

genlijk een schijnprobleem is. Er zijn al verschillende hulpverleners geraadpleegd, die veel deskundiger zijn op dit gebied: de school-pedagogische dienst, psychologen en het Medisch Opvoedkundig Bureau. Het lijkt mij zelfs waarschijnlijk dat deze ouders beter weten welke wegen moeten worden bewandeld dan de huisarts. Waarom komt deze vrouw dan toch bij hem en vraagt om hulp?

Co-assistent: Zij vraagt om adviezen voor de scholen en om raad hoe zij haar kinderen moet aanpakken.

Discussieleider: U vertelde dat de man graag zou willen dat zijn vrouw buitenshuis ging werken zodat hij minder hard zou behoeven te werken. Dat vind ik een vreemde uitlating; hebt u die van hemzelf gehoord?

Co-assistent: Neen, dat vertelde de vrouw mij, zij had die indruk.

Discussieleider: Uit verschillende passages in uw status blijkt dat deze vrouw de moeilijkheden niet goed meer aankan en dat zij het gevoel heeft hier eigenlijk alleen voor te staan. Zij kan het niet met haar man bespreken. Het lijkt erop dat hij daarvoor vlucht, bijvoorbeeld in de T.V. De communicatie tussen het echtpaar laat duidelijk te wensen over.

Psycholoog-gezinstherapeut: Het lijkt er ook op dat deze vrouw zich niet wil laten helpen door haar man. Zij gaat steeds naar allerlei instanties toe, zij vindt dat hij het al veel te druk heeft. Zij

is de flinke, die de touwtjes in handen heeft, de „one-up” en zij zet hem eigenlijk voor een goed deel buiten spel. Een dergelijk mechanisme zien wij vaak in de gezinstherapie. Zij kan blijkbaar moeilijk een beroep doen op haar man. Het ziet er naar uit dat beiden in wezen eenzaam zijn met de problemen over hun kinderen. De man heeft een bepaalde vluchtreactie, de vrouw een andere. Jan op zijn beurt gaat eigenlijk zijn doofheid uit de weg, wil zich niet als een dove kenbaar maken en probeert deze doofheid zelfs te ontkennen.

Maatschappelijk werker: U geeft in uw behandelingsplan verschillende adviezen, zoals ten aanzien van Peter bijvoorbeeld: meer vrijheid geven om zichzelf te leren zijn. Dat doen wij allemaal, het klinkt heel mooi en is misschien ook wel waar maar wat moeten ouders nu met dergelijke abstracte adviezen wanneer zij niet in staat zijn deze zelf te operationaliseren? Dit zal toch verder met hen moeten worden doorgewerkt.

Discussieleider: Ik meen dat wij vanmiddag een leerzame status hebben besproken. Het betreft hier een gezin met drie kinderen met school- en leerproblemen. Er zijn allerlei deskundigen ingeschakeld zoals psychologen, pedagogen, kinder- en zenuwartsen, het medisch opvoedkundig bureau en dergelijke. Toch ziet het er naar uit dat het belangrijkste, het centrale probleem door deze instanties is gemist, namelijk de in-

sufficiënte man-vrouw-relatie en communicatie.

Vermoedelijk hebben alle hulpverleners zich slechts met één facet, met de stoornis van één van de kinderen bemoeid. Het belangrijkste probleem lijkt mij op dit ogenblik dat de vrouw zich alleen voelt staan en dat haar man daarmee niet goed raad weet. Daarom komt zij om hulp bij de huisarts. Gezinstherapie lijkt geïndiceerd voor dit primaire probleem, gericht op een communicatieverbetering tussen man en vrouw en tussen ouders en kinderen. Zij zullen samen moeten leren hun tegenslagen en handicaps te verwerken. Hoogstwaarschijnlijk zullen zijzelf dan gemakkelijker oplossingen vinden voor de (secundaire) schoolkeuze problemen, eventueel met behulp van de vele adviseurs die reeds zijn ingeschakeld. Argument hiervoor is dat deze hulpverleners tot nu geen of onvoldoende greep konden krijgen op de situatie, naar men op goede gronden kan verwachten als gevolg van de onvoldoende communicatie tussen de vader en de moeder.

Deelproblemen zijn in eerste instantie gemakkelijker te benaderen; maar al te dikwijls blijft het verwachte succes uit als het centrale probleem niet dichterbij een oplossing wordt gebracht. Dit lijkt ook hier het geval wanneer men zich afvraagt „waarom deze vrouw nu met dit probleem juist bij de huisarts kwam”.

Beeldvorming in de relatie huisarts-specialist

DOOR HANS VAN DER VOORT

PEILING N.H.G.-CONGRES

In november 1974 wijdde het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn jaarlijkse congres aan een gedachtenwisseling over de relatie tussen huisarts en specialist onder de titel: „Patiënt tussen de dokters”.

