



**Universiteit
Leiden**

The Netherlands

Uit de schatkamer van een huisarts.

Springer, M.P.

Citation

Springer, M. P. (2003). *Uit de schatkamer van een huisarts*.
Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/5250>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License:

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/5250>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Uit de schatkamer van een huisarts.

Afscheidscollege uitgesproken door

prof.dr. M.P. Springer

bij zijn afscheid als hoogleraar
aan de Universiteit Leiden
op 7 maart 2003.

Dames en heren,

In de geneeskundige praktijk van alledag vertellen we elkaar verhalen. Patiënt en dokter wisselen verhalen uit. De patiënt vertelt over de reden van komst, over klachten, over ongemakken, over ongerustheid en over wat van de dokter verwacht wordt. De dokter luistert naar het verhaal van de patiënt, stelt meestal toelichtende vragen en onderzoekt de patiënt. Vervolgens vertelt de dokter wat hij of zij er van denkt, wat de oorzaak kan zijn, of er wat aan gedaan kan worden. Na dat verhaal van de dokter verlaat de patiënt de spreekkamer. Soms ook is het de dokter die de woning van de patiënt verlaat.

Patiënt en dokter vertellen elkaar verhalen. Maar ook dokters onderling vertellen elkaar verhalen. Meestal gaat het over ervaringen met patiënten. Het doel van deze onderlinge vertellingen kan zeer verschillend zijn: om de ander wat te leren, aan het denken te zetten of te consulteren. Ook wisselen dokters verhalen uit om te imponeren of gewoon om de ander deelgenoot te maken van een boeiende of humoristische ervaring. Kortom dokters vertellen elkaar verhalen ter lering en vermaak, van casuïstiek tot sterke verhalen aan toe.

De laatste jaren ben ik niet meer zo in de positie geweest dit soort verhalen te vertellen aan dokters en andere geïnteresseerden. Daarom wil ik vanmiddag deze laatste mogelijkheid benutten en u **een drietal verhalen** vertellen, verhalen uit de oude doos, mijn oude doos. Eén lang verhaal en twee kortere.

In hoeverre deze verhalen bij u ter lering of ter vermaak zullen overkomen, weet ik natuurlijk niet. Wel is het zo dat deze voordracht te boek staat als een college. Een beginnend hoogleraar houdt een oratie, een rede over visies en toekomstplannen; een vertrekkend hoogleraar houdt een afscheidscollege. Verondersteld wordt kennelijk dat een vertrekkend hoogleraar altijd iets leerzaams te vertellen heeft.

Het **eerste verhaal** betreft een ongeveer veertig jarige man, die ik meneer Droef zal noemen. Hij had een droefgeestig, deerniswekkend uiterlijk, z'n hele houding was daarvan doortrokken. Misschien gaf zijn beroep daar ook wel aanleiding toe. Hij was champignon-kweker, het verhaal speelt zich af in een dorp aan de rivier boven Den Bosch. Na mijn afstuderen dokterde ik daar voor het eerst zelfstandig: waarnemen in de weekenden en vakanties. In deze streek werden veel champignons gekweekt. In menig schuurtje groeiden de champignons op grote kweektafels, gevuld met pikzwarte aarde, in het aardedonker. Van die bedompte, vochtige, schimmelige atmosfeer wordt je als kweker niet bepaald vrolijk.

Maar meneer Droef had nog een andere reden om droefgeestig en deerniswekkend te kijken. Hij was naar de praktijk gekomen omdat hij heftige pijn in de linker zij had. Bovendien had hij bloed geplast. Nadat hij mij zijn verhaal had verteld, met weinig woorden, stelde ik op mijn beurt wat vragen, onderzocht hem en keek z'n urine na. Mijn verhaal aan hem, kwam erop neer, dat ik meende dat zijn klachten veroorzaakt waren door één of meer nierstenen.

“Zo'n steen is tussen nier en blaas in de urineleider klem komen te zitten”, vertelde ik

hem, “en als reactie gaan de spiertjes rond de urineleider zich krachtig samentrekken.” Ik zei hem dat die spierkrampen de pijn veroorzaakten, een op en neer gaande hevige pijn die we koliekpijn noemden, één van de ergste pijnen die er bestaan.

Erg zeker van mijn diagnose was ik overigens niet, ik had nog nooit eerder een patiënt tijdens een niersteenaanval gezien. Tijdens mijn opleiding had ik begrepen dat kolieken gepaard gaan met bewegingsdrang: de patiënt kan niet stil zitten of liggen. Meneer Droef zat doodstil op zijn stoel, van een bewegingsdrang was geen sprake. Ik legde meneer Droef uit dat ik een injectie ging geven om die spierkrampen in de urineleider op te heffen. Daardoor zou de pijn weggaan, voorspelde ik optimistisch. Nadat ik de injectie had gegeven, vroeg ik met tussenpozen of hij al iets merkte. Na een minuut of tien zei hij dat hij geloofde dat de pijn iets minder werd. Enige tijd later was hij daar zekerder van.

