

# De huisarts is de centrale figuur in de geestelijke gezondheidszorg\*

DOOR DR. A. E. N. DE VRIES, ARTS\*\*

*Vooringenomenheden.* Twee jaar geleden werkte ik nog als huisarts in Loon op Zand. Daar was ik de spil van de geneeskundige hulpverlening en de lokale gezondheidszorg. Ik meende dat ik als huisarts ook in de geestelijke gezondheidszorg de centrale figuur was. De wijkzusters en de maatschappelijke werkers waren daarbij mijn kritische medehulpverleners.

Toen een jaar geleden de uitkomsten voor mij lagen van een gezamenlijk uitgevoerd gezinsonderzoek, bemerkte ik dat ik als huisarts mijn activiteiten veel minder richtte op gezinnen met geestelijke stoornissen dan de wijkverpleegster en de maatschappelijk werker deden. Bovendien bemerkte ik toen dat de geestelijke stoornissen relatief vooral zwaar drukten op het probleemveld van de maatschappelijk werker aan wie het ondernemen van actie als het ware werd overgelaten.

De gerichtheid van mij als huisarts bleek meer te gaan naar gezinnen met nerveuze stoornissen en in deze gezinnen bleek ik wel veel actiever te zijn geweest dan de wijkverpleegster en de maatschappelijk werker. Wij vonden — of misschien moet ik zeggen: ik vond — dat vele instituties, die werkzaam waren op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg weinig zicht hadden op de belangrijke plaats die wij als eerste echelons-hulpverleners daarbij innamen. Grof gezegd: ik dacht vaak „al die instituties snappen er niets van”.

Bijna twee jaar geleden legde ik mijn huisartspraktijk neer en kreeg ik als directeur van de G.G. en G.D.-Tilburg een geheel ander gezichtsveld. Ik leerde van nabij en achter de schermen allerlei instituties kennen, die werkzaam waren in de geestelijke gezondheidszorg en kreeg de keerzijde van de medaille te zien. Daarbij stelde ik vast hoezeer de huisarts vaak systematisch buiten allerlei activiteiten wordt gehouden. Ik bemerkte ook hoe verschillend huisartsen denken en doen (en ditmaal gezien als buitenstaander). Ik dacht nu wel eens „die huisartsen snappen er niets van”.

*De Nederlandse mier.* Laten huisartsen en

\* Inleiding, gehouden tijdens de landelijke bijeenkomst van het Nederlands Huisartsen Genootschap op 12 mei 1973 te Utrecht, Jaarbeurs Vergader- en Congrescentrum

\*\* Directeur G.G. en G.D. te Tilburg

instituties elkaar echter niets verwijten. Het is een slogan te beweren dat hier in Nederland de geestelijke gezondheidszorg optimaal functioneert. Degeenen, die dat beweren, doen mij denken aan de door Dorothy Parker beschreven Broadway actrice: zij bespeelde de gehele scala van haar emoties: van A tot en met B. Bij alternatief A sukkelt een gezin jarenlang met een geestelijk gestoord gezinslid — alleen, niet begrepen en in de steek gelaten; bij alternatief B gaat dit gezinslid voorgoed naar een groot opberghuis. Bij alternatief A verdringen allerlei instituties zich vaak ongecoördineerd rond een geestelijk gestoord gezinslid of voeren een coördinatiespel op aan bestuurstafels; bij alternatief B is het „to be or not to be”.

In Nederland staat de geestelijke gezondheidszorg nog in de kinderschoenen. Bij één professionele figuur kan men in Nederland altijd terecht: bij de huisarts — ook al kan hij niets doen. In Nederland is de geestelijke gezondheidszorg nog nauwelijks gestructureerd. Wij zijn zó bang voor elke aantasting van de individualiteit van onze persoon, van onze professies en van onze instituties, dat daardoor de ontwikkeling van een geestelijke gezondheidszorg wordt verziekt.

Dit dichtbevolkte Nederland kent geen gezondheidswetten waarin basistructuren zijn vastgelegd. De enige centrale figuur, die wij in de geneeskundige en gezondheidszorg in Nederland kennen en met alle voorbehoud accepteren, is de huisarts. In dit dichtbevolkte Nederland wordt gecoördineerd, geïntegreerd, gesubsidieerd, geleuterd. Onze gezondheidszorg kent geen plannen-makers, onze gezondheidszorg heeft geen visies. Wij zijn burgermannetjes met lange tenen. Toch steekt de middelmaat van onze gezondheidszorg ver uit boven die van andere westerse landen.

*De omvang van de nood.* Na deze opwarming-inwitte-en-zwarte-kleuren enige getallen om een indruk te krijgen van de problematiek betreffende de geestelijke gezondheidszorg.

