen met een hoge AHA (anti-hedonisme attitude) 

de) en een hoge PAIB (plaatsvervangende angst voor imagobeschadiging: >7 op de schaal van Schwieter¹⁰). Hoger werd gescoord op uitspraken als: "Dit boek heb ik liever niet op m'n bureau liggen", "Met dit soort grappen graven wij ons eigen graf" en "Met zo'n collega zou ik niet graag in één maatschap zitten".

Beschouwing

De samenstellers van het Nieuw Tijdschrift voor Geneeskunst hebben zich ten doel gesteld hun lezers een lachspiegel voor te houden, met in de verwrongen reflectie daarvan vragen als: *waar gaat het nu eigenlijk allemaal om in die gezondheidszorg van ons?* Uit de resultaten van ons onderzoek blijkt, dat zij bij hun pogingen daartoe zijn blijven steken in de onwaarschijnlijkheid van hun gevoel voor humor c.q. het ontbreken ervan.

In feite kon deze conclusie al worden getrokken tijdens de introductie van het boek. Hierbij werd willens (?) en wetens (!) de Nederlandse pers op het verkeerde been gezet.¹¹ Dit bleek voor de Inspectie van de Volksgezondheid weer aanleiding zich op deze zaak te beraden en vervolgens een klachtenlijn te openen,^{9,12} hetgeen gezien de tegenwoordige 'workload' bij de inspectie tragisch mag worden genoemd.

Al eerder heeft een medicus in ons land getracht op humoristische wijze serieuze zaken in woorden te vatten. In 1972 publiceerde de arts-jurist Schönfeld Wichers (ook onder pseudoniem) een boek over filosofie dat hij zowaar 'De Filosofie van het Belcampisme' noemde.¹³ In dit boek stelt hij, gespeend van elke kennis der stultitologie, nota bene dat alle pogingen de humor uit de rede te verklaren bij voorbaat gedoemd zijn te mislukken. Het boek heeft begrijpelijkerwijs nooit een serieuze recensie in de Nederlandse bladen gekregen, een lot dat ook het Nieuw Tijdschrift voor Geneeskunst beschoren lijkt te zijn. Dit moeten de schrijvers, met de weinige realiteitszin die hun blijkbaar restte, hebben voorvoeld: hun vicieuze gedachtengang heeft hen ertoe gebracht in hun eigen boek onder pseudoniem hun eigen boek te bespreken. Het ware beter geweest als zij zich eerst hadden verdiept in de stultitologische aspecten van hun activiteiten of desnoods in de belletrise. De ironie van het lot en de spot van het ganse medische establishment hadden de hoofdredacteuren van het Nieuw Tijdschrift voor Geneeskunst (van wie er inmiddels al twee hebben moeten omzien naar een andere baan) zich kunnen besparen.

Ze hadden beter moeten en ook kunnen weten, want in één van hun publikaties, 'Messianistische bewegingen in de gezondheidszorg', voeren zij als auteur de arts-jurist (inderdaad, een ongelukkige combinatie) Adriaan Koerbagh op. Wisten zij dan niet dat Koerbagh ooit een woordenboek, 'Bloemhof' getiteld, had geschreven, dat bij de autoriteiten niet in goede aarde viel? Het boek werd als godslasterlijk en gezagsondermijnd beschouwd en verboden en Koerbagh werd veroordeeld tot dertig jaar celstraf, het doorboren van zijn tong, het afhakken van zijn rechterduim, het verbranden van zijn boeken en het vergoeden van de proceskosten. Een jaar na zijn verdiende straf overleed hij in 1669 op 37-jarige leeftijd.¹⁴

In het pantheon van artsen die het zo goed bedoelden met hun publikaties, maar die helaas de medische stand over zich heen kregen, hoort ook de ongelukkige Arnold Aletrino.¹⁵ Zijn 'Zuster Bertha' van 1891 leidde niet tot deernis en zelfonderzoek, maar tot irritatie en woede bij zijn collega's. Het overkwam de arme Aletrino in 1904 dat een goedbedoelde verwijzing naar hem in een publikatie bij hemzelf tot woede en frustratie leidde. De niet-medicus Jacob Israël de Haan had zijn 'Pijpelijntjes', waarin één van de twee hoofdpersonen in een homo-erotische relatie (een medisch student) volgens sommigen gelijkenissen met Aletrino vertoont, ongevraagd aan hem opgedragen.¹⁶ En dat terwijl Aletrino zich zo verdienstelijk maakte bij het publiceren over het uranisme. Dezelfde De Haan werd wegens de wreveld die zijn schrijverij in zijn nieuwe vaderland Palestina opriep, aldaar vermoord; de laatstlevende van zijn drie moordenaars heeft een paar jaar geleden na zestig jaar een bekentenis afgelegd. Schrijven betekent niet altijd blijven...

Dit thema is ook terug te vinden in de postmoderne literatuur, die zeker één stultitologisch hoogtepunt kent. In 'De Grap' van Milan Kundera stuurt de jongeman Ludvík zijn naïeve communistische vriendin een briefkaart met de woorden "Optimisme is opium voor het volk! 'n Gezonde geest riekt naar domheid. Leve Trotski!"¹⁷ De kaart valt in verkeerde handen en de jongeman vervolgens in ongenade bij de leiders van De Partij. Als wraakzuchtige grap verleidt hij de vrouw van de partijleider die hem zo wreed vervolgde. Wat blijkt? De man zat allang op een misstap van zijn vrouw te wachten...