Ik vertelde hem dat hij de komende dagen veel moest drinken om de urinewegen door te spoelen, dan kwam het steentje makkelijker los. Ook adviseerde ik alle urine op te vangen en te zeven of anders door een theezeeffe te plassen. Dit om het steentje, als het naar buiten kwam, niet verloren te laten gaan. Ook gaf ik hem wat zetpillen mee, de praktijk was apothekhoudend: als de pijn weer erger zou worden, kon hij die meteen gebruiken.

“In die zetpillen”, zie ik, “zit het zelfde medicijn als ik net heb ingespoten”.

Ik benadrukte nogmaals de werking ervan, namelijk het opheffen van de pijnlijke spierkrampen in de urineleider.

Toen hij opstond om naar huis te gaan, vroeg ik hem over een paar uur terug te bellen om te vertellen hoe het gegaan was.

Een paar uur later belde hij: het was nog niet veel beter geworden. Hij had nog veel pijn. Ik adviseerde hem nu een zetpil te zetten ‘om de spierkrampen in de urineleider op te heffen’. Ook vroeg ik hem over een uur weer terug te bellen.

Het duurde aanzienlijk langer voordat hij weer belde. Zijn stem klonk zacht en somber. Hij had nog erge pijn.

Ik vroeg of hij toch wel die zetpil had gezet.

Het was even stil en daarna zei hij met enige schroom dat het niet gelukt was.

Ik vroeg wat hij bedoelde.

Weer was het even stil, waarna hij zei: “Ik kreeg um er niet in”.

Ik begreep het niet.

Hij vervolgde: “En die pil werd helemaal dun en glibberig”.

Ongelovig vroeg ik: “U kon die zetpil niet in uw anus krijgen, in uw achterwerk?”

Nu was het langer stil en aarzelend volgde:

“Meneer dokter”, zo werd in dat dorp aan de rivier een dokter meestal aangesproken, “meneer dokter, ... moest dat ding dan daarin?”

Het bleek dat hij geprobeerd had de zetpil van buiten af in zijn urinewegen te stoppen. Ik zag het voor me: meneer Droef, voorovergebogen zittend, met dat hangend

gezicht, probeerend die zetpil in de veel te nauwe uitmondning van de urinebuis te stoppen. Zetpillen zijn gemaakt van een vetachtige substantie, die bij lichaamstemperatuur vloeibaar wordt. Bij die steeds hernieuwde pogingen zal het een glibberige klierboel geweest zijn.

Ik voelde me een dilettant. Ik had geprobeerd alles goed uit te leggen, maar was mijn doel voorbij geschoten. Ik had de nadruk gelegd op het effect van geneesmiddel, het opheffen van de spierkrampen in de urineleider, en me niet gerealiseerd dat de patiënt misschien nog nooit van een urineleider had gehoord. En misschien ook niet van een zetpil, laat staan dat hij op de hoogte was van de wijze van toediening. Ik had tijdens mijn opleiding geen enkele training in voorlichting, gesprekstechniek of consultvoering gehad.

Ik behoor nog tot de generatie huisartsen, die *geen specifieke huisartsopleiding* hebben genoten. Tot in de jaren zeventig van de vorige eeuw werden aanstaande huisartsen wat betreft het praktisch onderwijs uitsluitend opgeleid door medisch specialisten. Decennia lang was dat goed gegaan, de geneeskundige mogelijkheden waren nog niet zo omvangrijk en nog redelijk goed door één persoon te overzien. Maar de laatste halve eeuw heeft de geneeskunde zich in een steeds hoger tempo ontwikkeld en zijn met name de technische mogelijkheden van de ziekenhuisgeneeskunde enorm toegenomen. Hierdoor zijn - met alle respect - de medisch specialisten steeds verder af komen te staan van de algemene praktijk.¹ En dat heeft onvermijdelijk z'n weerslag gehad op het onderwijs aan medisch studenten. Gedurende de co-schappen bovendien maakten aanstaande huisartsen wel uitgebreid kennis met de meeste specialistische vakgebieden, maar in mijn tijd niet met het patiëntenaanbod en de werkwijze van de huisartsgeneeskunde.²

Als beginnend huisarts stond je dus eigenlijk met twee linker handen.

Hoe leerden wij het huisartsenvak dan wel? Door vallen en opstaan, door trial and error. Toch was er wel degelijk sprake van wat ik zou willen noemen: een *informele huisartsopleiding*. Deze rustte op drie pijlers: patiënten, studeren en ervaren huisartsen.

