

Twee werelden

In de geneeskunde ontmoeten arts en patiënt elkaar, om uiterst functionele redenen. Laten we de preventie buiten beschouwing, dan gaat het initiatief tot die ontmoeting vrijwel altijd uit van de patiënt. Deze denkt een arts nodig te hebben: op grond van klachten en/of verschijnselen meent of voelt hij of zij (mogelijk) ziek te zijn. Er kunnen ook niet-medische redenen zijn om een arts te raadplegen, maar meestal is het motief van de patiënt: verlichting van pijn, het bestrijden van angst, het genezen van een ziekte. Arts en patiënt komen uit verschillende richtingen bij elkaar en hun motieven kunnen uiteenlopen, hoewel in principe het gemeenschappelijke doel is: het genezen van ziekte bij de patiënt.

Het perspectief van waaruit de patiënt de arts benadert is het ervaren van klachten, van ongemak, van zich ziek voelen. Ziek zijn in de zin van 'being ill': datgene wat de (potentiële) patiënt subjectief ervaart. Ziek zijn als een verstoring van het evenwicht dat gezondheid heet. Daarvoor wordt professionele hulp gezocht. Voor de arts is het zich ziek voelen van de patiënt weliswaar een ingang, maar hij voelt niet hetzelfde; zijn beroepsbeoefening vergt allereerst het stellen van een diagnose, waarin het opsporen van een ziekteproces een centrale activiteit is. Voor de arts is dus de 'disease' het centrale perspectief. Nu is het al spoedig zo dat een patiënt zich conformeert aan de professionele diagnose waarvan de arts hem of haar voorziet; hij of zij voelt zich dan niet alleen meer ziek, maar heeft ook kanker – om maar een voorbeeld te noemen.

Naarmate de diagnose op een verfijndere wijze kan worden gesteld zal de diagnostiek van de arts meer aandacht opeisen. Feinstein was van oordeel dat in de moderne geneeskunde de diagnose vooral berust op het met behulp van technologische methoden verzamelen van feiten¹. Dit heeft tot gevolg gehad dat het zwaartepunt van de diagnostiek, oorspronkelijk gelegen in de subjectieve beschrijving van klachten en symptomen door de patiënt en in de subjectieve interpretatie van de arts, zich naar genoemde technologische methoden heeft verplaatst. Dit heeft er onvermijdelijk toe geleid dat artsen zijn gaan menen voor hun diagnostiek *het verhaal van de patiënt* minder nodig te hebben. Als dan bovendien het therapeutisch arsenaal een veelheid van mogelijkheden omvat, waar



vroeger een arts veelal niet meer kon doen dan de klachten aan te horen, te observeren en te begeleiden, vergt ook de therapie opnieuw medisch-technologisch gerichte aandacht voor het ziekteproces. Dit betekent dat de zegeningen die de uitgebreide mogelijkheden van de moderne geneeskunde ongetwijfeld met zich brengen, tegelijkertijd het risico inhouden dat er minder goed naar de patiënt wordt geluisterd.

Nu behoeft het luisteren in vroeger tijden ook niet te worden geïdealiseerd: de sociale afstand tussen arts en patiënt was niet zelden zó groot dat het luisteren – en zeker het begrijpen – erdoor werd belemmerd. Bovendien is thans menig arts zich van de communicatieproblematiek bewust, waardoor toch niet *heel de mens* uit het zicht hoeft te verdwijnen. Aan de andere kant hebben we te maken met een patiënt die zich niet zelden meer bewust is van zijn of haar eigen waarde, die beter is opgeleid en die de eigen behoeften en mogelijkheden beter kent dan bij vroegere generaties het geval was. Dat kan tot gevolg hebben dat aan het gehoord worden grotere eisen worden gesteld: men cijfert zichzelf zo gauw niet meer weg. Bovendien krijgt menig een in de eigen omgeving nauwelijks gehoor, hetgeen de behoefte door de arts te worden gehoord kan versterken.

Zo doet zich op complexe gronden een potentiële incongruentie voor tussen de verwachtingen van de patiënt en het aanbod van de arts. Daar komt nog iets bij. De geneeskunde zoekt voortdurend naar een wetenschappelijke grondvesting van diagnostiek en therapie (en zo mogelijk van de preventie). Per definitie zal daarbij vooral het gemeenschappelijke in ziekteprocessen en in effecten van behandelingen worden opgespoord. Wetenschappelijk gezien is dat een juiste benadering, maar dat is wel een benadering waarbij de aandacht voor het unieke van één mens verloren dreigt te gaan. Dat uniek zijn van één mens komt zeer duidelijk tot

uiting in het verhaal van een patiënt dat in dit nummer van Medisch Contact wordt gepubliceerd (blz. 662). Daaruit blijkt óók dat een arts wel aandacht kan geven uit medemenselijk respect voor die ene patiënt die hij op dat moment ziet en *hoort*. Ook de lotgenoot kan helpen, zelfs in georganiseerde vorm. Daarover treft men in dit nummer eveneens een verslag aan (blz. 661).

Van fundamentele betekenis bij dat al blijft de houding van de behandelend medicus. Het is eigenlijk vanzelfsprekend dat een patiënt een vriendelijke, begrijpende, adequaat reagerende, kortom: luisterende dokter wenst. En waarom? Omdat ziek-zijn een aanslag op de mens als persoon betekent én omdat het sociale relaties kan aantasten. Dit vergt, zoals John Berger in zijn verhaal over een dorpsdokter schrijft²: '... that he (de dokter) should recognize his patient with the certainty of an ideal brother. The function of fraternity is recognition'. □

1. Feinstein AR. Science, clinical medicine and the spectrum of disease. In: Beeson PB, McDermott W. Textbook of Medicine. Philadelphia: Saunders, 1975.

2. Berger J. A fortunate man. The story of a country doctor. London: Allan Lane/The Penguin Press, 1967, 63.