Uit morbiditeitssurveys, gehouden in Engeland en de Verenigde Staten, bleek met treffende onderlinge overeenkomsten:

— dat per jaar ongeveer 2 procent van de bevolking op een of andere wijze gebruik maakt van psy-

chiatrische diensten (extramurale- intramurale- of sociale diensten);

— dat per jaar ongeveer 1 procent van de volwassenen psychiatrische hulp ontvangt (exclusief de hulp voor subnormaliteit);

— dat per jaar op een bevolking van 100.000 mensen er 50 voor minder dan twee jaar in een psychiatrisch ziekenhuis liggen — waarvan de meesten korter dan drie maanden (de National Health Service in Engeland heeft derhalve het streefgetal van het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden gesteld op 0.5 bed per 1000 bevolkingseenheden);

— dat per jaar op een bevolking van 100.000 mensen  $\pm$  450 geestelijk subnormaal zijn — onder dezen verbleef de helft van de volwassenen in een psychiatrische inrichting en de meesten van dezen waren zwaar geestelijk gehandicapt.

In mijn publikatie „Gezin en hulpverlening in Dorp bij Stad” staat vermeld dat in 1 op 12 gezinnen, ofwel in ongeveer 8 procent van de gezinnen, een geestelijk gestoord gezinslid voorkomt. Terwijl onafhankelijk daarvan 1 op 3 gezinnen, of wel ongeveer 33 procent van de gezinnen, een nerveus gestoord gezinslid herbergt.

Uit studies van het Institute of psychiatry in London, gehouden over een sample van 15.000 bij general practitioners ingeschreven patiënten, bleek:

— dat 14 procent van de patiëntenpopulatie tenminste éénmaal per jaar de huisarts consulteert voor voornamelijk of uitsluitend psychiatrische aandoeningen (deze patiënten behoorden overwegend tot de leeftijdsgroep tussen 20 en 60 jaar, en onder dezen kwamen tweemaal meer vrouwen dan mannen voor)

— dat van deze 14 procent door de huisarts 10 procent naar andere psychiatrische hulpverleners werd verwezen.

Uit de literatuur noemde ik u een aantal minder bekende betrouwbare getallen, maar als men deze getallen gaat interpreteren bemerkt men dat er op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg nog slechts zeer onvolledig werd gemeten en geëvalueerd. Het zal u daarbij terloops zijn opgevallen, dat de huisarts  $\pm$  90 procent van het psychiatrisch aanbod zonder verwijzing verwerkt.

*De aard van de nood.* Men zal zich wel langzamerhand afvragen, wat valt wel en wat niet onder geestelijke gezondheidszorg? Naar mijn mening valt de geestelijke gezondheidszorg uiteen in vijf hoofdtaken:

1 De zorg voor de geestelijk instabielen: de mensen die zich onwel voelen; de mensen die het niet meer zien zitten; de angstigen; de kinderen die hun opvoeders niet konden kiezen; de ouders die hun kinderen niet konden kiezen; de verslaafden zonder psychiatrische syndromen.

2 De zorg voor de geestelijk subnormalen en de geestelijk gehandicapten.

3 De zorg voor de geestelijk zieken, onder wie de sociaal invalide neurotici en de chronische schizofrenen (om een verzamelbegrip te gebruiken) de grootste problemen opleveren.

4 De zorg voor de dement wordende en demente bejaarden.

5 De maatschappij-kritische zorg die aan de samenleving de noden signaleert, voor de neus houdt, opdat deze maatregelen kan nemen.

Als men deze taken overziet dan is duidelijk dat geestelijke gezondheidszorg twee dimensies heeft: een medische dimensie en een sociale dimensie. Men kan dan niet ongenueanceerd zeggen dat de ene hulpverlener centraal staat en de andere niet, omdat geestelijke gezondheidszorg een wezenlijke multidisciplinaire opdracht betekent. Geestelijke gezondheidszorg vereist een uitzonderlijke coördinatie van alle hulpverleners die daarin werkzaam zijn. Dan wordt begrijpelijk dat geestelijke gezondheidszorg alleen dan optimaal kan worden uitgevoerd als wordt gestructureerd.

Wanneer ik zeg „de huisarts bezet de centrale plaats”, dan voelt u zich daar niet gelukkig mee. U bezet met uw team van wijkzusters en maatschappelijk werkers wel de entree, maar achter u moet een steunend en overnemend apparaat staan, dat uw signalen opvangt, u adviseert, uw zorg zo nodig overneemt en verbreedt naar een multiprofessioneel vlak en dat u blijft betrekken bij de uitvoering daarvan.

*Regeren.* Wij in Nederland zien ten aanzien van structurering in de gezondheidszorg graag naar Engeland. Onze gezondheidszorg vertoont inhoudelijk duidelijke overeenkomsten, doch de Engelsman heeft een voorliefde voor structuren, terwijl wij daarvoor juist bang zijn. Hoe structureerden de Engelsen, grof geschilderd, hun geestelijke gezondheidszorg?

