

ularly beer drinkers aged about twenty consume large amounts of alcohol. Apart from intrahepatic changes, this may also give rise to lesions in the striated muscles, particularly the myocardium, pancreatic lesions and disorders in the haemopoietic organs.

Brandt, K. H. (1976) huisarts en wetenschap, 19, 14.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1973). Bierbrouwerijen en mouterijen, frisdrankenindustrie, distilleerderijen en likeurstokerijen. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1975.

Does de Willebois, A. E. M. van der. Vervreemding en verslaving. Academisch proefschrift. Groningen, 1965.

Eichner, E. R. en R. S. Hillman (1971) Am. J. Med. 50, 218-232.

Ferran, J. en anderen (1974) Nouv. Presse Méd. 3, 1873.

Gips, P. S. (1975) Voeding 36, 241-246.

Henley, K. S. en R. Scholz (1969) Med. Clin. N. Am. 53, 1413-1423.

Hines, J. D. en D. H. Gowan (1970) New England J. Med. 283, 441-446.

Kunz, F. en W. Strummvol (1970) Blut 21, 210-226.

Levy, F. J. en anderen (1973) Ann. Int. Med. 78, 213-219.

Mezey, E., E. Jow, R. E. Slavin en F. Tobon (1970) Gastroenterology 59, 657-664.

Myerson, R. M. en J. S. Lafair (1970) Med. Clin. N. Am., 54, 723-730.

Myerson, R. M. (1973) Med. Clin. N. Am. 57, 925-940.

Productieschap voor Gedistilleerde Dranken. Hoeveel alcoholhoudende dranken worden er in de wereld gedronken? 13e uitgave, najaar 1974, Schiedam.

Raskin, N. H. (1975) New England J. Med. 292, 422.

Sarles, H. en A. Gerolami-Santandrea (1972) Clin. Gastroenterology 1, 178-181.

Spodick, D. H. en anderen (1972) New England J. Med. 287, 677-680.

Second special report to the U.S. Congress on alcohol and health. United States Department of Health Education and Welfare, Washington, 1974.

Zieve, L. (1958) Ann. Int. Med. 48, 471.

Het persoonlijk functioneren van de huisarts*

DOOR S. VAN DER KOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN

Het onderwerp van het twintigste congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap wordt besproken in hoofdstuk IV van het rapport „Hoe helpt de dokter?” Op het eerste gezicht lijkt het een duidelijk onderwerp. Functioneren als huisarts, ook „persoonlijk functioneren” is ons dagelijks werk. Bij nadere beschouwing blijkt echter spoedig dat wij met een moeilijk en verwarrend begrip te maken hebben.

Ik wil daarom eerst proberen duidelijk te formuleren wat met „persoonlijk functioneren van de huisarts” wordt bedoeld en wat er niet mee wordt bedoeld. Daarna wil ik bespreken waarom het persoonlijk functioneren op het werk van de huisarts – in het contact tussen huisarts en patiënt – een belangrijke invloed heeft. In de derde plaats wil ik nagaan of er oorzaken kunnen worden aangewezen waarom huisartsen te weinig rekening houden met de betekenis van hun persoonlijk functioneren. Tenslotte over de mogelijkheden dat te veranderen slechts enige korte opmerkingen, daar over dit onderwerp *De Kock van Leeuwen*** een inleiding houdt.

Wanneer een patiënt zijn huisarts raadpleegt dan wordt deze ontmoeting niet alleen bepaald door het feit dat de

patiënt medische hulp vraagt en de huisarts medische hulp geeft. Andere bepalende factoren zijn onder meer de tijd en de plaats van het arts-patiënt-contact. Het maakt verschil of ik een patiënt op het spreekuur zie of thuis; bij een ongeval op straat is alles weer heel anders. Verder is van belang wat voor iemand die patiënt is, de leeftijd en het geslacht, een kind of een oude vrouw. En natuurlijk oefenen zulke factoren als de persoonlijkheid, de levensomstandigheden, de achtergronden van de patiënt een belangrijke invloed uit.