Van patiënten heb ik, denk ik, het meest geleerd. Zeker in de eerste jaren van mijn huisarts carrière hanteerde ik een heel ruim terugbestelbeleid. Feedback van het beloop op de juistheid van mijn diagnose en behandeling, zou dat kunnen worden genoemd; een soort zelfevaluatie dus. Als ik twijfelde over mijn diagnose of behandeling, en dat had ik de eerste jaren dus vaak, dan vroeg ik de patiënt mij op de hoogte te houden. Meneer Droef was daarvan een voorbeeld, niet zo dramatisch misschien, maar door mijn praktische onkunde heeft hij wel vele uren onnodig heftige pijn gehad.

In die tijd heb ik me ook veel in de vakliteratuur verdiept, alles wat los en vast zat, las ik. Tegenwoordig zouden we dat *zelfstudie* op eigen initiatief noemen. Richtinggevend voor mij waren de problemen van mijn patiënten. Een belemmering was wel dat er nog maar weinig specifieke huisartsgeneeskundige literatuur bestond. Ook van cursorische nascholing voor en door huisartsen was nog geen sprake.

En natuurlijk leerden we veel *van ervaren huisartsen*, waarmee we tijdens onze prille beroepsuitoefening in contact kwamen. Op mijn eigen ervaringen in dit verband wil ik wat dieper ingaan..

De huisarts, waarvoor ik ging waarnemen in dat dorp aan de rivier boven Den Bosch, gaf mijn vrouw en mij op de avond dat we kwamen kennismaken, een ware spoedcursus. Het was een paar weken na mijn artsexamen. Hij had al veel jonge waarnemers gehad. Over praktijkvoering vertelde hij het nodige, over de praktijkadministratie, in het bijzonder ook over de financiële kant. En hoe je een doktersapothek drijft en natuurlijk over receptuur, want mijn receptenboekje was nog erg leeg. Zo schreef hij aspirine vaak voor: op verschillende indicaties. Daarom had hij in zijn apothek aspirine in vier kleuren: wit bij griep en verkoudheid, geel bij complicaties als sinusitis, rood bij rug- en gewrichtsklachten en blauw bij de overige indicaties.³

Uitvoerig stond de collega stil bij de meest voorkomende spoedgevallen, hoe te handelen bij hartinfarct, astma-aanvallen, nier- en galkolieken.

“Bij spoedgevallen is er bijna altijd paniek, vooral bij de familie en omstanders”, zei hij, “je moet je daardoor niet laten meeslepen, maar op een zelfverzekerde manier de anamnese afnemen en de patiënt onderzoeken. Als je de diagnose hebt gesteld en je wacht op de ziekenauto of op het effect van je behandeling, dan is het goed de paniek wat af te leiden. Vraag bijvoorbeeld de medicijndoosjes op te zoeken, of de ziekenfondspapieren of vraag alvast een tas in te pakken. Of zeg iets als: wat heeft u daar een mooie kast of een mooie klok! Speciaal bij psychische spoedgevallen, zoals hyperventilatie en agressie, lukt het met dat soort afleidingen vaak uitstekend de druk van de ketel te halen”.

We richtten mijn ampullen-etui in. Ook kreeg ik de nodige wegwerpspuiten, in die tijd waren die er pas. Verder zei hij dat er nogal eens gehecht moest worden, er waren vaak ongevallen. Een kerkdorp verderop stond bekend om z'n messentrekkers, steekwonden waren dus niet ongewoon. Ook kwamen er nogal veel verkeersongevallen voor. De ambulance moest uit Den Bosch komen, dus er werd altijd eerst naar de dokter gebeld. Soms wel tien telefoontjes achter elkaar, van verschillende mensen. “En als de politie vraagt bloed af te nemen voor alcoholbepaling”, zei hij, “doen hoor, want het is verschrikkelijk zo veel als hier gedronken wordt. Natuurlijk moet je de bestuurder wel toestemming vragen, maar dat is meestal geen probleem. Bijna elk auto-ongeluk hier wordt veroorzaakt door alcohol”.

De collega dronk zijn zoveelste glas wijn van die avond. Wat later haalde hij een volgende fles uit de kelder.

“Tja”, zei z'n vrouw, “hij werkt eigenlijk altijd en wijn is zo'n beetje het enige dat hij daarnaast heeft; iedere avond drinkt hij wel een fles”.

Tijdens deze kennismakingsavond vernam ik ook dat er al maanden een hepatitis-epidemie heerste. Ik had nog nooit een patiënt met hepatitis infectiosa gezien. We namen de diagnostiek en behandeling door. Tevens bleek een verpleeghuis met ruim vijftig bedden tot de praktijk te behoren.

“In het weekend bellen ze vrijwel nooit”, zei hij, “hoogstens voor aanvulling van de medicijnen of als er iemand overleden is. Dan vragen ze om een doodsbriefje te komen invullen”.

Dat laatste had ik nog nooit gedaan.

“Maar als je er niet uitkomt of als je vragen heb, kun je me altijd bellen. Ik zit in de boerderij, een half uur rijden hiervandaan; desnoods kom ik hiernaar toe. Ik vind het helemaal niet erg om in mijn nieuwe Citroën DS te rijden”

Wat ik me herinner, is dat het zover nooit is gekomen. Wel heb ik hem geregeld gebeld voor advies.

