

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

## Taal-tucht en tucht-taal

De door het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam aangeboden uitspraak (1973) die de redactie in dit tijdschrift heeft moeten opnemen zonder de mogelijkheid te hebben daaraan enige taalkundige zorg te besteden, wemelt letterlijk van de taal- en stijlfouten. Ik volsta met het citeren van één alinea en ik verzoek de lezer dit proza (nog) eens aandachtig te lezen.

„Hoewel ten deze, gezien het lijden van patiënte in verband met haar leeftijd, volstrekt onaannemelijk is dat een ziekenhuisopname haar baat gebracht zou kunnen hebben en de prognose infaust zou moeten zijn, is ten deze duidelijk gebleken dat de gang van zaken bij aanvragen tot opname in een stad als B. voor het publiek onduidelijk is en dat vooral geraadpleegde artsen zoveel mogelijk deze gang dienen te verklaren en op te helderen. In dit geval heeft het daaraan zeker ontbroken, zowel door de arts G, de arts C en de consultant-neuroloog I. In het bijzonder lijkt voldoende uitleg over behandeling van de opname-aanvragen ten deze en de plaatsingsmogelijkheden te hebben ontbroken.”

Enkele van mijn taalkundige bezwaren wil ik gaarne proberen nader te concretiseren.

1. Een bijzin, welke met „hoewel” begint, behoort een tegenstelling te bevatten, tot het in de hoofdzin gestelde. In dit geval bestaat er echter geen enkele tegenstelling (noch welk ander verband ook) tussen de infauste prognose (bijzin) en de onduidelijke gang van zaken (hoofdzin).

2. „Het lijden in verband met haar leeftijd” is lelijk en bovendien niet overmatig duidelijk. Het College heeft waarschijnlijk bedoeld, dat zeker op deze leeftijd de prognose van het cerebrovasculaire accident infaust moet worden geacht. Men kan m.i. beter deze beide argumenten náást elkaar noemen (lijden én leeftijd); het verband is dan voldoende duidelijk. (Overigens: waarom wordt de ouderwetse en dubbelzinnige term „lijden” gebruikt in plaats van ziekte of aandoening?)

3. Wanneer de tekst letterlijk wordt genomen, is het naar de mening van het College „onaannemelijk dat . . . de prognose infaust zou moeten zijn”. Dat kan echter onmogelijk zo bedoeld zijn. Waarschijnlijk sluit deze mededeling over de prognose niet aan bij „onaannemelijk”, maar bij „hoewel”. Ook dan staat er echter iets anders dan bedoeld is: „zou moeten” wekt de indruk, dat patiënte, ondanks de infauste prognose, in leven is gebleven, quod non.

4. „Dat vooral geraadpleegde artsen deze gang dienen te verklaren en op te helderen” is niet, zoals er staat, „duidelijk gebleken”. Dit is immers niet een uit het onderzoek naar voren gekomen feit, maar het is de gevolgtrekking, waar het College toe gekomen is.

5. Wordt met het woord „behandeling” in de voorlaatste regel iets anders bedoeld dan met de eerder vermelde „gang van zaken”? Zo ja, dan wordt dat helaas niet nader toegelicht. Zo nee, dan zijn de woorden „in het bijzonder” niet op hun plaats en dan is hier sprake van een overbodige herhaling.

6. Tenslotte nog enkele detail-opmerkingen: wanneer men wil terugverwijzen naar „de gang van zaken”, dan kan men dat niet verkorten tot „deze gang”; het woord „ophhelderen” is niet gelukkig, want dat betekent óf ongeveer hetzelfde als verklaren (en dan is het dus overbodig) óf iets in de geest van „uitzoeken” (wat hier niet kan zijn bedoeld); het is niet „zowel . . . en”, maar „zowel . . . als”; de obsoleete term

„ten deze” had alle drie (!) keren zonder enig bezwaar achterwege kunnen blijven; in de laatste zin had moeten staan: „en over de plaatsingsmogelijkheden”.

Ik wil het echter niet bij deze wat schoolmeesterachtige opmerkingen laten, maar wil mijn kritiek ook een meer opbouwend karakter geven. Het College zou de geciteerde alinea bv. als volgt hebben kunnen formuleren:

„Gezien de aandoening en de leeftijd van patiënte is het onaannemelijk, dat zij van een ziekenhuisopname baat zou hebben gehad. De prognose zou ook dan infaust zijn geweest.

„De wijze, waarop in B de opname-aanvragen worden behandeld, blijkt echter voor het publiek volstrekt onduidelijk te zijn.

Het is mede de taak van de betrokken artsen de gang van zaken te verduidelijken en te wijzen op de beperkte plaatsingsmogelijkheden. Dat is hier noch door de artsen G en C, noch door de consultant-neuroloog I voldoende gedaan.”

In deze versie (welke 25% minder woorden telt!) komen, naar ik meen, de overwegingen van het College volledig tot hun recht.