U zult het met mij eens zijn dat het gebeuren in de ontmoeting tussen arts en patiënt niet alleen wordt beïnvloed door de persoon van de patiënt, maar óók door de persoon, „het persoonlijk functioneren” van de arts. Weliswaar treedt de arts de patiënt in een bepaalde rol tegemoet, die van professioneel medisch hulpverlener en zal de arts daarbij proberen een bepaalde houding in te nemen die *Rümcke* heeft omschreven als „maximale toenadering met behoud van distantie”. Maar dat neemt niet weg dat de persoon van de arts, zijn gemoedstemming, zijn karakter, zijn opvattingen, zijn omstandigheden, en de andere persoonlijke eigenschappen van de dokter mede bepalend zijn voor wat er gebeurt als de arts zijn patiënt ontmoet.

Persoonlijk functioneren is ten dele tijdelijk bepaald: als ik in tijdnood ben, moe ben of mijn gedachten bij iets anders

heb of in een bepaalde stemming ben. Het kan samenhangen met de aard van het probleem waarvoor de patiënt komt, of met mijn gevoelens ten opzichte van een patiënt en het kan ook door diep in mij verankerde eigenschappen van mijn persoonlijkheid worden bepaald.

Soms zegt na mijn vakantie een patiënt: „Er is nog iets, dokter, dat had ik eigenlijk vorige keer al met u willen bespreken maar u zag er toen zo moe uit dat ik het toen maar heb laten rusten”. Soms zal een patiënt bepaalde onderwerpen voor zich houden als hij merkt dat wij gehaast zijn.

Als wij moe zijn, of als er problemen in ons gezin zijn, of er gaat iets niet goed in de praktijk, dan heeft dat uiteraard invloed op onze houding tegenover de patiënt ook al denken wij zelf dat wij het niet laten merken. *Lamberts* geeft als voorbeeld dat één van de artsen uit hun groep meer Valium ging voorschrijven toen zijn partners hem onder druk zetten om meer patiënten te gaan behandelen.

Ook gevoelens ten opzichte van de patiënt of de indruk die ik wil vestigen maken verschil uit. Tegen een leuke jonge vrouw gedraag ik mij anders dan tegen iemand die ik niet interessant vind. Een ander voorbeeld: ik weet van mijzelf dat ik mij meer inzet als een nieuwe patiënt voor het eerst op het spreekuur komt of bij mensen voor wie ik ontzag heb. Ik wil dan een goede indruk maken.

Aan de andere kant kan ik mij aan sommigen mensen ergeren: als zij oneven-

* Inleiding, gehouden tijdens het twintigste N.H.G.-congres, De warme dokter, te Amsterdam, 1 november 1975.

** Zie dit nummer pagina 26.

redig veel aandacht vragen of wanneer zij een advies van mij in de wind slaan. Ik word onheus wanneer een patiënt zelf een diagnose gaat stellen, een oud-verpleegster bijvoorbeeld. U kent die mensen wel die beginnen te zeggen dat ze een sinusitis hebben; pas dacht iemand zelfs dat er al een „begin van een stuwingspupil” was. In zo'n geval voel ik behoefte om aan te tonen dat er beslist géén sinusitis kan zijn.

Kennelijk wordt mijn optreden negatief beïnvloed wanneer ik vind dat mijn deskundigheid onvoldoende wordt gerespecteerd. Voor vele huisartsen is het minstens even belangrijk dat de patiënten hem een aardige dokter vinden. Zij durven hun mening niet eerlijk tegen een patiënt te zeggen omdat zij bang zijn hun sympathie te verliezen. Zij durven niet te „confronteren”, zeggen de psychologen.

Soms worden de relatie en het contact met patiënten door diepzittende eigenschappen van de persoonlijkheid beïnvloed. Een vriend van mij, een huisarts, vertelde hoeveel moeite hij had met het houden van consultatiebureau voor zuielingen. De moeders begrepen hem niet en zij deden niet wat hij hun adviseerde; soms raakte hij met hen in de clinch; sommigen kwamen na verloop van tijd gewoon niet meer terug.