Zo raken, blijkt uit dit onderzoek, ook de samenstellers van dit boek tenslotte zichzelf met de verwarrende wrangheid

van een postmoderne boemerang en betalen zij uiteindelijk zelf het 'gelach'.

Conclusies

Op grond van participierend observatoir stultitologisch onderzoek wordt geconcludeerd, dat het boekje 'Nieuw Tijdschrift voor Geneeskunst' een niet-geslaagde vorm van humor is, die schadelijk berokkent aan de gezondheidszorg in het algemeen en aan de medische beroepsgroep in het bijzonder. Medici die in de vorm van parodie, persiflage of pastiche de draak met zichzelf willen steken, ook in zogenaamd leuk bedoelde dubbeldikke kerstnummers, moeten eerst bij zichzelf te rade gaan wat hun beweegredenen precies zijn.¹⁸ Zelfs als die goedbedoeld zijn, dienen zij te beseffen dat hun werk een averechts effect kan sorteren. •

PROF. DR. TH. MOOR EN
DRS R. HYTHLODAEUS,
multisociologen,
afdeling Klinische Stultitologie,
Faculteit der Geneeskunde,
Erasmus Universiteit Rotterdam

Literatuur

1. Erasmus. Lof der Zotheid/Laus Stultitiae. Utrecht: Het Spectrum, 1992.
2. Nieuw Tijdschrift voor Geneeskunst. Overveen: Belvédère, 1994.
3. Nieuw Tijdschrift voor Geneeskunst (Redactionele kanttekeningen). Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 2084.
4. Paulos JA. Wiskunde en humor. Amsterdam: Bert Bakker, 1991: 9.
5. Freud S. Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. Leipzig/Wien: F. Deuticke, 1900.
6. Zijdeveld AC. The sociology of humor and laughter. Current Sociology 1983; 31: 1-103.
7. Best OF. Volk ohne Witz: über ein deutsches Defizit. Frankfurt am Main: Fisher Taschenbuch Verlag, 1993.
8. Steenhorst R. Dit is de geneeskunst onwaardig: artsen-schrijvers van boekje vol verzonnen wetenschap aan de kaak gesteld. De Telegraaf 22 september 1994.
9. Steenhorst R. Dit is een grap te ver...! Inspectie wacht op klachten. De Telegraaf 23 september 1994.
10. Schwieter Ch. Image compromised persons and trademarks. A retrospective analysis. PhD thesis. University of Washington, 1993.
11. Anonymus. Proef met genebus bevalt goed. Leeuwarder Courant 19 september 1994.
12. Peksneider S, Einst P van. Een nationale klachtenlijn voor medisch-wetenschappelijk publiciteit wangedrag. Nieuw Tijdschrift voor Geneeskunst (2de editie). Overveen: Belvédère, 1994: 98.
13. Belcampo. De filosofie van het belcampisme. Amsterdam: Kosmos, 1972. (In januari 1995 verschijnt bij Querido het verzameld werk van Belcampo.)
14. Sanders E. Woorden van de duivel. Een bloemlezing uit het enige verboden Nederlandse woordenboek. Amsterdam: De Bijenkorf, 1993.
15. Aletrino A. Zuster Bertha, 1891.
16. Haan JI de. Pijpelijntjes, 1904.
17. Milan Kundera. De Grap. Houten/Baarn: Agathon/Ambo, 1990.
18. Marck KW, Bol P. Everdingen JJE van. Nieuw Tijdschrift voor Geneeskunst: kan het lachen (te) vergaan? Medisch Contact 1994; 49 (51/52): 1643-4.

SLAAPLIEDJE

*IK GA SLAPEN WANT IK HEB SLAAP.
SLAPEN IS HET MOOISTE.
MENSEN DIE TE VEEL WAARHEDEN
TEGEN ZICH AANKLEMMEN SLAPEN NIET.*

*DOOR EEN KLEINE LEUGEN DAARENTEGEN
VERKRIJGT MEN SLAAP ALS EEN ROOS.
ZEKER ALS HET REGENT, ALS HET IN DE ZOMER REGENT
EN DE WAARHEDEN VANZELF VAN ONZE ONECHTE DAKEN SPOELEN.*

*Frank Koenegracht
Zwaluwstaartjes
(De Bezige Bij, 1994)*

LEVEN ALS HOOFDZAAK

Marlieke de Jonge

WIE DENKT MIJN leven te kunnen reduceren tot een zorgplan - puur omdat ik toevallig zorgafhankelijk ben - is blijkbaar vergeten wat *hulpverlening* is. Als ik om hulp of assistentie vraag, vraag ik *niet* om een complete machtsovername. Anders gezegd: hulpverlening dient mijn autonomie te versterken en die niet onder mijn vingers af te breken, en ik zal me nooit neerleggen bij een gezondheidszorg die daar anders over denkt. Chronisch ziek zijn betekent per definitie inleveren. Positief geformuleerd: Je moet meer keuzen maken als niet alles meer kan. Geen keuzen in de zorg, maar in de eerste plaats keuzen in je leven. Die keuzen in mijn leven staan centraal, die bepalen mijn zorgbehoefte meer dan welke diagnose ook - de zorg dient zich daaraan aan te passen. De gezondheidszorg moet leren genoeg te nemen met een zeer gewaardeerde, maar bescheiden plaats in mijn leven. Chronisch ziek zijn betekent