Aan het begrip „relatie” zijn veel facetten te onderscheiden, zoals de functionaliteit, de emotionaliteit, de wederkerigheid, enzovoort. In deze beschouwing wil ik mij beperken tot enige kanttekeningen bij het verschijnsel rela-

tie in het algemeen en bij de relatie tussen de huisarts en specialist in het bijzonder. Zulks naar aanleiding van de op genoemd congres gehouden meningspeiling naar de beeldvorming, die wederkerig bestaat tussen huisartsen en specialisten. Ik zou hier hebben volstaan met een kort overzichtje van de uitkomsten van die peiling – overigens met alle mogelijke voorbehouden, omdat het geen wetenschappelijk getoetste procedure betreft – als niet de reacties op peiling en uitkomsten mij duidelijk

hadden gemaakt, dat er over dit onderwerp veel vreemde opvattingen bestaan.

Onderstaand geef ik eerst de uitkomsten weer, waar mogelijk voorzien van enig commentaar, waarna ik wat algemener wil ingaan op het belang van de beeldvorming voor relaties, dus ook die tussen de huisarts en de specialist.

Wie waren aanwezig? Van de ruim 300 aanwezigen hebben er 224 de vragenlijst ingevuld. De verdeling naar status was als vermeld in *tabel 1*. Het geringe aantal specialisten had niet

alleen repercussies voor de sfeer tijdens en de mogelijkheden van het congres, het maakte ook de vergelijkingen van huisartsen met specialisten minder betekenisvol.

Leeftijd en geslacht. In tabel 2 leest men de leeftijden van de huisartsen; de aantallen van de andere categorieën waren te klein. Uit een vergelijking met het congres in 1973 blijkt dat de tendens van verjonging, die van 1972 naar 1973 was te zien, zich ook naar 1974 in lichte mate heeft voortgezet. Onder de 154 huisartsen waren twaalf vrouwelijke huisartsen.

De deelnemers is gevraagd hun mening te geven over zes enigermate „provocerende” beweringen, door aan te geven of zij deze beweringen „niet waar” dan wel „waar” achtten. De uitkomsten vindt men in tabel 3, waarbij ten aanzien van huisartsen een onderscheid is gemaakt tussen huisartsen tot en met 45 jaar en boven 45 jaar. Ten aanzien van de bewering dat huisartsen op intuïtie werken verschillen oudere huisartsen duidelijk van mening met hun jongere collegae; uit een kleine rondvraag kwam naar voren dat bevestiging van de opvatting dat de huisarts intuïtief werkt als ietwat ontluisterend voor de huisarts wordt gezien. Of de oudere huisarts deze ontluistering wil voorkómen dan wel meer realiteitszin heeft, is niet duidelijk. Het aantal specialisten is te klein om over deze verschillen iets te zeggen.

Met betrekking tot de bewering dat huisartsen diagnoses missen is het opvallend dat slechts 6 procent (één) der specialisten zegt dat dit per se niet waar is, welk percentage gering is ten opzichte van de categorie jonge en nog geringer ten aanzien van de categorie oudere huisartsen die zich over deze bewering hebben uitgesproken.

De uitkomsten over de bewering dat specialisten afstandelijk zijn tonen dat slechts weinig huisartsen deze bewering categorisch willen ontkennen terwijl een relatief laag aantal specialisten deze bewering het „waar” wil meegeven.

De reacties naar aanleiding van de bewering dat huisartsen mensenkenners zijn leveren in vergelijking met die, gegeven bij de bewering dat specialisten mensenkenners zijn, sprekend materiaal.

Vond ongeveer 70 procent van de huisartsen het onjuist specialisten als mensenkenners te kwalificeren, slechts 15 procent der specialisten acht het niet gerechtvaardigd de huisarts als mensenkenner aan te merken. Oud en jong zijn het er over eens onder de huisartsen en ook de specialisten ontkennen niet: huisartsen zijn mensenkenners.

Een korte bespreking van de meningen over de bewering dat specialisten mak-

kelijk praten hebben, wil ik hier maar samenvoegen met enkele opmerkingen

Tabel 1. *Verdeling deelnemers naar status.*

huisartsen	154*
specialisten	15
echtgenotes van huisartsen	30
overigen	25
totaal	224

* Onder wie 12 vrouwelijke huisartsen.

