

# huisarts en wetenschap

maandblad van het  
nederlands huisartsen  
genootschap



REDACTIONEEL

## *De stress van de huisarts in de geestelijke gezondheidszorg*

De meeste lezers van huisarts en wetenschap hebben waarschijnlijk niet meer dan een vaag idee hoe de inhoud van dit blad tot stand komt. Ditzelfde geldt voor de vraag of er sprake is van een bepaald omschreven redactiebeleid. De redactie-commissie weet uiteraard precies hoe de inhoud wordt samengesteld; moeilijker kan het soms liggen wanneer het gaat om de exacte inhoud van het redactionele beleid. Welke toegezonden artikelen zijn geschikt, welke moeten worden afgewezen, welke auteurs moeten worden gevraagd om over welke onderwerpen te schrijven.

Het artikel van *Aakster*\* gaf aanleiding tot sterk uiteenlopende beoordelingen door de leden van de redactiecommissie. Eén onzer stelde dat hij de moed en het geduld niet kon opbrengen dit artikel helemaal uit te lezen en hij meende dat de meeste lezers dat evenmin zouden doen. Een ander was van mening dat dit artikel in de sociologische vakliteratuur thuishoorde en niet in huisarts en wetenschap. Een derde gaf als zijn mening dat dit stuk juist wel in huisarts en wetenschap thuishoort omdat hij bij de professionalisering van de huisarts-geneeskunde de introductie van anders gearde denkmodellen noodzakelijk acht. Er werd besloten het artikel te aanvaarden en het te laten voorafgaan door een redactioneel commentaar, te schrijven door degene die het artikel van *Aakster* gaarne in huisarts en wetenschap zag opgenomen.

De stress-indeling geïntroduceerd door *Aakster* is interessant en prikkelt tot nadenken. Eigen ervaringen met 400 geestelijk niet-stabiele dienstplich-

\* C. W. AAKSTER. Een poging tot psychosociale diagnostiek. (1971) huisarts en wetenschap 14, 296.

tigen hebben mij geleerd dat het reeds uiterst moeilijk kan zijn om drie tot vier reactiemogelijkheden op stress goed van elkaar te onderscheiden. Een dergelijke ervaring kan echter een extra aansporing zijn opnieuw te zoeken naar een denkmodel door middel waarvan de onafzienbare reeks stressreacties en stress-situaties, waarmee de huisarts heeft te maken, kan worden benaderd. Het is mijn bedoeling om aan de hand van een aantal voorbeelden de stress-indeling van *Aakster* te verduidelijken.

Wat ligt meer voor de hand dan om daarbij uit te gaan van de stress welke de huisarts zou kunnen ondervinden waar het zijn rol in de huidige en de toekomstige geestelijke gezondheidszorg betreft? Zonder al te veel moeite is op dat terrein immers onder de meeste door *Aakster* ten tonele gevoerde stress-mogelijkheden wel een aanwijzing te vinden dat de huisarts zelf ook daarmee heeft te maken. De indeling van *Aakster* volgend, worden door mij de volgende — hypothetische? — stress-mogelijkheden aan de lezer voorgelegd, waarbij de huisarts het „systeem” vertegenwoordigt en de geestelijke gezondheidszorg in brede zin optreedt als „omgeving”.

*I Conflicterende verwachtingen.* Het principe van de onderling strijdige eisen van de omgeving kan men vinden waar enerzijds van de huisarts wordt verwacht dat hij bij psycho-sociale problemen oplossingen heeft te bieden, adequate hulp kan geven en altijd bereikbaar is, terwijl anderzijds de verwachting leeft dat er altijd iemand is aan te wijzen die dat beter kan — kinderpsychiater, psycholoog, Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.),

bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden (L.M.-bureau) enzovoort. Ook in de sfeer van de georganiseerde geestelijke gezondheidszorg vindt men nergens duidelijk de verwachting geformuleerd, dat de huisarts op systematische, professionele wijze een eigen inbreng heeft, terwijl men als vanzelfsprekend ervan lijkt uit te gaan dat hij doorgaat zich te presenteren als een weinig gedifferentieerde klagmuur totdat iemand „het” beter doet.