inleveren - dat is onvermijdelijk. Maar bij alles wat ik inlever, stijgt de waarde van wat ik overhoud, nemen mijn wilskracht en vindingrijkheid toe. Ik kan leven met de realiteit van onzekerheid in de vrijheid van niets te verliezen - ik moet wel - en dat scheelt een heleboel poespas. Hoe minder speelruimte, hoe bewuster en intensiever het leven geleefd moet worden, als je nog veel wilt, en een mens houdt niet op met willen omdat-ie het etiketje 'chronisch' op zijn neus heeft. Voor een full-time job als patiënt is geen tijd. Als voorbeeld het gedicht 'Dit is mijn huis' (in geval van ziekenhuis of verpleeghuis is 'huis' probleemloos te vervangen door 'bed').

Niet zorg is de hoofdzaak, maar mijn leven. *Zorg is geen doel, maar een middel.* Zorg, hulp die aansluit bij de keuzen die ik maak in mijn leven, is uiteindelijk ook nog de meest doelmatige, in die zin dat het zorg is met maximaal rendement. Zulke zorg mobiliseert en benut de motivatie, creativiteit en capaciteiten die iedere klant van huis uit in huis heeft. •

Om goed inzicht te krijgen in de eigen kennislacunes, is het huisartsen eerder aan te raden af te gaan op door hen behaalde resultaten op kennistoetsen dan op de eigen inschatting van de lacunes.

Stelling behorend bij het proefschrift 'Kennistoetsing bij huisartsen' van Marjan Pollemans

"If two economists think alike, then one of them is superfluous."

(Ontleend aan George Bernard Shaw)

Stelling behorende bij het proefschrift 'Wages and European integration' van Aad van Mourik

Jezelf doodwerken is een sociaal geaccepteerde vorm van suicide.

Stelling behorende bij het proefschrift 'Wages and European integration' van Aad van Mourik

Medical education is like minestrone soup; the problem is what not to include but what to leave out.

Stelling behorend bij het proefschrift 'Bedside manners: Teaching and learning in the hospital setting' van Brian Clark Jolly

DIT IS MIJN HUIS

DIT IS MIJN HUIS,
MIJN BASIS
EN MIJN BOLWERK,
DAT IK VERDEDIG
ALS MIJN LEVEN
IS EEN LEVEN
VAN ONZEKERHEID EN PIJN

DIT IS MIJN HUIS.
WEES WELKOM
ASSISTENT
EN HULPVERLENER.
IK HEB JE NODIG,
MAAR DAT IS WEDERZIJD
- DUS HOUDEN WE HET ZO

DIT IS MIJN HUIS,
GEEN ZIEKENHUIS.
IK WOON ER,
DUS BESPAAR ME
MEDISCH MACHTSVERTOON,
JE PROCEDURES
EN JE RITUELEN

DIT IS MIJN HUIS.
WEES WELKOM
BLIJF EN VRIEND.
MAAR MAAK MIJ NIET
TOT ZORGOBJECT:
IK BEN MIJN ZIEKTE NIET
EN JIJ NIET MIJN VERPLEGER.

DIT IS MIJN HUIS.
NIET WELKOM IS
EEN IEDER
DIE MIJ STUREN WIL
EN STRUCTUREREN,
MIJN LEVEN LEVEN WIL
- ALTHANS DE BUITENKANT.

DIT IS MIJN HUIS
HIER WOON IK,
HIER LEEF IK
EN HIER BESLIS IK
OVER ALLE REGELS.
ZOALS JIJ DE BAAS BENT
IN JE EIGEN HUIS.

DE CLOWN

Marlieke

METAMORFOSE

Tjeb de Gier

DOOR DE RUIT naast zijn voordeur zag ik zijn jas hangen. Hij moest dus thuis zijn. Anders zou ik na de tweede bel zijn vertrokken en hebben aangenomen dat hij onze afspraak was vergeten. Nu belde ik voor de derde maal en dit keer hoorde ik gestommel, een vaag teken van leven. Er ging in het spaarzaam verlichte huis een extra lampje branden. Aan zijn verbaasde blik te oordelen was mijn vermoeden niet helemaal ongegrond.

"Ik had je helemaal niet verwacht," was zijn eerste reactie, "maar kom binnen. Nu herinner me ineens dat we de vorige week iets hadden afgesproken. Doe je jas uit!"

Eerlijk gezegd deed ik dat een beetje uit beleefdheid. Bij het binnenkomen merkte ik dat de verwarming al een tijdje op de spaarstand stond. De kamer voelde kil, een rillerigheid die ik ook voelde aan het leer van de grote fauteuil waarin ik ging zitten. Onder dit ongerief ging de gastheer niet gebukt. Geen wonder ook: hij droeg een joggingpak met daarover nog een trui, een uitrusting waarmee een overwinteraar op Nova Zembla de poolvorst zou kunnen trotseren.