Tabel 2. *Leeftijden van huisartsen-deelnemers.*

Leeftijd in jaren	Aantal	Percentage	Percentage tijdens congres in 1973
20-29	27	17,5	11
30-39	40	26	25
40-49	63	41	46
50-59	17	11	
60 en ouder	7	4	18

Tabel 3. *Meningen over zes enigermate provocerende beweringen.*

	Procentueel		
	Niet waar	Waar	Geen mening
1 „Huisartsen werken op intuïtie”			
Huisartsen tot en met 45 jaar	39	39	22
Huisartsen boven 45 jaar	61,5	30,5	8
Specialisten	33	27	40
Echtgenotes van huisartsen	43	36	21
2 „Specialisten zijn mensenkenners”			
Huisartsen tot en met 45 jaar	71	8	22
Huisartsen boven 45 jaar	70	6	24
Specialisten	50	14	36
Echtgenotes van huisartsen	73	4	23
3 „Huisartsen missen diagnoses”			
Huisartsen tot en met 45 jaar	27	55	18
Huisartsen boven 45 jaar	45	40	15
Specialisten	6	54	40
Echtgenotes van huisartsen	45	31	24
4 „Specialisten zijn afstandelijk”			
Huisartsen tot en met 45 jaar	14	75	11
Huisartsen boven 45 jaar	20	66	14
Specialisten	36	36	28
Echtgenotes van huisartsen	17	64	19
5 „Huisartsen zijn mensenkenners”			
Huisartsen tot en met 45 jaar	15	68	17
Huisartsen boven 45 jaar	14	74	12
Specialisten	14	43	43
Echtgenotes van huisartsen	19	71	10
6 „Specialisten hebben makkelijk praten”			
Huisartsen tot en met 45 jaar	35	47	19
Huisartsen boven 45 jaar	27	51	22
Specialisten	50	21	29
Echtgenotes van huisartsen	38	29	33

over alle zes beweringen. De huisartsen reageren instemmend op de positieve uitspraak over zichzelf („Huisartsen zijn mensenkenners”) en afwijzend ten aanzien van één van de twee negatieve beweringen („Huisartsen werken op intuïtie”). Anders ligt het met de uitspraken over de specialisten. Deze vinden van zichzelf dat zij noch afstandelijk zijn noch makkelijk praten hebben. Dat levert het beeld op dat twee van de drie huisartsen zich positief uitspreken over zichzelf, dat dit eveneens het geval is bij specialisten en dat ook twee van de drie specialisten zich positief uitspreken over de huisartsen. Maar dan komt het: de huisartsen vinden de positieve uitspraak „Specialisten zijn mensenkenners” onwaar en de twee negatieve uitspraken „Specialisten zijn afstandelijk” en „Specialisten hebben makkelijk praten” juist waar – dat is dus drie van de drie negatief!

Welke waarde men ook aan de cijfers mag toekennen, er blijkt uit, dat de huisartsen er geen behoefte aan hadden de specialisten een pluim op de hoed te steken (ik druk mij voorzichtig uit). Deze trend zet zich voort in de reacties van de huisartsen op zichzelf, de snijdende en de niet-snijdende specialisten, te beoordelen aan de hand van een aantal kwalificaties (hier en daar geef ik wat pregnante percentages):

a „Wie van de drie” zijn volgens de huisartsen maatschappelijk geëngageerd? De niet-snijdende specialisten niet zo erg (49 procent van de huisartsen zegt „nee”, 29 procent „ja”, 22 procent geen mening) en de snijdende specialisten helemaal niet (7 procent „ja”, 80 procent „nee”). Zichzelf achten de huisartsen echter wel zéér maatschappelijk geëngageerd (84 procent „ja”, 5 procent „nee”). Zo’n uitkomst ligt er toch niet om!

b Wie is er vooral denkend, wie vooral voelend? Niet snijdende en snijdende specialisten zijn beiden vooral denkers volgens de huisartsen, terwijl de huisartsen zichzelf vooral voelend scoren.

c Bij wie past „snel”, bij wie „langzaam”? De niet-snijders zijn in de ogen van de huisartsen vooral langzaam (volgens 58 procent), de snijders daarentegen zijn zeer snel (90 procent zegt „snel”

tegen 1 procent „langzaam”). De huisartsen vinden zichzelf ook aardig snel (74 tegen 5 procent).

d Wie vinden de huisartsen gelijkmatig? De niet-snijders zijn wat gelijkmatig, de snijders meer wisselend, terwijl de huisartsen zelf veel meer wisselend dan gelijkmatig zijn (60 procent wisselend tegen 15 procent gelijkmatig).

e Hoe staat het met de slordigheid? Zowel de niet-snijders als de snijders worden zeer precies genoemd (respectievelijk 75 en 80 procent); de huisartsen vinden zichzelf eerder wat slordig.

f Wie is er ijdel, wie bescheiden? De bescheidenen moeten worden gezocht bij de niet-snijdende specialisten; de huisartsen vinden zichzelf een ietsje ijdel, maar de snijdende specialisten staan er bij de huisartsen zeer ijdel op (82 procent vindt hen ijdel, slechts 3 procent niet).

g Bij de intelligentie waren de verschillen slechts gering: de niet-snijders spannen de kroon (met 71 tegen 2 procent, de snijdende specialisten volgen met 55 tegen 10 procent, terwijl de huisartsen de rij sluiten met 46 tegen 5 procent (dit alles dan nog steeds in de ogen van de huisartsen)).

h Sommigen zijn zwierig, anderen toberig: de niet-snijders zijn wat toberig (veel geen mening (60 procent)), de snijders zeer zwierig (68 tegen 3 procent) en ook de huisartsen zijn – in eigen ogen – wat meer zwierig dan toberig (respectievelijk 30 en 20 procent).

i Belangwekkend is de vraag wie er als *warmvoelend* en wie als *koel* wordt afgeschilderd. De snijdende specialisten staan als zeer koel te boek (62 procent koel, tegen 15 procent), de niet-snijders als enigszins warmvoelend, terwijl huisartsen zichzelf zeer warmvoelend achten (84 procent zegt „warmvoelend” slechts 1 procent zegt „koel”).

j De huisartsen zijn – net als de snijdende specialisten – meer boeiend dan saai, terwijl de niet-snijdende specialisten net zo saai als boeiend lijken te zijn.