Toen we op die kennismakingsavond afscheid gingen nemen, zou de collega de jassen van mijn vrouw en mij uit de gang halen. Intussen gaf zijn echtgenote nog wat adviezen aan mijn vrouw. Het duurde lang voor hij terug kwam. Hij had onze jassen niet bij zich, maar ...hij had wel zijn eigen jas aan en z'n visitetas in de hand.

Vergoelijkend stelde zijn echtgenote vast, dat hij even naar de spreekkamer was geweest en daar - als zo vaak - was afgeleid. Vandaar.

Met tuitende oren reden we over de Bandijk het dorp uit terug naar Utrecht. We waren diep onder de indruk. We vroegen ons af of we het wel aan zouden kunnen?

De huisarts in dat dorp aan de rivier, werd naar de huidige maatstaven mijn informele huisartsopleider. Ik heb veel van hem geleerd. Iedere keer als ik had waargenomen, droeg ik de door mij behandelde patiënten aan hem over: ik legde verantwoording af. Hij gaf me feedback, stimulerend en mild. Ook hield hij me op de hoogte van het beloop bij patiënten die ik eerder behandeld had.

In het jaar dat ik daar in de weekenden en vakanties waarnam, was ik door de week dienstplichtig militair arts. Met vijf lotgenoten, pas afgestudeerde artsen, zaten we in een legerplaats op de Veluwe. We hadden elk als het ware een klein huisartspraktijkje van 600 'zielen' en hielden dagelijks ziekenrapport. Iedere ochtend dronken we koffie met elkaar en wisselden ervaringen uit over patiënten, die we hadden behandeld. We vertelden over onze eerste successen, consulteerden elkaar en wat de één niet wist, wist de ander vaak wel. Ik heb er veel van opgestoken.⁴

Van ons vijven wisten er vier wat zij na de militaire dienst gingen doen: één werd psychiater, een ander gynaecoloog en twee huisarts. Nummer vijf wist het nog niet. De éne dag zei hij psychiater te willen worden, de andere dag huisarts, dan weer gynaecoloog en soms ook internist of chirurg. Die onzekerheid kwam ook tot uiting in onze dagelijkse koffieronden. Alleen hij kwam iedere ochtend met een stapel groene kaarten van patiënten, waarmee hij geen raad wist. Het enige succes dat hij vrijwel dagelijks meldde was, dat hij weer 'een nagel had uitgerukt'. Ingegroeide teennagels kwamen onder militairen veel voor en nageextractie was veelal de meest efficiënte behandeling: 'de snelste weg terug naar het front'. Hij 'rukte meer nagels uit' dan wij vieren bij elkaar. Toch bleef hij met een zekere hardnekkigheid een voorkeur uitspreken voor de huisartspraktijk, terwijl hij daarvoor toch allerminst geschikt leek. Na maanden van twijfel zei hij op een dag:

“Ik weet wat ik ga doen”, en vervolgde: “ik weet het zeker, ik wil cardioloog worden!”
We waren verbaasd, dit hadden we niet eerder gehoord.

De aanstaande psychiater zei:

“Verstandig, dat is heel erg verstandigomdat er dan altijd een internist in de buurt is”.

En hij is een succesvol cardioloog geworden.

Dames en heren, voor een praktisch en breed wetenschappelijk vakgebied als dat van de huisarts, dient zelfstandige beroepsuitoefening vooraf gegaan te worden door een specifieke beroepsopleiding. Deze is in 1973 ingevoerd. De leervormen zijn echter niet wezenlijk anders dan in de informele huisartsopleiding van mijn generatie:

- patiëntenzorg, weliswaar onder supervisie, maar in toenemende mate van zelfstandigheid;
- leergesprekken met de opleider;
- ervaringen delen met andere huisartsen in opleiding;
- kennisvermeerdering, met name ook zelfstudie, waarbij tegenwoordig wel beschikt kan worden over specifiek huisartsgeneeskundige kennis en vakliteratuur.⁵

Ook nu leren aanstaande huisartsen het meest van de patiënten die zij behandelen, van de verhalen die patiënten hen vertellen en hoe hun eigen verhalen bij de patiënten overkomen en natuurlijk van feedback op hun handelen. Echt ervaringsonderwijs dus, alle andere leer- en onderwijsvormen zijn voorwaardelijk voor het ontwikkelen van hun deskundigheid ten behoeve van de patiëntenzorg.