Ik zou niet zo ver willen gaan als Mr. J. L. HELDRING, die in zijn NRC-rubriek „Dezer dagen” onlangs de stelling poneerde, dat slordigheid van taalgebruik slordigheid van denken verraadt. Ik heb dan ook niet de geringste neiging de juistheid van de uitspraak van het Tuchtcollege aan te vechten. Wat ik wél zou willen aanvechten is de geringe waarde, welke het College aan de vormgeving van zijn uitspraak blijkt toe te kennen. Ik meen, dat het daarmee aan zijn waardigheid tekort doet.

Indien de juristen uit het College niet in staat zijn de uitspraken behoorlijk te formuleren (óf het niet de moeite waard achten daar voldoende aandacht aan te besteden), zal het mirabile dictu tot de taak van de leden-geneeskundigen behoren daarop te letten.

*Literatuur:* Gerechtelijke uitspraken (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1167.

Zwolle, 4 augustus 1973

A. E. DENEKAMP

## Een psychosomatisch dilemma

Collega POLS zal op zijn artikel (1973) wel enige reacties verwacht hebben uit de groep tot wie hij zich het meeste wendt, namelijk de huisartsen. Ik meen deze reactie te moeten geven, te meer daar collega POLS vanuit een — ik zou haast zeggen willen: typisch — specialistisch standpunt rede-neert. De psychiater, maar dit geldt uiteraard voor iedere specialist, ziet een geselecteerde groep mensen, een groep die een huisarts om diverse redenen moeilijk of slechts ten dele kan behandelen. De redenen die een huisarts doen verwijzen, zijn elders en vroeger al uitvoerig beschreven. Belangrijk is slechts, dat de specialist dient te weten dat het spreekuur van de huisarts geheel anders is dan het zijne. De patiënt, die de spreekkamer van de specialist binnenstapt, doet dit met heel andere gevoelens en motieven dan als hij naar de huisarts gaat. Bij de gang naar de huisarts is de vrees in vele gevallen nog groter dan bij die naar de specialist. De patiënt staat nog alleen met zijn somatische of psychische kwaal, met zijn pijn, zijn moeheid, zijn benauwdheid, etc. De vrees voor het onbekende, de angstaanjagende diagnose (nog versterkt door allesbehalve adequate „voorlichting” door de publiciteitsmedia) rijst levensgroot voor hem op, ja, verhindert hem

vaak naar de huisarts toe te gaan. Met deze attitude van de patiënt dienen wij rekening te houden: de angst voor verminking, invaliditeit en last but not least de dood. Het dilemma is niet zozeer dat de arts zichzelf als de deskundige beschouwt voor het diagnostiseren en voor het behandelen van lichamelijke ziekten. Nee, het dilemma is, dat hij, hoezeer hij er in vele gevallen ook van overtuigd is dat hij met psychosociale problematiek te maken heeft, wel gedwongen is eerst zijn volledige somatische kennis te berde te brengen. De patiënt redeneert immers vanuit het niet onlogische standpunt, dat je van een psychische kwaal wel narigheid kan krijgen, maar er niet aan dood gaat. En iedere patiënt kent in zijn familie of kennissenkring één of meer verhalen van mensen, die door de dokter voor „zenuwen” waren behandeld en nu door een verwaarloosde lichamelijke ziekte op het kerkhof liggen.

Het is niet zoals collega POLS zegt, een schok voor artsen wanneer zij een patiënt die ze psychische problematiek hebben aangewreven, aan een lichamelijke kwaal verliezen. Nee, het is een angst die bij ons allen feilbare en sterfelijke mensen, leeft. Wanneer een huisarts dit aspect niet onderkent, maakt hij een fikse kans om het vertrouwen van de patiënt — de basis voor iedere behandeling — te verliezen. Het is niet zozeer zijn angst dat de patiënt het contact zal verbreken (wat dan als eigen falen gevoeld zou worden), als wel het ontvallen van de mogelijkheid om de bevreesde patiënt enige hulp te bieden.

Ik meen daarom dat de patiënt terecht van zijn arts een grote mate van deskundigheid voor somatische ziekten mag verwachten. De patiënt verwacht van een huisarts niet dat hij een onnipotente figuur is of een schaaap met vijf poten. Ook zieleherders van destijds en nu waren en zijn niet allen Salomo's. De patiënt verwacht voor zijn psychosociale nood dan ook geen allesomvattende oplossing. Hij kent de dub-

belrol van de arts en vraagt van hem veelal slechts vriendelijke en ondersteunende raad. Diepergaande psychosomatische stoornissen behoren niet meer tot het terrein van de huisarts. De problematische punten zijn naar mijn mening de volgende: Hoe ver moet de huisarts met somatisch onderzoek gaan; wanneer en hoe verwijst hij hem naar een orgaanspecialist en met welke vraagstelling? In de tweede plaats: de patiënt zelf, de maatschappij en mogelijkerwijze ook de arts, accepteren bij sociale dysfunctie een psychische klacht in mindere mate als excuus dan een lichamelijke. Ten slotte: hoe vergaat het de patiënt bij de specialist, eventueel de psychiater? Als collega POLS schrijft, dat er een proces op gang wordt gebracht van steeds groter wordende onderlinge verwachting, dan is het zelden de huisarts die deze iatrogene fixatie veroorzaakt.