"Ik krijg nooit meer bezoek", zei hij terwijl hij plaats nam op een grote, met boeken en paperassen bezaaide bank. "Kijk, als ik deze papieren verschuif" - met zijn handen duwde hij beheerst een stapeltje van zich af, waardoor het boekje van Van Ree 'Vervreemde Horizon' op de grond viel: "dan weet ik zeker dat mezelf de schuld moet geven. Niemand anders kan dat gedaan hebben; zelfs de kat niet, want ik heb geen kat." Hij maakte een hulpeloos gebaar met zijn armen, terwijl zijn ogen verrieden dat een wulps poesje best door zijn wetenschappelijke ordening zou mogen sluipen. 'Psychiater in een kille wereld' las ik op de kaft, toen ik in een reflex het boekje oppakte om het aan hem terug te geven.

"Ik krijg zelden nog bezoek sinds ik daar

weg ben, maar ik wil wel koffie voor je maken. Zelf drink ik maar één kopje in de week, maar ik wil wel wat zetten."

Dit bleek geen eenvoudige opgave, want het koffieapparaat werd onder het kletterende geluid van vallende deksels uit een keukenkastje gehaald. Maar hiermee kon het gepruttel nog geen aanvang nemen. Eerst moest hij verse koffie malen, waartoe hij een klemmend blikje met de nagels moest openwippen. Na het elastiekje van het halfvolle koffiepak te hebben gewikkeld, deed hij voorzichtig de bonen in een met de hand te voeren koffiemolen uit grootmoeders tijd.

"Nu moet ik er wel bij gaan zitten," zei hij, "want anders kan ik niet malen."

Hij nam weer plaats op de leren bank waar de verplaatste paperassen hem nu de nodige ruimte verschaften, waarna de bereiding van de koffie weer in een verder stadium geraakte. Dat hij ondanks zijn lage cafeïnegebruik een ervaren koffiezetters was, bleek uit zijn grote toewijding om werkelijk geen kruimeltje te verspillen. Het houten laatje met gemalen koffie werd niet zo maar in de filter gekieperd, maar zorgvuldig uitgeklopt, waarbij elke zijde van het houtwerkje kon rekenen op een gevoelige tik om eventuele klevende bestanddelen alsnog in het hete water te doen belanden.

"Het is elke keer toch weer even wennen als er iemand op bezoek komt", zei hij. "Neem het me maar niet kwalijk. Vroeger had ik ook zo weinig tijd. Reorganisaties, bezuinigingen en vooral vergaderen. Ze deden maar wat op mijn werk. Ik wist op een gegeven moment helemaal niet meer hoe de verhoudingen lagen. Mensen die ik niet eens kende gingen zich met allerlei zaken bemoeien. En dan nog mijn patiënten. Dan weer dit, dan weer dat. Crisis na crisis, hoewel ik dat werk nog steeds leuk vind. Nu moet ik steeds afspraken met mezelf maken. Daar moet ik me strikt aan houden, anders kom ik er niet uit. Ik kan niet zo maar wat gaan doen. Dan loopt alles in de war. De was, boodschappen doen, schoonmaken.

Vannacht heb ik slecht geslapen. Ik heb gisteravond naar de BBC gekeken naar een concert van Pink Floyd, je herinnert je misschien wel van vroeger 'Umma Gumma', dat was een andere tijd. Ik wilde dat graag weer eens zien. In die show maken ze nu gebruik van allerlei lichtbeelden, lasers en computers. Ik zag op het scherm een man die roerloos op zijn bed lag. Zijn ogen leefden, maar leken dood. Zijn bed begon te rijden. Eerst langzaam, toen alsnog sneller. Stewardessen gaven hem zijn reispapieren, want hij ging vliegen in zijn bed. Vannacht begon ik ook te vliegen. Mijn handen klemden zich om de rand om niet op de grond te vallen. Zusters bogen zich steeds over mij heen, maar ik kon ze niet aanraken, want mijn snelheid was te groot. Ik rolde door de gangen van het ziekenhuis en het leek wel of iedereen wist dat ik door de gangen suisde, want mensen deden gewoon een stapje opzij als ik eraan kwam gevlogen. Ik was op een gegeven moment ontzettend bang dat ik tegen een glazen deur te pletter zou slaan. Collega's lachten naar mij. Ik zie ze nog in de rij staan met hun witte jassen. Het zweet brak me uit. Op het laatste ogenblik ging de glazen deur open en raasde ik naar buiten en kwam ik op de startbaan terecht. Ik keek naar de wielen van mijn bed, grote rubberen wielen, die begonnen te roken van de snelheid omdat ze het bed wilden laten opstijgen. Ik steeg op, ik vloog, ik keek ineens naar de aarde vanuit mijn vliegende bed. Voor mij vloog een toestel met brandende motoren."

Alsof het toestel op zijn dak zou storen keek hij af en toe door de ramen naar buiten. Hij zag dat ik het zag.

"Om tien uur kijkt er altijd een kennis door de ruiten om te zien of het goed met me gaat", zei hij met een verontschuldiging gebaar.

"Dan stap ik maar eens op", zei ik, ook om mijn inmiddels versteende voeten weer wat beweging te gunnen.