In 1959 werd in de Mental Health Act de geestelijke gezondheidszorg onder de National Health Service gebracht. De geestelijke gezondheidszorg ging verlopen volgens alternatief A en alternatief B. De extramurale geestelijke gezondheidszorg kwam niet van de grond; de psychiatrische intramurale zorg liep over. De toestand werd onhoudbaar. In 1965 werd de zogenaamde Seebohm-commissie ingesteld om de sociale diensten te reorganiseren en om daarin tevens te betrekken de medische sociale diensten van de National Health Service. Ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg stonden in het daarop volgende Seebohm-rapport deze aanbevelingen:

1 Er moet worden gestreefd naar een drastische verlaging van het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden.

2 Extramuraal zullen alternatieve mogelijkheden moeten worden bevorderd om de mens zolang en zo goed mogelijk in de gemeenschap te houden.

Om dit te bereiken werd geadviseerd dat:

a de short-stay psychiatrische behandelingen moeten plaatsvinden in algemene ziekenhuizen en niet in psychiatrische ziekenhuizen, waar de relatie met de eerste lijn veel moeilijker verloopt;

b de long-stay psychiatrische behandelingen moeten worden voorkómen door een verbeterde extramuraal opvang;

c de extramuraal en long-stay geestelijke gezondheidszorg uit de National Health Service moet worden gehaald en voor de komende tien jaar onder de social services worden gebracht.

In 1970 werden deze voorstellen door het Parlement aangenomen en de geestelijke gezondheidszorg

werd een onderdeel van de social services met als opdracht een nauwe relatie te onderhouden met de medische diensten. Ziehier een voorbeeld van regeren.

*Conclusie.* Wanneer men mij tenslotte opnieuw vraagt „staat de huisarts thans centraal in de geestelijke gezondheidszorg”? dan zeg ik: ja, in vele gevallen, omdat er niets anders is; omdat wij in Nederland nog volgens alternatief A en B werken. Wanneer men mij echter vraagt: „is de huisarts — of juist gezegd het zogenaamde home-team — de centrale figuur in een optimale geestelijke gezondheidszorg”? dan zeg ik: nee: in een multiprofessionele zorg staat geen professe centraal.

De huisarts zal echter een belangrijke entree blijven beheren.

Freeman, H. L., K. F. Urwin en J. R. Elliot. Community Mental Health Service; in: Papers of the 80th Health Congress Eastbourne of the Royal Society of Health, 1973, 45.

Vries, A. E. N. de. Gezin en Hulpverlening in Dorp bij Stad, Dekker Van de Vegt, Nijmegen, 1973.

## *De huisarts is niet de centrale figuur in de geestelijke gezondheidszorg\**

DOOR J. VAN LONDEN, PSYCHIATER

*Inleiding.* Toen ik werd uitgenodigd om op deze vergadering binnen een tijdsbestek van een kwartier te argumenteren dat de huisarts niet de centrale figuur in de geestelijke gezondheidszorg is, vermoedde ik reeds, dat ik mij in de moeilijkheden stak. Dat vermoeden bleek juist. Ik heb reeds bij de uitnodiging gezegd dat ik helemaal niet overtuigd was van de globale juistheid van de stelling. „Dat was ook niet nodig”, werd mij gezegd. Welnu, een stelling verdedigen, waar men niet met hart en ziel, geruggesteund door wetenschappelijke argumenten, achter kan staan is toch eigenlijk een onjuiste zaak, hoezeer ik de vriendelijkheid van de geste, om mij ruimte te geven, op prijs stel.

Ik voel meer voor een iets andere werkwijze: wij vervangen het begrip stelling, door veronderstelling, hypothese dus, en passen een kleine ingreep toe in de opdracht. Vervolgens verdiepen wij ons in de materie en wij vinden bouwstenen om aan te dragen om de hypothese overeind te houden, of wij vinden die bouwstenen niet. Ofwel: wij vinden doorslaggevend argumenten, die de hypothese dermate ont-

\* Inleiding, gehouden tijdens de landelijke bijeenkomst van het N.H.G. op 12 mei 1973, Jaarbeurs Vergader- en Congressentrum, te Utrecht.

krachten, dat zij niet kan worden gehandhaafd. In dit laatste geval zou ik op het terrein komen van mijn tegenspeler, collega A. E. N. de Vries, directeur van de G.G. en G.D. te Tilburg, die juist de opdracht heeft te verdedigen, dat de huisarts de centrale figuur is in de geestelijke gezondheidszorg.

*Beschouwing van de hypothese.* „De huisarts is niet de centrale figuur in de geestelijke gezondheidszorg”, kan betekenen:

1 In de huidige constellatie van de gezondheidszorg en bij de huidige praktijkvoering is de huisarts niet de centrale figuur in de geestelijke gezondheidszorg.

2 Bij de bezinning op en de voorbereiding op de toekomstige structuur van de gezondheidszorg is de huisarts niet de centrale figuur in de geestelijke gezondheidszorg.

Ad 1 Bij de eerste ontleding gaat het om het vaststellen van een feit, geheel afgezien van eventueel levende gevoelens, ideeën, verwachtingen of het vastgestelde feit organisatorisch of ideologisch juist is. De eerste hypothese wordt dan: „In de huidige gezondheidszorg in Nederland is de huisarts niet de centrale figuur in de geestelijke gezondheidszorg”.