Het is duidelijk dat specialist en huisarts elkaars taken, mogelijkheden en beperkingen goed moeten leren kennen door persoonlijk contact, in goede verstandhouding. De huisarts zal in zijn differentiële diagnose steeds de psychosociale problematiek moeten opnemen. Of hij daarbij ook komt tot de twee voorwaarden die collega POLS noemt, waag ik, gezien de opleiding en het chronische tijdgebrek, te betwijfelen. Collega POLS signaleert reeds „Het is wel een nadeel als men deze kennis onvoldoende bezit”, en geeft met deze uit zijn verband gerukte zin toch wel de rol van de huisarts aan. Hij mag daarom in zijn conclusie de vraag over de dubbelrol niet buiten beschouwing laten, maar hij dient de huisarts te zien zoals de patiënt dat doet: als een gemakkelijk bereikbare deskundige voor lichamelijke ziekten met een brede belangstelling voor psycho-sociale problemen.

*Literatuur:* POLS, J. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1024.

Rotterdam, 22 augustus 1973

J. RIDDERIKHOFF

## BERICHTEN

### Buitenland

#### DUITSLAND (B.R.)

*Geen onbegrijpelijke woorden in bijsluiters.* In aansluiting op een besluit van de 75e Deutscher Ärztetag heeft de Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie een *Richtlinie über die Packungsbeilage* uitgegeven, waarin normen voor de vormgeving en de teksthoud van bijsluiters worden vermeld. Belangrijkste eis is, dat de tekst bij leken noch vrees noch ongerechtvaardigde hoop mag verwekken. De tekst moet de datum van fabricage aangeven. Achtereenvolgens moeten worden vermeld: samenstelling van het preparaat, eigenschappen, gebied van toepassing, dosering en toepassingswijze, bijwerkingen, onverdraagbaarheid en risico's, bijzondere aanwijzingen, alsmede de toedieningsvorm en inhoud van de verpakking. De beschrijving van het medicament moet in begrijpelijke, zakelijke taal zijn gesteld. De mogelijke bijwerkingen moeten niet alleen worden vermeld en beschreven, er moet ook worden aangegeven wat er in geval van bijwerking moet gebeuren. De contra-indicaties moeten worden genoemd, maar met de vermelding dat de arts het middel desondanks zal kunnen voorschrijven. Waarschuwingen voor het gebruik door zwangeren mogen niet ontbreken, en ook moet gewezen worden op mogelijke complicaties bij combinatie met bepaalde andere geneesmiddelen, voedingsmiddelen en alcohol. (*Ärztl. Prax.* 21 aug. bl. 2929.)

#### GROOT-BRITTANNIË

*75-jarig jubileum.* In 1898 stichtte Sir JAMES CANTLIE een speciaal tijdschrift voor de beschrijving van tropische ziekten, het *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, „for the benefit of the young medical practitioner who finds that his previous experience . . . is of but little use in fitting him to deal with the unfamiliar ailments he is sure to meet in tropical practice”. In de 75 jaren die sindsdien zijn verlopen, hebben vrijwel alle beroemdheden op het gebied der tropische geneeskunde bijdragen tot dit tijdschrift geleverd. Het viert zijn jubileum met een bijzonder nummer waarin vele aspecten van deze speciale tak der geneeskunde en de groei ervan worden beschreven. (*Lancet*, 22 sept. bl. 685.)

#### ITALIË

*Crisis der ziekenhuizen.* Opnieuw heeft de Italiaanse ziekenhuisfederatie (Federazione italiana associazioni regionali ospedaliere, FIARO) geprotesteerd tegen het financiële systeem der ziekenhuizen. Thans heeft, wegens de slechter wordende conjunctuur, de regering nieuwe moeilijkheden aan de ziekenhuizen berokkend, door het verkrijgen van bankcredieten te bemoeilijken, en dat terwijl de ziekenhuizen toch al voor miljarden in de schuld staan, hun personeel niet kunnen betalen, en geen voedsel kunnen kopen. In het bericht hierover (*Dtsch. Ärztebl.*, 20 sept. bl. 2420) wordt een voorbeeld beschreven: Tweehonderd patiënten van het Casa della Annunziata, gevestigd in een kloostergebouw te Aversa bij Napels, hebben brieven aan politici en gezondheidsautoriteiten gezonden, om hun beklag te doen. Het eten dat zij voorgezet krijgen, is slecht en vaak bedorven.