Ik liep door de lege straat; door het vreemde herfstweer leek het buiten

warmer dan binnen. Leeg was ik ook van binnen. Waar moest ik heen om weer warm te worden? Ik wilde niet naar huis. Ik bleef maar lopen. Ik was bang dat de onrust die in mij was losgewoeld, zou kiemen in mijn omgeving. Nee, nog niet naar huis. Ik stak de straat over en liep zo maar een weg in. Vroeger fietste ik hier veel doorheen. Toen mocht dat nog. Bestaat die gekke winkel nog? De etalage trok altijd mijn aandacht. Niet mooi, maar wel met veel leuke dingen: muziekinstrumenten, lijstjes, portretten. De oude kale man, de eigenaar, stond me nog precies voor ogen. Ik keek in de etalage. Het was een uitzendbureau. 'Numerieke leidingadministratie ...' Meer kon ik niet lezen, ook al omdat mijn schaduw zich enigszins sinister over de werkgelegenheid aftekende. Ik hoorde een kerkklok tien uur slaan. Impulsief sloeg ik op de ruit. In de etalage bleef alles roerloos. •

KERSTSTAL

OP EEN OPKLAPTA FELTJE
STAAT EEN OPVUIWBAAR STALLETJE
VAN KARTON
ZONDER BOOM
ZONDER KAARSJES
MAG NIET OP M'N KAMER: BRANDGEVAAR

ALS IK KAARSLICHT WIL ZIEN
MOET IK MAAR OP ZAAL GAAN ZITTEN.

MAAR IK WIL PERSÉ EEN EIGEN STALLETJE
AL IS HET VAN KARTON
DAN MAAR ZONDER BOOM
DAN MAAR ZONDER KAARSJES.
WANT IK WIL MET KERSTMIS
TOCH NOG
IÉTS
VAN MEZELF HEBBEN...

J. Bouwens



HET EERSTE BEZOEK AAN MOEDER

J. van de Pol

Zaterdag, augustus 1993. M'n zoon Hannes toetst de code in van het deurslot van afdeling Agaath. We vinden moeder in de achterste huiskamer. Ze kijkt een beetje onzeker voor zich uit, begroet me niet, maar geeft wel een kus terug.

"Hannes is er ook", zeg ik.

"Ja, Hannes", antwoordt ze.

"We komen uit Amsterdam."

"Amsterdam", mompelt moeder.

OMDAT ZE ZO weinig zegt, wil ik elk woord onthouden. Een gesprekje voeren kan al een hele tijd niet meer, zelfs niet de formaliteiten als: "Hoe gaat het ermee?" Ik probeer moeder tot opmerkingen te verleiden en we zitten ook een poosje stil naast elkaar. In een Amsterdams verpleeghuis maakte ik eens mee dat de bewoners werden neergezet voor de beeldbuis op MTV; die flitsende clips werden als heel aangenaam ervaren. Als iemand wordt opgenomen in een verpleeghuis geeft de familie vaak de favoriete stoel mee, maar in de nabije toekomst komen natuurlijk de favoriete popvideo's mee naar binnen. Hier staat de televisie ook aan, maar helemaal in de hoek van de lange huiskamer en Hannes kijkt met een half oog naar de aankomst van de Tour de France.

Met drie bewoners begin ik een praatje over de twee witte vogels met rode snabels die in een kooitje zitten. "Nee, van mij zijn ze niet," zegt de vrouw in een rolstoel, "ik ben hier ook zomaar." "Voor het schoonmaken", gis ik. "Ja," antwoordt ze, "en voor het koken." Een andere vrouw zit vast met een band om haar middel. Moeder frustelt aan het tafelkleed en mompelt afkeurend. "Niet mooi, hè?", zeg ik, "zo ouderwets." "Zeker", antwoordt moeder. Een man komt voorlangs, streelt de benen van de vrouw in de rolstoel. Als ik hem een hand geef, zie ik een fantastisch vriendelijke glimlach. Het is de heer Fluit; als hij staat dan kan hij niet anders dan naar beneden kijken door de vergroeide voorovergebogen bovenrug en nek. Hij is timmerman geweest. We wandelen de

gang op en neer. De heer Fluit gaat met de vrouw in de rolstoel aan de wandel. Een andere vrouw roept: "Laat staan die kar, je mag er niet mee lopen, laat staan!" Met korte driftige stapjes loopt ze de gang in. "Ik haal de zuster, je moet de kar laten staan." Ze opent de deur van een slaapkamer en vraagt de zuster, die daar zorgzaam bezig is bij een bedlegerige vrouw is, te komen.

Wij zijn met ons drieën op een bankstel in de gang gaan zitten. Over de afdeling verspreid, dus op de gang en in de vier huiskamers, staat een leuke verzameling stoelen en bankstellen. Moeder zegt niets. Een vrouw met een stapeltje opgefrommelde tijdschriften onder haar arm passeert ons enkele malen. Een andere vrouw met een arm in het gips waar een dikke duim uitsteekt, spreekt ons aan; ze is haar stempel kwijt. "Heeft u m'n stempel gezien?"

Terug in de huiskamer zit ik nog even naast moeder. Ik wijs op de prachtige hoge bloemen in de tuin. De vrouw in de rolstoel is het met mij eens. Moeder zegt er niets over en luistert waarschijnlijk ook niet. Hannes geeft z'n oma een zoen en oma zoent terug.