De mening van de specialisten over zichzelf en de huisartsen laat ik maar achterwege; hun geringe aantal maakt elke conclusie al te gewaagd.

De kritiek op de zojuist besproken vragenlijst was niet mals. De een noemde

het flagrante onzin, de ander volkomen nietszeggend, weer een ander wetenschappelijk bedrog. Maar als het allemaal flauwe kul en toeval was zou men, meen ik, bij de meeste beweringen ongeveer gelijke verdelingen verwachten. Maar neen! Van de huisartsen noemt 82 procent de snijdende specialisten ijdel. Toeval? Dat kan haast niet. Maar wetenschappelijk verantwoord is het niet, dat geef ik graag toe. Wij kunnen dan ook niet meer dan iets zeggen over de reacties van deze ongeveer 150 huisartsen op dit congres ten aanzien van de hier genoemde beweringen. Maar toch kan men hieruit aardige gedachten afleiden: geen conclusies, maar ideeën om eens over na te denken. Ik noem er enkele:

1. De huisartsen vinden de snijdende specialisten onder meer zeer ijdel, maatschappelijk onverschillig en koel.
2. Zij vinden de niet-snijders onder meer zeer langzaam en wat toberig.
3. Zichzelf vinden zij onder meer zeer maatschappelijk geëngageerd en zeer warmvoelend, om de meest sprekende uitkomsten te noemen.

Is de lezer er verbaasd over? Ik niet. De uitkomsten zijn niet tegengesteld aan hetgeen men zou verwachten (al geef ik u graag toe dat zij ook niets „bewijzen”).

BEELDVORMING, ÉÉN KANT VAN EEN RELATIE

Welke betekenis heeft dit alles nu? De critici van de beschreven peiling hadden vooral moeite met het huns inziens irrationele en emotionele karakter van de aangeboden kwalificaties: „Wat heeft dat nu met de relatie huisarts-specialist te maken?” en „Wij zijn toch verstandige, volwassen mensen onder elkaar?” Zonder dit laatste te willen bestrijden stel ik hier toch, dat veel van de bestaande relatie-problematiek haar oorsprong vindt in allerlei irrationele zaken, eerder dan in gebrek aan inzicht in elkaars kennis en kunde, in gebrek aan informatie, enzovoort, hoe belangrijk dat alles ook moge zijn.

In de nummers van Medisch Contact van 1974, voorafgaand aan het laatste N.H.G.-congres 1974, zijn velen aan het

woord geweest, die goede suggesties hebben gedaan waarmee huisarts en specialist hun voordeel kunnen doen: meer onderlinge consultaties, verbetering van de briefwisseling, meer uitwisseling van elkaars werkwijzen en standpunten, enzovoort. Deze suggesties laat ik hier verder onbesproken, omdat zij pas echt van waarde worden als beide partijen bereid zijn er werkelijk iets mee te doen. Of zij daartoe bereid zijn hangt in hoge mate af van enkele (sociaal-) psychologische factoren, die met betrekking tot het verschijnen van de „beeldvorming” van belang zijn en die ik hier wil bespreken.

A. *Een „goede” relatie.* Het is in onze cultuur – en zeker ook in de medische wereld – gebruikelijk om van een „goede” relatie te spreken als er geen openlijke onenigheid bestaat. „Wat niet weet wat niet deert”; zolang men het negatieve over een ander alleen maar denkt en niet uitspreekt is er niets aan de hand. Zo heeft huisarts A een „goede” relatie met specialist B, omdat hij niet laat merken dat hij hem zo materialistisch vindt en heeft huisarts C een „goede” relatie met patiënte D, omdat hij achterhoudt dat hij eigenlijk vindt, dat zij veel te vaak komt. Maar gevoelens en houdingen ten opzichte van anderen verdwijnen niet of verliezen hun werking niet door ze weg te houden. Integendeel: omdat zij dan niet als onderdeel van het gebeuren worden geaccepteerd spelen zij vaak hun eigen – ondoorzichtige – rol. Omdat u (eigenlijk) kwaad bent kunt u minder goed luisteren; omdat u de ander (eigenlijk) niet vertrouwt vat u iets ten onrechte negatief op enzovoort.