*II Doel-middel conflict.* Enerzijds bestaat er een sterke behoefte aan de huisarts in min of meer bedekte vorm psycho-sociale problematiek voor te leggen, anderzijds blijkt het in de praktijk vaak bijzonder moeilijk of zelfs uitgesloten om voor de patiënt de theoretisch beste, in talrijke publikaties geïdealiseerde, specifieke vorm van hulpverlening te verkrijgen. Men denke slechts aan de wachtlijsten van L.M.-bureaus, M.O.B.'s, kinderpsychiatrische polikliniek en wat dies meer zij.

*III Overbelasting-A.* Deze stress-mogelijkheid manifesteert zich wanneer men let op de binnen de huidige gemiddelde praktijkgrootte bestaande vraag om hulp, tijd, belangstelling, empathie, terwijl het fysieke incasservermogen van de huisarts — los van de vraag of hij zich meer of minder toegankelijk betoont — eenvoudig niet toelaat volledig aan deze vraag tegemoet te komen. Er treedt een discrepantie op tussen de op zichzelf normale systeem mogelijkheden van de huisarts en de te zware omgevingsseis.

*IV Overbelasting-B.* De systeem mogelijkheden van de huisarts kunnen tekort schieten wanneer wordt gelet op de kwaliteit van de gesprekstechniek, de vraag of hij voldoende op de hoogte is van de therapeutische breedte van zichzelf „as a drug”, het bestaan van selectieve perceptie waardoor het kan gebeuren dat de op zichzelf normale omgevingsseis — een bepaalde vraag om hulp van de patiënt — onvoldoende en onjuist wordt beantwoord.

*V Onderbelasting-A.* Zowel in het raam van de psychiatrie als in dat van het maatschappelijk werk wordt gewezen op de betekenis van moderne, zeer specifieke, technisch moeilijke, theoretisch interessante psychotherapeutische benaderingen. Bijna steeds ontbreekt daarbij een op het rendement gerichte evaluatie. Truax en Carkhuff hebben zich uitvoerig met de rendementsvraag ingelaten. Zij leggen de nadruk op de positieve betekenis van warmte, invoelend vermogen en echtheid van de therapeut. Hoe zou het met deze eigenschappen bij de huisarts staan, vooral in vergelijking met tal van functionarissen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg werkzaam? Hoe ervaart de consument (patiënt/cliënt) de gevoelsrelatie met zijn „eigen” huisarts, vergeleken met diezelfde relatie tot andere hulpverleners? Naar mijn mening zouden uit deze vergelijkingen stress-elementen naar voren kunnen komen, te rijmen met het bestaan van

te geringe omgevingsseis bij feitelijk normale systeem mogelijkheden.

*VI Onderbelasting-B.* Deze stress-vorm ziet men gedemonstreerd wanneer men de „opleiding” van de huisarts beschouwt. Hij wordt gedurende zijn klinische opleiding uitgerust met een „prachtig” diagnostisch systeem, dat primair is gericht op „full-blown pathology”. Wanneer hij daarmee echter in de huisartsgeneeskunde aan het werk wil, bemerkt hij dat slechts een uiterst beperkt deel van alle gezondheidsstoornissen in dit diagnostische systeem is onder te brengen en dat dan nog slechts met veel schuiven en „wurgen”. Hier zijn de systeem mogelijkheden abnormaal vergroot bij normale omgevingsseis. Om deze stress-vorm te ontlopen heeft de huisarts behoefte aan een anderssoortige diagnostiek, aan een eigen nosologie, gericht op de probleem- en leefsituatie van de patiënt en niet op de somatisering daarvan.