Wij bespraken dat in onze huisartsengroep en wij probeerden hem raad te geven, maar het lukte hem niet een goede relatie op te bouwen. Pas later kwam aan het licht dat deze huisarts in conflict was met zijn eigen moeder, die grote invloed op hem had, maar op wie hij tegelijkertijd veel kritiek had. Iedere moeder was voor hem een vijand met wie hij in gevecht geraakte.

Met het persoonlijk functioneren van de huisarts wordt niet bedoeld dat hij een warme persoonlijkheid moet zijn. Er zijn vele onderzoeken gedaan over de eigenschappen die patiënten van hun huisarts verwachten. Twee eigenschappen worden daarbij steeds genoemd: de huisarts moet deskundig zijn, hij moet zijn vak verstaan en als tweede moet de huisarts belangstelling hebben voor zijn patiënt.

Cassee beschrijft in een artikel over het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt dat die tevredenheid toenam „naarmate de huisarts minder

kortaf en op een afstand was”. Als noodzakelijk voor goede hulpverlening spreekt men ook vaak over „empathie”. Daarmee wordt bedoeld dat de huisarts zich zo goed mogelijk in de belevingswereld van de patiënt moet inleven: „to crawl into the skin of the helpee”, zegt *Carkhuf*.

Vandaag wordt met het persoonlijk functioneren van de huisarts niet bedoeld dat hij empathisch moet zijn of een warme persoonlijkheid. Eigenlijk schuilt er het gevaar van onechtheid in wanneer de huisarts zich anders voordoet dan hij is. Misschien moet ik als dokter liever laten merken dat ik moe of verdrietig ben, dan weet de patiënt in elk geval wat hij aan mij heeft. In feite botsen die twee opvattingen over het begrip persoonlijk functioneren met elkaar. Enerzijds wil ik aan de verwachting van mijn patiënten voldoen: ik wil een warme dokter zijn, vriendelijk, geduldig, begrijpend. Maar anderzijds wordt mijn optreden soms bepaald door hoe ik mij voel: moe, haastig, geïrriteerd. Zo ontstaat een conflict, dat wij soms aan de patiënt overbrengen. Dan krijgt de patiënt een dubbele boodschap: wij zeggen tegen de patiënt dat hij rustig kan uitspreken wat hij op zijn hart heeft, maar door ons gedrag laten wij merken dat wij heel wat meer aan ons hoofd hebben!

Daarmee kom ik op een aspect van het persoonlijk functioneren dat essentieel is. De invloed van het persoonlijk functioneren op het contact met de patiënt neemt in vele gevallen toe, omdat wij met dat persoonlijk functioneren geen rekening houden. Wij laten het eenvoudig buiten beschouwing. Voor een deel gebeurt dat bewust: wij willen er geen rekening mee houden; voor een deel onbewust: wij herkennen het niet.

Het rapport „Hoe helpt de dokter?” spreekt over het „publieke zelf”, het „verborgen zelf”, het „blinde zelf” en het „onbekende zelf”. Het „publieke zelf” is het deel van onze persoonlijkheid dat wij aan de buitenwereld laten zien: bijvoorbeeld dat wij in een goede bui zijn.

Daarnaast is er het „verborgen zelf”: een stuk van onze persoonlijkheid dat wij ons wel bewust zijn, maar dat wij niet aan anderen laten zien: problemen uit ons verleden, uit ons persoonlijk leven, ons huwelijk, waarvan wij vinden dat

onze communicatiepartner er geen boodschap aan heeft. Ook onze gevoelens tegenover iemand; wij vinden een patiënt een zeurkous, maar menen dat wij dat als arts niet mogen laten merken. Soms verraden wij ons doordat wij dan extra vriendelijk zijn, ons gedrag slaat om in het tegenovergestelde. Hetzelfde gebeurt wanneer ik mij schijnbaar zelfverzekerd gedraag als ik in mijn hart onzeker ben.

Het „blinde zelf” is dat deel van onze persoon dat wijzelf niet kennen, maar wij dragen het wel aan anderen over. Wij kunnen over een bepaald onderwerp moeilijk praten – bijvoorbeeld seksualiteit of het sterven – maar hoewel wij ons dat niet bewust zijn, merkt de patiënt het wel en dat maakt dat hij over deze onderwerpen geen vragen durft te stellen.