Is dit dan een pleidooi voor het zonder meer uiten van alles wat er in ons omgaat? Zeker niet. De eerste stap is inzien dát de diverse contacten bepaalde positieve of negatieve, gewenste of ongewenste gevoelens oproepen. De tweede stap is nagaan, afwegen, of het beter is in dit geval het gevoel te uiten of achter te houden. Voor mijzelf hanteer ik de regel elk positief gevoel dat in mij opkomt te uiten (voor zover ik het zelf kan en voor zover het de functionele relatie niet onnodig compliceert). De kleinere negatieve dingen probeer ik weg te slikken. Lukt

dat echt, dan is het in orde, lukt mij dat niet, dan begin ik erover als de situatie het maar enigszins toestaat. Anders blijft het tóch een werkelijke relatie in de weg staan.

Het pleidooi voor het vaker uiten van de positieve en negatieve gevoelens in een contact moet niet worden gezien als een soort streven naar echtheid of eerlijkheid als waarde op zichzelf. Het in de communicatie laten meetellen van de op dat moment levende gevoelens heeft vooral een functionele betekenis. Een dynamische functionele relatie, waar groei in zit en waarin de partners wezenlijk iets aan elkaar kunnen hebben, zal meer mogelijk worden naarmate er wederzijds meer openheid is.

Het zó praten over gevoelens klinkt wat koel en berekenend, maar dat is haast onvermijdelijk. Het soepel omgaan met de eigen emoties is de huisarts (net als de andere hulpverleners) vaak dermate vreemd geworden, dat in veel gevallen niet meer het oude „Hoe behoud ik distantie?” het streven is, maar „Hoe kom ik terug bij mijn eigen gevoel?”. Dat het experimenteren daarmee – en het schrijven daarover – voorlopig wat stroef en onnatuurlijk aandoet is normaal en eigen aan oefenen.

B. *Het proces van beoordelen.* Hoe nemen mensen elkaar waar en hoe beoordelen zij elkaar? In een contact is onze eerste reactie op de ander het vormen van een indruk over die ander. Die indruk behoeft achteraf – als men de ander beter leert kennen – niet juist te zijn, maar hij bestaat op dat moment al wel en hij bepaalt voor een gedeelte ons gedrag ten opzichte van de ander. „Toen de nieuwe internist aan u werd voorgesteld vond u het een wat verlegen, zachte man, waardoor u zichzelf nogal zeker ging voelen” en „De chirurg aan wie u werd voorgesteld, kwam u nogal arrogant voor, waardoor u wat agressiever reageerde dan u wellicht bedoelde”.

De eerste indruk stuurt dus onze reacties, of wij willen of niet (de mensen, die zeggen dat zij die indruk niet laten meetellen – bijvoorbeeld omdat men nooit weet of hij juist is – kunnen dat wel hopen, maar zullen daar toch niet in slagen). De verkregen indruk wordt

langzaam uitgebreid aan de hand van de informatie, die wij over de ander ontvangen: Wij zien zijn gebaren, horen zijn stem, zijn verhalen en zo komen wij tot een oordeel over hem. Ook met betrekking tot het omgaan met dat oordeel vindt men veel verwarring: veel mensen (met name ook artsen) vinden het niet redelijk (!) om zo’n oordeel te hebben („Wie ben ik, dat ik . . .”), maar onderhand hebben zij dat oordeel wel. Dat merkt men bijvoorbeeld als men iemand gaat ophemelen van wie men denkt dat de ander (die zegt geen oordeel te hebben) hem onaardig vindt. Uit de tegenwerpingen die dan komen blijkt dat hij niet zo zonder oordeel is.

Een oordeel is subjectief. Waarom zijn mensen vaak zo bang om toe te geven dat zij indrukken en oordelen over anderen hebben? Ik kan mij de huiver wel voorstellen, omdat de tijd vaak uitwijst dat indruk of oordeel onjuist was, dat wil zeggen dat de kijk die men op anderen heeft veranderd is. Dat neemt echter niet weg dat het oordeel er wel is. Niet de ontkenning ervan, maar het inzicht dat het relatief en subjectief is lijkt derhalve terecht. Nu, op dit moment, vindt men hém aardig en hém niet; dat bepaalt mede iemands gedrag tegenover hen (en trouwens, wie zal ooit uitmaken of die ander aardig is?).

Maar niet alleen wij hebben een oordeel over de ander, de ander heeft dat ook over ons. Naarmate beide oordelen over en weer beter kloppen, is er meer kans op een effectieve interactie, een manier van omgaan met elkaar waar men wat aan heeft.