De duur van de beroepsopleiding was aanvankelijk één jaar, later twee jaar en sinds 1994 drie jaar. Aan het nut en de noodzaak van die laatste uitbreiding heb ik persoonlijk altijd getwijfeld.⁶

De vraag is of dit extra jaar zoveel toegevoegde waarde heeft, dat het essentieel is voor een adequate beroepsuitoefening. Ik meen die vraag ontkennend te moeten beantwoorden. De toegevoegde waarde lijkt veel meer te zitten in het theoretisch onderwijs dan in het opdoen van nieuwe ervaringen in de praktijksituatie.⁷

In deze tijd van krapte aan artsen zou het van groot voordeel zijn de huisartsopleiding weer terug te brengen tot twee jaar. Niet alleen komt er één jaarcohort aanstaande huisartsen één jaar eerder op de arbeidsmarkt (toch zeker zo'n 400 huisartsen extra)⁸, maar minstens zo belangrijk is dat een kortere duur van de opleiding, deze aantrekkelijker zal maken voor méér basisartsen.⁹

Het tweede verhaal dat ik u wil vertellen, is - zoals ik al zei - korter dan het vorige. Het verhaal speelt zich af in Utrecht, waar ik bijna tien jaar huisarts ben geweest. De praktijk bevond zich in een grote nieuwbouwwijk, een doorstroomwijk, want ieder jaar verhuisde een kwart van de bevolking naar elders, dus ook een kwart van mijn patiënten. Trouwen, een huurflat, 2 kindertjes krijgen en dan verhuizen naar een eigen huis (in Maarssenbroek, Nieuwegein of Houten), dat was de stereotype cyclus

in de wijk waar ik dokterde. Als verloskundig actieve huisarts heb ik heel wat kinder-tjes 'gehaald'.

Ongeveer 40% van de patiënten verhuisden echter niet en bleef al die jaren ingeschreven in mijn praktijk. Tot deze laatste groep behoorde ook de jongste van de twee zusters waarover dit verhaal gaat. Ze woonde met haar enige dochter in een kleine éénge-zinswoning. Ze was weduwe en werkte als bedrijfsleidster in een vestiging van een bekend modehuis. Ik zal haar mevrouw Mooij noemen, ze was op haar 45^e een mooie vrouw, tot in de puntjes verzorgd. Ze kwam geregeld op het spreekuur met gewone klachtjes en kwaaltjes. In de zomer van '73 had ze een bijzondere vraag: of ik bereid was tijdelijk huisarts van haar zuster te zijn. Ze kwam binnenkort over uit Amerika, ook om voor controle naar een gerenommeerd gynaecoloog te gaan. Vorig jaar, toen ze eveneens over was, had deze gynaecoloog een uitstrijkje gemaakt en kanker vastge-steld. Hij had een deel van de baarmoedermond weggehaald en gezegd dat er een kleine kans was dat het terug zou komen. Dan zou hij niet veel meer voor haar kun-nen doen. Beide zusters hadden afgesproken, mocht het zover komen, dat ze dan niet terug zou gaan naar Amerika, maar bij haar zuster zou blijven.

"We zijn altijd heel erg goed met elkaar", zei Mevrouw Mooij.

Ik zei dat het vanzelfsprekend was dat ik de tijdelijke huisarts van haar zuster zou zijn. Een paar weken later kwamen beiden op het spreekuur, zodat ik kennis met haar kon maken. Ze was iets ouder dan Mevrouw Mooij, en zo mogelijk nog mooier en even-eens tot in de puntjes verzorgd. Ik zal haar Mevrouw Schoon noemen. De volgende dag al had ze een afspraak met de gynaecoloog.

Ruim een week later, achter in de middag, werd ik gebeld door de dochter van Mevrouw Mooij. Of ik langs kon komen, het bleek mis te zijn.

In het kleine voorkamertje lag Mevrouw Schoon op de bank, met grote ogen afwezig voor zich uit kijkend. Mevrouw Mooij en haar dochter zaten er met betraande ogen bij. De gynaecoloog had mevrouw Schoon vorige week onderzocht en bedenkelijk geke-ken, maar niets gezegd. Vandaag waren ze weer geweest. Nu had hij gezegd dat de kanker was teruggekomen en dat er uitzaaiingen waren. Helaas kon hij niets meer voor haar doen, had hij gezegd. Ze hoefde niet meer bij hem terug te komen. Morgen zou hij een maatschappelijk werker langs sturen voor de stervensbegeleiding. Het was alsof de bliksem was ingeslagen, een totale ontreddering had zich van de drie vrouwen meester gemaakt. Mevrouw Schoon was er van overtuigd dat ze binnen enkele weken dood zou gaan. Het lukte me niet dit uit haar hoofd te praten, ook later niet. De gynaecoloog had immers gezegd dat hij niets meer voor haar kon doen.

De volgende ochtend kreeg ik na veel moeite deze gerenommeerde gynaecoloog aan de telefoon.

"Het is allemaal heel jammer", zei hij, "maar die vrouw is sterk, hoor!"

Daarom had hij haar de waarheid gezegd. In die tijd was het heel gewoon de diagnose kanker niet te noemen. Gesproken werd over een chronische ontsteking, die niet kon

genezen. Hoop werd er eigenlijk altijd gegeven, ook als daar medisch geen reden meer voor was.