Thuis, bij opa, noemt Hannes het verpleeghuis een gekkenhuis. Moeder is opgenomen om vooral vader te ontlasten en met de afspraak dat ze vier weken zal logeren in het verpleeghuis. Vader vraagt zich af of het beter zou zijn als moeder daar langer blijft. We praten over de andere bewoners. Eén ex-bewoner, wiens echtgenote vader heeft leren kennen op de praatbijeenkomsten van het RIAGG voor bejaarden met een dementerende partner, is onlangs overleden. "Jammer," zegt vader, "ik had weleens willen zien hoe die man nou was." Hij had vroeger een transportbedrijf en z'n dementie uitte zich in het begin met plassen op de gang of tegen een kamermuur.

Een oud-politieman, Henk van Kooten, zit op dezelfde afdeling. Vader kent hem oorspronkelijk van het verzet in de tweede wereldoorlog. Van Kooten rebelleert steeds enorm bij het vertrekken van het bezoek, want hij wil mee.

Zondagmiddag gaan vader en ik naar de Breukelderhof. Bij het stoplicht voor Reehorst zien we een mapje wegwaaien uit een auto die van rechts de hoek om komt. Ik raap het op. Het blijken de autopapieren te zijn van een vrouw die vader kent. "Heel goed zelfs", zegt hij. "Ze is pas boos op me geweest, omdat in een boekje over het verzet haar man niet werd genoemd als één van de mannen die door de Duitsers in een vrachtwagen naar Den Haag zijn gebracht. Zijn naam, Paul de Nooy, was uit het boekje verdwenen, omdat hij tegen de journalist had gezegd dat hij er niets mee te maken wilde hebben."

We besluiten eerst de papieren naar hen toe te brengen. Ze wonen in Bennekom op de Veenderweg, een paar honderd meter verder dan het verpleeghuis. Vader weet dat Paul de Nooy niet goed gezond is.

"Je raad nooit wat we komen doen", zegt vader tegen mevrouw De Nooy.

"Paul opzoeken?"

"Nee, je bent iets kwijt."

"M'n rijbewijs", weet ze. "Ik miste het net. Kom even binnen." Bij het instappen had mevrouw De Nooy de papieren op de auto gelegd, vlak voor Bennekom wist ze dat ze vergeten was de papieren van het dak te halen en ze was juist van plan terug te gaan. Waarschijnlijk wordt de zorg voor haar man haar te veel, net zoals vader dat heeft meegemaakt. Ongerst en gejaagd omdat haar man alleen thuis was, ging ze eerst naar huis, hoewel ze wist dat ze haar autopapieren was verloren.

Haar man zit voor het raam, staart naar buiten. Vader vertelt hoe het met moeder is. Mevrouw De Nooy weet dat Van Kooten op dezelfde afdeling zit. Van Kooten was ook één van de mannen in die vrachtauto naar Den Haag. Bij het weggaan groet vader Paul nogmaals, maar er komt nauwelijks respons.

Moeder is aan 't wandelen als we binnenkomen. De vrouw met de arm in het gips dirigeert ons naar de eettafel.

De vrouw met de korte stapjes, mevrouw Smaale, 92 jaar, komt naar me toe om mij van de stoel te jagen, omdat die van haar is. Ze vertelt dat ze hier al tien jaar woont. Ze heet Nellie Smaale en ze heeft een

tweelingzuster die ook 92 jaar is, maar die helaas niet goed meer is, "en dat is toch zo jammer!" Vroeger had ze heel leuk werk als verpleegster in een ziekenhuis. Ik neem haar in de maling door te vragen naar de dokters van dat ziekenhuis, maar daar staat ze boven en ze verklaart dat ze ook heel leuk heeft samengewerkt met de dokters.

We wandelen de gang op, zetten moeder in een rolstoel en lopen met haar door de tuin. Bij de vijver wijs ik op de insecten, die als schaatsers over het water gaan. Vader zegt een gedicht op van Guido Gezelle en moeder zegt het mee. Ik wist niet dat vader en moeder elkaar ooit gedichtjes voordroegen. "Och ja," antwoordt vader, "dat is zo'n bekende tussen ons."

We drinken koffie in het gemeenschappelijke zaaltje 'De Vuursteen'. We zetten het hamertje tik op tafel en laten moeder met het hamertje slaan. Ze slaat niet krachtig maar wel raak en met een klein beetje hulp worden de pluggen er helemaal in geheid. Ze zegt eigenlijk niets. Het konijn in een hok op de gang ziet ze niet, hoe we ook proberen haar aandacht daarop te richten. Net als op de wilde konijntjes, die buiten op het gras zitten; die ziet ze waarschijnlijk evenmin. Maar terug op haar eigen gang zingt een verpleegster: "Ik zag twee beren broodjes smeren", en dat zingt moeder zachtjes mee.

Als we meelopen met de zuster, die de slaapkamer van het slot zal doen, wordt vader aangesproken door een man, eveneens op bezoek, die hem herkent. In de jaren dertig was hij een leerling van vader op de lagere school. "Ik dacht al: wat een bekend gezicht."

Op haar vijfpersoonsslaapkamer staat boven moeders bed een foto van de vroegere watertoren.

"Wat is dat?", vraag ik.

"De water..., uh..., de water, water."

"De watertoren", vul ik aan.

"Juist, ja", zegt moeder.

Moeder maakt geen opmerking over de slaapkamer of hoe ze slaapt. We nemen het gedichtenbundeltje van dominee Spilt mee. Vader kent het herfstgedicht van Jacqueline van der Waals uit z'n hoofd. In het gedicht wordt een bospad met herfstkleuren de gouden laan naar het levens-einde genoemd en hoe mooi zullen de zalen wel niet zijn met de gangen al zo vol goud!