Hoe komt iemand aan zijn oordelen? Voor hen, die naar objectiviteit streven, spelen er in de vorming van indrukken en oordelen veel „oneigenlijke” zaken mee. *Asch* toont dat aan in een interessant experiment: hij geeft aan een aantal proefpersonen een lijstje met eigenschappen, die zouden toebehoren aan een onbekende persoon, bijvoorbeeld „energiek, praatgraag, ironisch, onderzoekend”. Vervolgens vraagt hij hun een korte beschrijving te geven van de indruk over die onbekende persoon. Dan blijkt dat er twee dingen gebeuren: ten eerste brengen de proefpersonen een verband aan tussen de gegeven eigenschappen; zij

maken er één geheel van, bijvoorbeeld: „Hij weet wat hij wil, doet alleen wat voor hém van belang is en loopt over anderen heen”. Ten tweede trekt men conclusies uit het weinige wat over die persoon is gezegd en maakt er eigenschappen bij („Hij heeft ook gevoel voor humor” of „Maar hij heeft een klein hartje”). Die neiging om de informatie, welke wij direct of indirect over iemand krijgen „kloppend” te maken, dat wil zeggen te zien en horen wat wij willen zien en horen en te negeren wat ons slecht uitkomt is in mindere of meerdere mate ons aller deel. Negatieve dingen over iemand van wie men houdt wil men niet horen, zien of geloven, net als men niet gemakkelijk positieve dingen over iemand, die men niet mag, wil accepteren („daar zal wel wat achter zitten . . .”).

Enkele sociaal-psychologische aspecten. Er zijn drie fenomenen, welke de sociaal-psycholoog in dit verband naar voren brengt (*Krech en anderen*):

a Wij hebben de neiging bij iemand, die wij graag mogen, de positieve eigenschappen te overdrijven en de negatieve te onderschatten. Dit verschijnsel noemt men het „halo-effect”.

b Iedereen heeft een soort impliciete theorie over hoe mensen psychisch in elkaar zitten of behoren te zitten. Bijvoorbeeld: „Een agressief iemand kan niet lief zijn” of „Alle mensen zijn geneigd tot het pikken wat je pikken kan!”. Ook deze impliciete theorie heeft effect op onze waarneming van mensen. Wie denkt dat agressie en lief-zijn niet in één persoon kunnen zijn verenigd, zal het lieve van een agressief persoon wantrouwen en van een lief mens geen agressie verwachten of accepteren. En wie vindt dat iedereen van nature bang is zal zekerheid onecht vinden enzovoorts.

c De derde factor is in het kader van dit artikel van groot belang: het betreft de neiging het oordeel, dat men heeft over een sociale klasse of groep, onverminderd toe te passen op de individuele leden van die klasse of groep. Wij spreken van stereotypen. Het oordeel dat iemand heeft over „de snijdende specialisten”, maakt het hem moeilijk een individuele snijdende specialist niet direct al allerlei eigenschappen toe te dichten (nee, u niet,

dat begrijp ik, maar ik richt mij nu even tot de andere lezers!). Iemand die behoort tot een bepaalde groep waarover een oordeel bestaat heeft een soort bewijslast: hij moet aantonen, dat hij niet voldoet aan of anders is dan het stereotype beeld dat van zijn groep bestaat, in plaats van een eerlijke kans te hebben zich te presenteren zoals hij zelf is.

C. De relatie huisarts-specialist. Het is niet nuttig in dit kader een uitgebreide sociaal-psychologische verhandeling weer te geven. Aan de hand van hetgeen ik hiervoor schreef wil ik enkele opmerkingen maken over de relatie huisarts-specialist (omdat deze relatie hier aan de orde is en niet omdat het specifiek voor deze relatie zou zijn).

1 Huisartsen hebben min of meer stereotype beelden van de snijdende en niet-snijdende specialisten (zie ook de peiling). Dat heeft tot gevolg dat de individuele specialist minder kans krijgt „anders te zijn dan zijn groep” (hetzelfde geldt andersom: specialisten hebben stereotype beelden van huisartsen). Deze stereotypering is van veel invloed op de onderlinge relatie: aan een specialist, die („zoals je van een specialist kan verwachten”) toch geen oog heeft voor de verdrietige kanten aan een bepaalde patiënt, kan je beter maar een zakelijk, zuiver medisch briefje schrijven; én: „je moet uitkijken wat je instuurt, want „ze” zetten je als een kleine jongen op je nummer als je onnodig instuurt”, enzovoort.

2 Huisartsen hebben stereotype beelden over hun eigen groep. In onze groepen opleiders hoor ik vaak: „Ja jongen, je hebt nu eenmaal te maken met huisartsen” of „Wij huisartsen zijn nu eenmaal niet gemakkelijk” of „Wij huisartsen zijn nu eenmaal graag eigen baas”. Dat idee, dat huisartsen veel gemeenschappelijks hebben, zal in de hand werken, dat zij zich ook als huisarts (dus conform dat beeld) gaan gedragen, waardoor veel persoonlijk en eigens verloren kan gaan.

3 Huisartsen hebben (net als specialisten en net als ieder ander, uiteraard) de neiging het beeld van de specialisten niet te laten corrigeren door tekenen of informatie, die niet met dat beeld kloppen. Men spreekt dan van „uitzonderingen,

die de regel bevestigen”, een zegswijze, die uitermate geschikt is om een eenmaal gevormd beeld vast te kunnen houden.