“De tijd van het grote liegen is voorbij”, vervolgde de vooruitstrevende gynaecoloog, “maar het sterven moet wel begeleid worden. Onze maatschappelijk werkster weet daar veel van, niet zo lang geleden is ze naar een groot congres daarover geweest. Vanmiddag komt ze bij mevrouw Schoon langs”.

Schoorvoetend zei ik dat niet zo’n goed idee te vinden en als het nodig was: er waren ook maatschappelijk werkers in de wijk.

Hij reageerde met: “Nou dan komt ze niet”, en hing gepikeerd op.

Een half jaar heeft Mevrouw Schoon daar in die voorkamer gelegen. De eerste drie maanden lag ze op een gewoon bed. Af en toe kwam ze eruit, ze zat dan aan de eettafel. Eigenlijk was er lichamenlijk nog niet veel aan de hand. Ze kon zich echter geen moment losmaken van het afschuwelijke ziekbed dat in haar gedachten haar onherroepelijk wachtte. Dat beheerste volledig haar dagen en die van haar zuster. Op geen enkele wijze kon ze haar gedachten op iets anders richten, zelfs niet voor even. Ook de wijkzuster en de maatschappelijk werker lukten het niet daarin verandering te brengen, evenmin als de pastor en de geconsulteerde psychiater.

Aanvankelijk bezocht ik haar wekelijks, de laatste maanden dagelijks en de laatste paar weken nog vaker. Ze lag nu in een ziekenhuisbed. Ze was sterk vermagerd, haar buik was opgezwollen en ze had erge problemen met haar ontlasting. Enkele keren liet ik vocht uit de buikholtte aflopen. Ook had ze veel pijn, vooral in de rug. Die lichamenlijke aantasting en het verval was voor deze vrouw ontluisterend. Het was voor haar nog moeilijker te aanvaarden dan haar naderende dood.

De eerste keer dat ik haar een pijnstillende injectie gaf, keek ze mij angstig aan. Ik zei, dat ik niet vond dat het al niet zover was. Iets ontspannen wachtte ze de pijnstilling af. In de eerste maand hadden we afgesproken, dat ik haar ‘zou helpen’, als dat nodig mocht zijn. Ik zou dan wat meer spuiten, maar zij zou het moment aangeven. Zover is het niet gekomen. Ze was taai, sterk, dat had die gerenommeerde gynaecoloog wel goed gezien. Toch overleed ze nog vrij onverwacht.

De zaterdag na haar begrafenis stond de dochter van Mevrouw Mooij bij ons op de stoep, met haar vriend. Ze kwam me namens haar tante, haar moeder en haar zelf bedanken. Ze gaf me een fles champagne. Een mooi cadeau vond ik.

Een jaar of wat later heb ik de dochter en haar man geassisteerd bij de geboorte van hun kind. Ook een dochter. Ik weet niet of hun gezinnetje daarmee voltooid was, het zou me niet verbazen.

Dames en heren, nieuwlichterij, de waan van de dag en ongefundeerde heilsboodschappen horen niet thuis in de geneeskundige praktijk van alledag, zeker niet als het gaat om ernstige ziekten. In deze tijd van evidence-based medicine zal daarvan niet meer zo vaak sprake zijn als dertig jaar geleden. Maar de verleidingen van onbewezen, ondoordachte nieuwlichterij zijn groot.

In het onderwijs aan studenten geneeskunde is van groot belang dat niet het beeld ontstaat van een zich elke paar jaar fundamenteel veranderende geneeskunde. Op diagnostisch terrein is dat zeker niet het geval. Het zelfde kan worden gezegd van de behandeling van de veel voorkomende ziekten en aandoeningen. De meeste vorderingen worden gemaakt in de grote groep van zeldzame ziekten. In elk specialistisch vakgebied is er altijd wel een zeldzame ziekte of aandoening, waarbij zich kort geleden een doorbraak heeft voorgedaan. Het is heel begrijpelijk dat een specialist, gefascineerd door zo'n vordering, daarover graag praat met studenten.

Maar studenten geneeskunde hebben in korte tijd contact met veel verschillende specialisten en als die allemaal zo'n vordering melden op hun terrein, ontstaat een sterk vertekend beeld van de werkelijke ontwikkeling van de geneeskunde.

Zeldzame diagnoses zouden naar mijn overtuiging *niet in de artsopleiding* aan bod mogen komen. Het leidt de aandacht af van waar het in de studie werkelijk om gaat. Een enkele uitzondering kan er natuurlijk altijd gemaakt worden, bijvoorbeeld als daarvoor didactisch een sterke reden bestaat. Zeldzame diagnoses vallen naar mijn mening in principe onder de vervolgopleidingen.