In de huiskamer wordt vader weer aangesproken, nu door een vrouw die haar demente man voortduwt. Twee van haar kinderen hebben in de jaren vijftig bij vader in de klas gezeten. Ze is als hun moeder bij hem geweest. Frijda heette één van de

kinderen. De verpleegster kijkt geamuseerd toe en ik zet als tijdverdrijf een opzetkastje met glazen deurtjes een beetje veiliger, zodat twee pootjes niet meer op het randje staan. Ook van moeder staan er spulletjes in: een klein fotoalbum met familiefoto's; ikzelf sta er dus ook in.

Drie dames zitten al aan tafel voor het avondeten. We maken een grapje over de eetlepels.

Vader herhaalt de namen van de dames: "U bent mevrouw Van de Brink en u mevrouw Veenendaal."

"Hoe weet hij dat?", vraagt mevrouw Van de Brink.

"Het staat op uw voorhoofd", grap ik.

"Je liegt het", en ze lacht me uit. Vader wijst op me: "Dat is een grapjas, een ondeugd.

Nietwaar, moeder?"

"Het is goed dat we dat weten", besluit mevrouw Van de Brink. •

ZAAL MET VIER MANNEN

DUIZEND MAAL

WOEDE PERSEN IN JE VUISTEN
OF TE VOORSCHIJN LATEN SLAAN
ALS DE TONGEN VAN EEN SCHORPIOEN.
MET JE KAKEN SPEEKSEL KRAKEN
TOT HET SCHUIM VAN VLOEKEN
OP JE GODVERBETEN LIPPEN.

DUIZEND MAAL

IN VERSTILLING ACHTEROVERZAKKEN
OM JE BLIK TE BLUSSEN
IN DE STOOM VAN JE TRANEN.
OMDAT JE ZAG DE GLINSTERING
VAN HET MASKER VAN JE MOEDER
OP WIER SCHOOT GEEN TOEVLUCHT WAS.

DUIZEND MAAL

ROEPEN SCHUILNAMEN VAN LIEFDE EN VAN HAAT
EN GEEN ONDERSCHIED MEER ZIEN.
SLECHTS VOLTOOIEN DE GEDWONGEN REIS
VAN GEEN LEVEN NAAR HET PARADIJS.
BIJ HET STERVEN ZUL JE ZWIJGEN
OM MET GELE GAL HET LAATSTE WOORD TE BRAKEN.

Hilbert Kuik
Zaal met vier mannen

KERSTMIS 1971

P. Lens

DE HEER Van B. was weer terug in Nederland na een jarenlang verblijf in Brazilië. "Daar ging je direct naar een specialist als je iets mankeerde, maar misschien is het toch beter om hier een huisarts te hebben. U vroeg of ik langs wilde komen om kennis te maken. Hier ben ik dan."

Voor me een bruine, tanige man. Je zou hem geen zestig geven. Wel een toupetje zo te zien. Tatoeages op beide armen. Ook een vrij groot litteken op zijn onderarm rechts, waar hij naar zijn zeggen een tatoeage heeft laten weghalen. "Een kwajongensgril, dokter. Soms krijg je spijt."

Hart, longen en bloeddruk, alles was normaal. "Ik adviseer u minder te roken, dertig Gauloises is echt te veel."

Na een aarzeling: "... Dokter, weet u, ik kan niet tegen ziekenhuizen. Als me iets overkomt, laat me dan thuis." Daarna, geheel onverwacht: "Bent u joods?" "Nee, hoezo?"

"Nou u zou het kunnen zijn, u ziet er joods uit. U vindt het toch niet erg dat ik dat zeg? Wat ben ik ook nieuwsgierig. Excuus, dokter, excuus."

Ik liet hem uit. Vreemde vent, en zo onderdanig, steeds dat "Dokter", dat buiginkje bij het handen schudden, dat toupetje en die lucht van Old Spice.

Tweede kerstnacht werd ik door zijn vrouw gebeld: "M'n man heeft al een paar uur pijn op de borst. Hij is misselijk en hij transpireert. Hij wil niet dat ik u bel, maar u moest toch maar komen. Volgens mij is het zijn hart."

Zijn vrouw had gelijk. Hij probeerde nog wat grapjes te maken. "Ik vrees dat ik u moet laten opnemen. U hebt waarschijnlijk een hartinfarct."

"Maar ik heb u nog zo gezegd dat ik thuis wilde blijven, als mij iets zou overkomen."

"Het spijt me, het kan echt niet. Ik durf het risico niet te nemen."

Hij keek me smekend aan. Zijn vrouw:

"Ik zal het u maar zeggen, want hij schaamt zich. M'n man lijdt aan claustrofobie. Het komt allemaal door de oorlog. Hij heeft vier jaar achter tralies gezeten. En waarom? Alleen omdat hij als officier voor Stalingrad heeft gevochten."

Ineens viel alles op z'n plaats:

het Nederlandse legioen, een oud-SS'er.

"Mevrouw, kan ik hier even bellen voor een ambulance?"

Binnen een half uur lag hij aan de monitor.

Na enkele dagen was hij weer in redelijke conditie.