D. Wat te doen ter verbetering? De verbetering begint ook hier „bij zichzelf”.

a Nodig is het besef dat men zelf, net als iedereen, selectief, gekleurd en vaak defensief naar anderen kijkt. Sommige intensief getrainde lieden zullen hun eigen vertekeningen iets beter kennen dan anderen, maar ieder selecteert in zijn waarnemingen. Wie zichzelf (in zijn contacten met anderen) goed bekijkt zal leren zien in welke richting het selecteren gaat en kan dan correcties aanbrengen. Als men, meer dan anderen, vindt dat jongeren zich onbeschoft gedragen moet men misschien zijn vizier iets bijstellen of wanneer men vindt dat men weinig echt verdriet ziet terwijl collegae dat juist veel zien, moet men wellicht zijn lensjes eens poetsen.

b Nodig is vervolgens (de moed) toe te geven, dat allerlei oordelen en indrukken tijdens een contact bestaan. Of deze netjes, goed of gewenst zijn, is een andere zaak, maar ze zijn er. Het hebben van een indruk of oordeel, dat men nooit zou durven (of kunnen) uiten is vaak naar en bezwarend, maar doen alsof men het niet heeft is de oplossing niet, want het blijft dan op de achtergrond meespelen.

c Het zich bewust zijn van een oordeel over of gevoelens voor iemand kan de relatie en het contact remmen als over dat oordeel of die gevoelens niet kan worden gesproken. Het uiten van negatieve gevoelens geeft vaak ruimte voor positieve en de durf om het risico te lopen wordt door de ander vaak gewaardeerd. In trainingen wordt als voornaamste reden van het niet uiten van ergernis en kwaadheid genoemd dat de ander daar niet tegen zou kunnen. Nadere analyse brengt dan meestal aan het licht dat men vooral bang is voor de klap terug: men wil wel iets onaardigs zeggen, maar de ander mag dat niet kwalijk nemen . . .! Enige zorg om en bescherming van de ander is terecht, maar waarom zou die ander altijd minder kunnen verdragen dan wijzelf?

d Als een relatie met een ander te wensen over laat kan men het erbij laten zitten of wachten tot de ander iets onder-

neemt; maar men kan ook zelf het initiatief nemen. Ik acht huisartsen gevoeliger voor een aantal relationele factoren dan de specialisten (dat is een van mijn stereotypen). En omdat adel verplicht moeten de huisartsen dan ook maar de eerste stappen doen.

Probeer in de contacten met specialisten eens stapje voor stapje meer te doen zoals u weet dat u zelf bent: laat uw brieven meer en meer op u en steeds minder

op de specialist aan wie u schrijft gaan lijken; roer eens iets aan wat u belangrijk vindt, ook als u weet dat die ander het flauwe kul vindt; laat uw stem, als u een specialist belt, op uw stem lijken enzovoort. Pas als de ander een persoon tegenover zich ervaart zal hij zich uitgenodigd voelen ook iets directer en persoonlijker te zijn.

Alle praktische en zakelijke verbeteringen in de relatie tussen huisarts en spe-

cialist, zoals de laatste tijd volop worden gesuggereerd, zijn ongetwijfeld noodzakelijk. Zij zullen echter alleen resultaat hebben als wordt voldaan aan de voorwaarde van het streven naar meer openheid en meer directheid, waarmee de huisarts dan maar moet beginnen.

Asch, S. E. (1946) *J. abnorm. Soc. Psychol. Krech en anderen. Individual in society.* New York, 1962.

Het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut (N.U.H.I.)

Uit de Universitaire Huisartseninstituten

Naast het brengen van nieuws uit de regionale N.H.G.-centra is het zinvol onze lezers van tijd tot tijd op de hoogte te houden van bijzondere gebeurtenissen of nieuwe ontwikkelingen bij de Universitaire Huisartseninstituten. De opening op 27 juni 1975 van een nieuwe dependance voor de sector „Huisartsopleiding” van het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut in een gerenoveerd gedeelte van het Transitorium op het terrein van de medische faculteit is een geschikte gelegenheid om hiermede een begin te maken.

NIEUW ONDERWIJSPROGRAMMA

Het N.U.H.I. heeft sedert 1968 – het jaar waarin Dr. F. J. A. Huygen tot hoogleraar werd benoemd – een explosieve groei doorgemaakt. Met de invoering van het nieuwe medische onderwijsprogramma is de huisarts in toenemende mate betrokken geraakt bij het onderwijs aan medische studenten. In vrijwel alle semesters (halve jaren) waaruit het nieuwe curriculum is opgebouwd, levert de huisartsgeneeskunde zijn bijdrage aan het theoretisch cursorisch onderwijs en vooral aan de zogenaamde multidisciplinaire patiëntenbesprekingen welke elke reeks colleges over een bepaald thema afsluiten. Bij het praktisch onderwijs aan medische studenten verzorgt de afdeling Huisartsgeneeskunde met ingang van 1976 een junior-co-assistentchap van vijf halve dagen voor alle vierde jaars studenten. Sinds meer dan 15 jaar volgen alle studenten vlak voor hun artsexamen een senior-co-assistentchap van vier weken in de huisartspraktijk.