Hoe zou dit nu in de Leidse studie geneeskunde doorgevoerd kunnen worden? In het nieuwe curriculum, dat zo'n grote stap vooruit betekent, wordt uitgegaan van ongeveer 120 klinische presentaties. Deze klinische presentaties zijn op te vatten als alle vormen van klachten en symptomen, waarmee patiënten kunnen komen. Door de tijd heen zijn deze klinische presentaties nauwelijks aan verandering onderhevig. Dit kan niet worden gezegd van de diagnostische aanpak, de behandeling en zelfs de diagnoses, daarin manifesteren zich immers de wetenschappelijke vorderingen.

Per klinische presentatie zou centraal aangegeven kunnen worden welke diagnoses wel en welke niet moeten worden gekend. Alle zeldzame diagnoses vallen in beginsel af. Student en docent weten dan waar ze aan toe zijn, het zal de studeerbaarheid enorm ten goede komen.

In de geneeskunde zijn *ongeveer 9000 diagnoses bekend*, slechts 400 daarvan hebben een prevalentie van meer dan 100 per 100.000 inwoners per jaar.⁹ Bijna de helft van alle mogelijke diagnoses zijn zeer zeldzaam, d.w.z. hebben een prevalentie van minder dan 1 per 100.000 inwoners per jaar.

In de beperking herkent men de meester, zou ik willen zeggen.

Het derde verhaal, dat ik u ga vertellen, is nog korter dan het vorige.

Het betreft de oude mevrouw Maaskant. Het was vrijdagmiddag en niet de eerste keer dat ik naast haar bed zat, op dat krakende kamelenkrukje. Al vaker had ik gedacht, dat het in elkaar zou zakken.

De oude mevrouw was benauwd, erger dan vorige keren. Ze had chronische bronchitis en emfyseem en sinds kort had ze via de longarts thuis de beschikking over een cylinder met zuurstof. Zetpillen, injecties, infusen, en inhalatoren, het hielp allemaal niet meer. Zuurstof deed nog iets. Haar tanige, doorgroefde gezicht zag er vermoeid uit. Ze zei ook dat ze erg moe was.

Ze vroeg wie er het weekend dienst had. Ik vertelde het haar. Ze verzocht mij door te geven dat ze niet in het ziekenhuis opgenomen wilde worden. Ik beloofde het haar en zei dat ik maandag terug zou komen.

Ik stond op van het kamelenkrukje, dat weer vervaarlijk kraakte en nam afscheid. Samen met haar dochter verliet ik de slaapkamer. Bij de voordeur wisselden we onze bange vermoedens uit. dat het wel eens kon aflopen.

De drie dames Maaskant bewoonde een ruime flat op de eerste etage. De oude mevrouw was weduwe, haar man had indertijd een fiks transportbedrijf opgebouwd, dat nog altijd bestond. Ze had haar leven lang hard gewerkt. Haar dochter, halverwege de vijftig, had een kantoorbaan. Of dat bij het transportbedrijf was, weet ik niet. Deze middelste mevrouw Maaskant, een keurige vrouw, kwam regelmatig op de praktijk vanwege een hoge bloeddruk. Of er ooit sprake is geweest van een echtgenoot, weet ik niet. In ieder geval had ze wel een dochter. Deze jongste mevrouw Maaskant was achter in de twintig, een sappig Utrechts sprekende dame, die het met haar levenswandel niet zo nauw leek te nemen. Ze had een inmiddels twaalfjarige zoon, die in zijn vroege puberteit haar volledig de baas was. Van een echtgenoot of partner heb ik nooit iets gemerkt. Ook heb ik haar nooit over een baan gehoord.

Maandagochtend vroeg gaf de collega, die weekenddienst had gedaan, door, dat de oude mevrouw zondagochtend was overleden.

Direct na m'n spreekuur ging ik er naar toe. De dochter had er vrede mee, ze vertelde dat haar moeder heel rustig was ingeslapen. Gelukkig was ze niet gestikt, daarvoor had ze altijd angst gehad.

De oude mevrouw lag thuis opgebaard, in haar slaapkamer. Het krukje stond er niet meer. Er hingen lange zwarte gordijnen om de kist. Het was destijds in de wijk, waar ik dokterde, niet gewoon een overledene thuis in een flat op te baren. Ik had het nog nooit eerder meegemaakt. Maar bij deze oer-Utrechters bestond geen twijfel daarover. Er was allemaal familie over de vloer, ik had ze nooit eerder gezien.

De volgende dagen hoorde ik dat er problemen waren over de erfenis. Hoe dat allemaal is afgelopen, weet ik niet.

Een paar weken later kwam de jongste mevrouw Maaskant op het spreekuur. Ze kwam voor de pil. Op het einde van het consult zei ze:

“U zat toch altijd op het krukje naast het bed van Oma? Dat krukje kraakte toch zo raar?”

Ik knikte bevestigend. Het bleef even stil, waarna ze vervolgde:

“Er zat meer dan honderdduizend gulden in. Daarom kraakte het zo.”