Het „onbekende zelf” is noch onszelf noch degene met wie wij communiceren bekend. Maar de communicatie wordt toch door het „onbekende zelf” beïnvloed. Een voorbeeld vormt de arts die moeite had op zijn consultatiebureau, omdat hij in iedere moeder onbewust de relatie met zijn eigen moeder herbeleefde.

Ik pleit er voor dat het persoonlijk functioneren van de huisarts duidelijker naar buiten komt in zijn „publieke zelf”; ik vind dat de huisarts zich beter moet realiseren waarom hij bepaalde zaken verborgen wil houden, hetgeen niet zo vanzelfsprekend hoeft te zijn. Tenslotte geloof ik dat de huisarts meer zicht op zijn „blinde en onbekende zelf” zal moeten krijgen.

Soms komt men door zijn persoonlijk functioneren als arts in conflict met zichzelf. Ik noemde het voorbeeld van de arts die het druk heeft, maar dat niet aan de patiënt wil laten merken. Niet alleen de patiënt komt daarbij in verwarring maar de arts voelt zich ook ongelukkig, doordat hij schuldgevoelens krijgt; hij heeft het gevoel niet te kunnen voldoen aan wat van hem verwacht wordt of aan de eisen die hij zichzelf stelt.

Ik heb zelf de ervaring dat een spreekuur met tijdnood doodvermoeiend wordt als ik niet gewoon accepteer dat ik onder die omstandigheden minder aandacht aan de patiënten kan geven dan ik zou willen. Een ander voorbeeld is de lastige patiënt die opbelt als ik net aan

tafel ben gegaan. Tegen de patiënt ben ik vriendelijk en daarna reageer ik – voor mijn gevoel machteloos – af op mijn onschuldige gezinsgenoten.

Ons persoonlijk functioneren beïnvloedt ook de kwaliteit van ons werk. Het overkomt mij nogal eens dat ik een huisvisite bij een patiënt uitstel of vergeet, omdat ik die visite moeilijk vind of er om andere redenen tegen opzie. Het werkt door in diverse fasen van het hulpverleningsproces: bij de anamnese doordat wij door ons persoonlijk functioneren bepaalde gegevens niet oppikken of moeilijk kunnen bespreken. Ik noemde al eerder de seksualiteit en de problemen van het sterven.

Ook wanneer je beslissingen moet nemen heeft het invloed. Soms wordt de beslissing de patiënt naar een specialist te verwijzen te lang uitgesteld, omdat men bang is dat men als huisarts slecht zal worden gevonden wanneer men een probleem aanvankelijk verkeerd heeft beoordeeld.

Soms geven huisartsen door hun persoonlijk functioneren onvoldoende steun aan de patiënten. *Rümcke* beschrijft dat mooi: „... de ontmoeting kan steriel zijn. Er ontstaat niets in de dokter en niets in de patiënt. In elk geval is de dokter niet aangeraakt door de patiënt. Hij moet zich afvragen hoe dit komt: is hij te moe, te gepreoccupeerd, ofwel weert hij iets af: een inzicht in zichzelf? Is hij bang dat hij zich niet handhaven kan? Vreest hij de van een patiënte uitgaande erotische werking? In de dokter is dikwijls angst voor de patiënt, waarlijk niet alleen angst voor lijfelijke agressie, maar voor een eventuele werkelijke superioriteit van de patiënt op één of ander gebied, diens intelligentie, wilskracht, morele overtuiging, ironie, wereldwijsheid, standing. Dit alles kan de dokter afweren met gevoelens van antipathie. Wanneer hij eerlijk is merkt hij het en het maakt hem onzeker . . .” Tot zover *Rümcke*.

Waarom zijn wij vaak niet eerlijk? Waar ligt de oorzaak dat wij artsen zo weinig rekening houden met ons persoonlijk functioneren en soms de betekenis daarvan zelfs ontkennen? Het lijkt mij dat er twee oorzaken zijn. In de eerste plaats onze opleiding. Daarnaast vraag ik mij met enige aarzeling af of onze per-

soonlijkheid er ook niet mee te maken heeft.