*VII Superaspiratie.* De zeer idealistische en verheerlijkte opdracht tot het geven van een continue en integrale zorg voor het gehele gezin, zoals uitgewerkt in het bekende Woudschotenrapport, is in de huidige situatie een onmogelijke opdracht. Het valt niet te ontkennen dat een optimale zorg van grote betekenis is. Het doel van de huisarts om daaraan volledig tegemoet te komen en ook verantwoordelijk ervoor te zijn, is te hoog gegrepen. Het ondergaan van stress is de prijs voor zijn superaspiratie.

*VIII Deprivatie.* Niemand kunnen de toenemende deprivatieverschijnselen bij de huisarts ontgaan, voortkomend uit het volkomen tekort schieten van de organisatorische, financiële en beleidstechnische ondersteuning van de verlangens naar professionalisering, samenwerkingsmogelijkheden, groepspraktijken en gezondheidscentra. Wat is terechtgekomen van de aanbevelingen van de bekende commissie Muntendam, aanbevelingen die zonder meer kunnen worden gezien als normale systeemdoelen? Juist waar het de geestelijke gezondheidszorg betreft, doet zich deze vorm van stress het sterkst voelen.

*IX Motivatieconflict.* Ligt de neurose van de huisartsgeneeskunde niet besloten in zes letters en een streepje: L.H.V.-N.H.G. (Landelijke Huisartsvereniging tegenover Nederlands Huisartsen Genootschap)? Gelukkig zijn er nu tekenen die er op wijzen dat sterk afwijkende systeemdoelen niet alleen worden onderkend, maar ook aan elkaar worden getoetst. Het lijkt erop dat de onvrede over de huidige vorm en inhoud van de huisartsgeneeskunde, naast de onzekerheid over de betekenis daarvan, niet meer steeds hoeft te botsen met het behouden en verbeteren van de „maatschappelijke positie” van de huisarts.

*X Supervaluatie.* Deze stress-mogelijkheid doet

zich voor wanneer een systeemdoel, bijvoorbeeld een gesprek met ieder echtpaar over de anticonceptie, een kennismakingsbezoek bij ieder nieuw gezin, niet blijkt te rijmen met de systeem mogelijkheden. Deze stress-mogelijkheid kan ook worden ervaren wanneer de huisarts het tot zijn terrein rekent om alle vormen van relatieproblematiek in het gezin te „behandelen”.

*XI Incapaciteit.* Het werken in zogenaamde multidisciplinaire teams, waarin naast de huisarts talrijke anderen een plaats vinden, kan leren dat op een normale, volledig binnen de systeemdoelen vallende vraag om hulp — met name in het psychosociale vlak waar het multidisciplinaire aspect van samenwerking het best tot zijn recht komt — door anderen dan de huisarts doeltreffender en beter kan worden gereageerd. De huisarts moet leren dat „zijn” patiënten meermalen door anderen zoals de maatschappelijk werker, de priester, de fysiotherapeut, de vormingswerker, de opbouwwerker, de wijkagent of de wijkverpleegster, op basis van hun specifieke systeemdoelen en mogelijkheden deskundiger en doeltreffender worden benaderd wanneer het gaat om psycho-sociale problematiek. De systeem mogelijkheden van de huisarts zouden ook tekort schieten wanneer hij zou proberen technieken als groeps- en gezinstherapie, relatietraining en dergelijke tot zijn professionele terrein te gaan rekenen, terwijl dat voor zijn patiënten allerminst nuttig zou zijn.

*XII Trauma.* Plotselinge en ingrijpende gebeurtenissen die als traumatisch worden ervaren, behoren voor de huisarts — net zomin als voor wie ook — niet tot de uitzonderingen. Een zeer ingrijpend trauma met verstrekkende gevolgen zou zijn, wanneer de wens om te komen tot een verplichte, specifieke opleiding tot huisarts met registratie (het bekende stelsel Ia uit het interimrapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening) niet zou worden vervuld.