Ze vertelde dat er allemaal honderdjes en duizendjes in het kussen verstopt waren, in propjes. De oude mevrouw Maaskant had in vele jaren dat fortuin opgebouwd: een verborgen schat in het krakende kamelenkrukje.

En ik had gedacht dat ik door het krukje zou zakken.

Dames en heren, het zal ook u niet ontgaan zijn, dat het de laatste jaren wat kraakt in de Nederlands huisartsgeneeskunde. Daaraan moet U geen verkeerde conclusies verbinden. Ik kan u verzekeren dat de huisartsgeneeskunde nog vele verborgen schatten in zich draagt. Het wordt tijd dat de schatkamer van huisartsen systematisch wordt ontsloten voor wetenschappelijk onderzoek en voor onderwijs aan studenten geneeskunde. De patiëntenzorg zal er veel beter van worden.

Ik heb gezegd.

Noten

1. Ook zijn steeds minder specialisten hun medische carrière gestart als (waarne- mend) huisarts. Tegenwoordig is het niet meer mogelijk te praktiseren als huisarts (of waar te nemen) zonder een voorafgaande beroepsopleiding en een registratie als huisarts.
2. Mijn generatie werd formeel dan wel tot huisarts opgeleid, maar in feite tot multi-mini specialist: alsof de huisartsgeneeskunde de optelsom is van vage aftreksels van de medisch specialistische vakgebieden. Waarin we goed opgeleid waren, was het onderkennen van de patiënten die we later als huisarts naar de specialist zouden moeten verwijzen. Maar de ruim 90% van de gezondheidspro- blemen in de huisartspraktijk, die je geacht wordt als huisarts zelfstandig te behandelen, daarover leerde je tijdens de studie geneeskunde in mijn tijd maar bitter weinig.
3. Als je je daar niet aan hield, begreep de patiënt er niets van; het was niet uit te leggen dat je een zelfde medicijn gaf bij zoveel verschillende aandoeningen. De naam van het geneesmiddel werd in die tijd meestal niet op het medicijndoosje vermeld; ook bestond er nog geen patiëntenbijsluiter.
4. Tevoren waren we tot militair arts opgeleid, in twee maanden, in Neerijnen. Helemaal niet zo slecht overigens. Zo werden we vertrouwd gemaakt met de diag- nostiek en behandeling van de meest voorkomende ziekten en aandoeningen bij met name jonge militairen. Hygiëne was ook een belangrijk onderwerp, de docent daarvoor was de laatste paardenarts van het Nederlandse leger. Van deze dieren- arts leerden wij trouwens ook hoe je met honden moet omgaan.
5. Ook de huidige haio's (huisarts in opleiding) hebben bij het begin van de oplei- ding een sterke behoefte aan onderwijs in acute geneeskunde, farmacotherapie en alledaagse infectieziekten. Pas later in de opleiding ontstaat belangstelling voor onderwijs in praktijkvoering, het zelfstandig functioneren wordt dan actueel.
6. In het algemeen is de duur van een praktische opleiding een arbitraire aangele- genheid. Tenzij het gaat om het aanleren van concrete, complexe vaardigheden met goed controleerbare leercurven (zoals bij chirurgen en piloten), zal de duur van de opleiding in meerdere of mindere mate ook worden bepaald door niet- fundamentele factoren als logistiek (i.h.b. voorwaarden gesteld door stageverle- ners en andere onderwijsinstellingen) en status (i.h.b. de latere salariëring, waar- van de hoogte in de functiewaardering als regel wordt bepaald door vergelijking met referentiegroepen).

7. Na twee jaar opleiding zal de aanstaande huisarts zich voldoende bewust zijn van de grenzen van zijn of haar eigen deskundigheid en als beroepsbeoefenaar door-drongen zijn van een attitude van *een leven lang leren*. Ervaart de beginnend huis-arts lacunes in zijn of haar deskundigheid, dan zal dit een prikkel moeten zijn voor nadere ontwikkeling. Zelfstudie en nascholing (verplicht voor elke huisarts) vormen naar mijn mening daarom een voldoende alternatief voor het extra 3^e jaar. Eventueel zou nog toegevoegd kunnen worden: een verplichte deelname aan intervisiegroepen gedurende het eerste jaar van zelfstandige beroepsuitoefening.
8. Bij een gemiddelde inzet van 60% (merendeel van de huidige generatie huisartsen wenst parttime te praktiseren) zou dit inhouden: één jaar huisartsenhulp aan een half miljoen Nederlanders!
9. Tot voor kort was er onder basisartsen geen gebrek aan belangstelling voor de huisartsopleiding: alle beschikbare opleidingsplaatsen werden benut. De laatste jaren echter is de belangstelling verhoudingsgewijs afgenomen. In 2002 zijn voor het eerst beschikbare plaatsen niet benut. De komende jaren zal het aantal uitstro-mende basisartsen nauwelijks toenemen.
10. Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: MediTekst 1991; blz. 45.