"De claustrofobie viel mee, misschien door de aardige zusters: grapje, dokter, grapje. Kan ik alles aan die psychiater vertellen?"

"Dat moet u zeker doen."

"Die tatoeage op mijn arm was het SS-teken. In Brazilië zei niemand er iets van, maar terug in Nederland heb ik het laten weghalen. Wat denkt u, haal ik het?"

"Ik denk het wel. De eerste kritische dagen hebt u al achter de rug." Wat praatte hij veel. Ik merkte dat ik slecht tegen zijn oorlogsverleden kon. Uit m'n geheugen kwam een waanzinnig beeld naar boven: Duitse soldaten die langs marcheerden en een vrolijk lied zongen. Het klonk gesmoord, omdat zij een gasmasker op hadden. Op commando hielden zij halt. Sommigen gaven ons snoepgoed. Snoep was op de bon. Ik was toen tien.

Bij het meten van de bloeddruk merkte ik dat S een tatoeage op zijn onderarm had. Het gaf me een schok, omdat het een concentratiekampnummer was. Hij zag dat ik het zag. Zonder ernaar te kijken dreunde hij de cijfers op, in het Duits. "Auschwitz, dokter, maar we hoeven er niet over te praten. Met uw voorganger had ik de afspraak dat ik, als het heel erg was, Vesparax mocht gebruiken. Ik word nog steeds midden in de nacht wakker voor appel. Waarom de dood mij heeft overgeslagen, is mij een raadsel."

In de jaren na deze eerste kennismaking leerde ik S kennen als een heel charmante, erudiete man. Hij kon smakelijk vertellen hoe hij na de oorlog met niets opnieuw was begonnen en in enkele jaren een groot confectiebedrijf met honderd modinettes had opgebouwd. "Soms, als de meisjes hadden overgewerkt, gingen we met z'n allen na afloop naar Americain, per taxi." Na enkele jaren nam hij een oud-bankdirecteur in dienst voor de zakelijke kant: het moest een financieel genie zijn. Het werd een faillissement. Omdat bezit hem niet echt meer interesseerde, deed het hem weinig. Hij vond het erg voor de meisjes, die nu op straat stonden. Hij trok zich terug op het platteland.

Toen hij last kreeg van zijn heup, zocht ik hem zo nu en dan op. Hij vertelde me over zijn leven, het concentratiekamp vermijdend. Met veel humor vertelde hij hoe door een psychiater tussen 1950 en 1960 wel zijn Oedipuscomplex en zindelijkheidstraining waren geanalyseerd, maar nooit de jaren in het kamp. Bij een volgende psychiater was Auschwitz wel ter sprake gekomen, doch deze geneesheer meende dat het beter was het contact te verbreken, omdat de patiënt de confrontatie met dit kampverleden niet zou aankunnen; kon de psychiater het zelf aan? Zou ik het aankunnen?

Doch S verwachtte van mij blijkbaar echt niet meer dan een stevige slaappil en nu een pijnstiller voor z'n heup. De heupoperatie, enige tijd later, verliep zonder lichamelijke complicaties, maar S zelf werd psychotisch. De martelingen, de honger, de appels, de executies, de gaskamers ... zijn afweer had het na 26 jaar begeven. De psychiater die hij toen kreeg, schreef mij in zijn brief dat hij na een korte tijd neuroleptica het contact kon herstellen; dat hij het initiatief aan de patiënt had overgelaten en vooral had geluisterd. Na een week kon S worden overgeplaatst naar een tweepersoonskamer op een andere afdeling. Tussen Kerst en Nieuwjaar bezocht ik hem. Die

dag waren de rabbijn en de psychiater ook al langs geweest. Dit ontlokte hem het commentaar: "Ik schijn gek te zijn, maar niet mesjogge."

Toen ik me omdraaide om te vertrekken, zag ik in het andere bed een patiënt naar me wenken. Zonder toupetje

had ik hem niet zo gauw herkend. Het was Van B.

"Moment, ik kom zo even bij u langs."

Gauw naar de hoofdverpleegkundige:

"Op 714 liggen twee patiënten van mij die beter niet bij elkaar kunnen liggen."

"O, die, dokter. Die hebben elkaar blijkbaar veel te vertellen. Ze hebben ge-

vraagd om het maar zo te laten."

Met dank aan John Waage, psychiater, voor het oude dossier van de heer S. •

DR P. LENS,

geneeskundig inspecteur voor de Volksgezondheid voor Noord-Holland

Prière du Médecin

O divin Médecin des âmes et des corps, qui durant votre vie mortelle avez manifesté votre prédilection pour les malades en les guérissant par le toucher de votre main;

Accroissez en nous la conscience d'être vos collaborateurs dans la défense et le développement des créatures humaines;

Illuminez nos intelligences dans la lutte contre les infirmités du corps, afin que, doués d'un jugement sûr, nous puissions indiquer les remèdes disposés par votre Providence;

Rendez - nous fermes dans la défense de votre sainte loi du respect dû à la vie, contre les attaques de l'égoïsme et des instincts pervers;

Accordez - nous enfin de mériter un jour d'entendre de vos lèvres la sentence de vie éternelle promise à ceux qui vous auront visité en la personne de nos frères malades:

"Venez, les bénis de mon Père, prenez possession du royaume qui vous a été préparé".

Pie. xii