*XIII Gepercipieerde bedreiging.* De systeemdoelen van de huisarts op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg zijn bedreigd. Daaraan doet het feit dat op korte termijn geen eerste echelonsstructuur kan worden geëffectueerd zonder huisarts, weinig af. Wanneer men zich alleen al zou realiseren hoeveel miljarden guldens in het kader van onze sociale verzekeringsuitkeringen feitelijk op rekening van het bestaan van psychosociale problematiek zijn te brengen en welk enorm economisch rendement preventie of vroegtijdige behandeling met zich kan brengen, dan kan een gericht beleid in de toekomst als noodzakelijk worden gezien. Welke rol zal bij het bepalen van dat beleid de huisartsgeneeskunde spelen? Welke verwachtingen heeft de groep die het beleid in grote trekken gaat uitstippelen van de huisarts, van zijn bruikbaarheid, van zijn voortbestaan? Hoe groot is nu eigenlijk het animo van de verschillen-

de werkers en organisaties op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg om daadwerkelijk naar een open samenwerkingsverband met de huisarts te zoeken?

*XIV Isolatie.* Ook deze stress-mogelijkheid is in het raam van de geestelijke gezondheidszorg gemakkelijk van een voorbeeld te voorzien. Hoe vaak gebeurt het niet dat, na verwijzing van een patiënt naar een psychiatrische polikliniek, het M.O.B., of het L.M.-bureau of de psychotherapeut, op hetzelfde moment praktisch elk contact met de patiënt wordt verbroken en de informatie welke de huisarts over zijn patiënt krijgt, summier, irrelevant of zelfs afwezig is. Pas wanneer men de patiënt „dropt”, wanneer men bijvoorbeeld de mogelijkheden bij de patiënt — zelden wordt gesproken over de mogelijkheden van de behandelende instantie — te gering acht om tot een vruchtbaar psycho-therapeutisch contact te komen, verneemt de huisarts dat hij weer in zijn oude klaagmuur-positie wordt hersteld. Van een isolatie-toestand kan het dan snel komen tot de volgende stressmogelijkheid, eveneens een blijk van gestoord contact tussen systeem en omgeving.

*XV Usurpatie.* De meesten van ons kennen wel een aantal patiënten met diepgaande, in onze situatie kennelijk onoplosbare of niet tot een compromis te brengen psycho-sociale problematiek, zodat men wordt overspoeld met verzoeken om steun, belangstelling en sympathie. Het gevoel van usurpatie maakt, dat de contacten met deze patiënten voor de huisarts stressverwekkend zijn. De oorzaak hiervan is echter te vinden in de aard van de contacten.

*XVI Interpersoonlijk conflict.* De aard van de relatie tussen huisarts (systeem) en de omgeving (een aspect van de geestelijke gezondheidszorg) kan zijn gestoord wanneer er zeer verschillende opvattingen en uitgangspunten bestaan tussen beiden. Een voorbeeld hiervan is de situatie van een huisarts, die wordt gedwongen door de plaatselijke situatie — hij kan daaraan niet ontkomen — patiënten te verwijzen naar een psychiater of een instelling met wie hij een door conflicten gekleurd contact onderhoudt.

Ik verwacht niet dat de hierboven genoemde, subjectief gekleurde voorbeelden in ieders ogen de stress-classificering van *Aakster* voldoende recht doen. Maar kan het voor iedere lezer niet nuttig zijn om zijn eigen stress en de stress waaronder zijn patiënten leven te toetsen aan dit denkmodel? Trouwens ook het ongelezen laten van een artikel in het eigen „vakblad” omdat het niet gemakkelijk leest of „te moeilijk” is, kan tot het ervaren van stress aanleiding geven. Nooit zal de niet-lezer dan erachter komen, wat voor soort stress hij daardoor heeft ondergaan.

H. Lamberts