Deze omvangrijke onderwijstaak, welke nog wordt verzaamd door de actieve deelname van het Huisartseninstituut aan allerlei overleg op facultair niveau inzake de opzet en uitvoering van het onderwijs, is niet de enige waarvoor een universitaire afdeling zich geïnteresseerd ziet.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Er is een omvangrijk onderzoekprogramma waarbij men zich tot doel stelt een bijdrage te

leveren aan een wetenschappelijke onderbouw van de huisartsgeneeskunde. De staf van het N.U.H.I. is daartoe multi-disciplinair samengesteld. Naast full-time en vooral part-time huisartsen maken sociologen, psychologen, agogen en statistici deel uit van het team. Er bestaat een nauwe samenwerking met buiten-universitaire hulpverleners zoals maatschappelijk werkers, pastores en wijkverpleegkundigen.

PATIËNTENZORG

Behalve aan onderwijs en onderzoek wordt aandacht besteed aan nieuwe ontwikkelingen in de patiëntenzorg. Enkele praktijken zijn op bijzondere wijze met het Instituut geaffilieerd. Deze praktijken zijn te beschouwen als de „kliniek” van het Instituut. De desbetreffende huisartsen stellen hun praktijken beschikbaar voor registratie van morbiditeitsgegevens en nemen, tezamen met andere stafleden-huisartsen, actief deel aan verschillende experimenten tot verbetering van de hulpverlening. Zo bestaat er een nauwe samenwerking tussen het Instituut en de Voortgezette Sociaal Paedagogische Opleidingen met betrekking tot de gezinstherapie. Het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut besteedt bijzondere aandacht aan het primaire leefmilieu – het gezin – en de invloed ervan op de individuele gezondheid en het individuele welzijn van de gezinsleden en omgekeerd.

HUISARTSOPLEIDING

Binnen elk te onderscheiden taakgebied van de afdeling zijn de werkzaamheden dusdanig toegenomen, dat thans een aantal „sectoren” is ontstaan. Naast de sectoren Onderwijs, Onderzoek en Patiëntenzorg is die van de Huisartsopleiding thans in sterke ontwikkeling. De daarmee gepaard gaande behoefte aan ruimte kon niet meer worden gevonden in de villa waarin het N.U.H.I. is gevestigd. Met alle medewerking van de faculteit is voorlopig een geschikt onderkomen gevonden in het „doorgangsbouwwerk” van de medische faculteit. Op lange termijn zal een

definitieve en geschikte huisvesting voor de gehele afdeling moeten worden gevonden.

De huisartsopleiding is thans gestart met de derde groep arts-assistenten die hun huisartsopleiding in Nijmegen hopen te voltooien. Over ongeveer een jaar zal deze opleiding voor alle in Nijmegen afgestudeerde artsen, die zich als huisarts willen vestigen, verplicht zijn. Ongeveer honderd arts-assistenten zullen dan jaarlijks door het N.U.H.I. moeten worden opgeleid. Binnen de regio Nijmegen zullen alsdan circa 250 praktiserende huisartsen betrokken zijn bij de activiteiten van het N.U.H.I.: circa honderd huisartsopleiders, circa honderd gastheren van senior-co-assistenten en ongeveer vijftig huisartsen die hetzij als part-time staflid hetzij als gastheer van junior-co-assistenten min of meer geregelde bijdragen zullen leveren aan de opleiding van medische studenten.

NASCHOLING

Waarschijnlijk zal geen enkele te bedenken nascholingsstructuur zoveel praktiserende huisartsen daadwerkelijk bereiken als de voornoemde. De participatie van deze huisartsen aan onderwijs en opleiding zal ongetwijfeld invloed hebben op hun functioneren en permanente nascholing. Alhoewel de nascholing van praktiserende huisartsen niet een primaire of exclusieve taak van de universitaire huisartseninstituten is – de beschikbare mankracht en middelen van de afdelingen zijn daartoe te enen male onvoldoende – kunnen deze contacten met een regionaal Universitair Huisartseninstituut uitgangspunt zijn voor de opzet van regionale nascholingsprogramma's. Het deelnemen aan onderwijs en opleiding is immers niet los te denken van een eigen permanente nascholing. De U.H.I.'s kunnen deze continue nascholing slechts zeer ten dele realiseren.

Hier liggen belangrijke taken voor regionale samenwerkingsverbanden tussen de Universitaire Huisartseninstituten, de plaatselijke en regionale huisartsenorganisaties en misschien vooral de regionale N.H.G.-centra.