Er zijn aanwijzingen dat de keuze van het artseneroep te maken kan hebben met de neiging zichzelf te ontvluchten, om niet met zichzelf bezig te willen zijn. Artsen worden vrijwel alleen voor de medisch technische kant van hun beroep opgeleid. Dat daaraan veel aandacht wordt besteed is terecht. Maar de opleiding schiet tekort op het gebied van het hulpverlenen in algemene zin.

Onderwerpen als de arts-patiëntrelatie en de invloed van de persoon van de arts op het hulpverleningsproces worden verwaarloosd. Dat is des te ernstiger voor de aanstaande huisarts, want de huisarts werkt – ik citeer het rapport *Hoe helpt de dokter?* – in twee systemen: Het specifiek medische systeem en het algemene eerste-lijns-hulpverleningssysteem.

Gelukkig wordt in de specifieke beroepsopleiding tot huisarts aan dat laatste meer aandacht gegeven, maar ook in het basis-curriculum bestaat behoefte aan meer en beter geïntegreerd onderwijs op dit gebied. Nu blijkt in de loop van de studie de motivatie van de medische studenten voor de humanitaire aspecten van het artseneroep steeds kleiner te worden. Het schijnt dat de studenten wordt afgeleerd om rekening te houden met hun persoonlijk functioneren, en daarvoor in de plaats leert de student zich in een waan van schijnzekerheid te hullen.

Van der Lei, een psycholoog, vraagt zich af waarom psychotherapeuten maar in één van de drie gevallen een heilzaam resultaat na hun bemoeiing boeken. Hij merkt op dat veel hulpverleners behoefte hebben hun cliënten afhankelijk te maken door hen te steunen en aardig tegen hen te zijn en tegelijk hun cliënten laten merken hoe hulpbehoevend, hoe ziek zij zijn. Zo krijgt de hulpgever zelf de kans zich sterk en gezond te voelen.

Ik denk dat de observaties van *Van der Lei* ook op artsen van toepassing zijn. In het rapport „*Wijs Onderwijs*” wordt de indruk vermeld dat aankomende medische studenten nogal eens vage, weinig van eigen identiteit verzekerde volwassenen zijn. Zouden sommige artsen hun beroep kiezen juist uit een soort onvermogen om bezig te zijn met hun eigen

persoonlijkheid? Wanneer je je als arts in verhouding tot je patiënt verstandig, sympathiek, gezond en machtig kunt voelen, kun je ontsnappen aan de noodzaak je bezig te houden met je persoonlijk functioneren!

Ik wil tenslotte nog iets opmerken over de mogelijkheden voor ons huisartsen meer zicht op de betekenis van het eigen functioneren te krijgen. Ik vind het moeilijk hierover veel te zeggen omdat ik het gevoel heb dat ikzelf met mijn persoonlijk functioneren nog lang niet klaar ben. Bovendien – gelukkig, lijkt mij – zijn er vandaag op dit gebied meer deskundige sprekers dan ik.

Het lijkt mij dat wij huisartsen alléén niet veel kunnen bereiken. Ik denk dat huisartsen zich samen zullen moeten oefenen om – met de hulp van deskundigen – meer inzicht in het eigen persoonlijk functioneren te krijgen. Het is mijn overtuiging dat huisartsen daarom groepen moeten vormen waarin zij zich thuis en veilig voelen, zodat zij niet alleen hun medisch-technisch kunnen en hun hulpverleningsgedrag, maar ook hun persoonlijk functioneren ter discussie zullen willen stellen. Ook voor de onderlinge toetsing zijn zulke groepen noodzakelijk. Op de structuur van die groepen zullen wij vandaag niet ingaan; wel zou ik er één ding van willen zeggen: het lijkt mij nodig de echtgenoten van de huisartsen bij dit alles te betrekken.

Vóór alles zullen huisartsen echter zover moeten komen dat zij de noodzaak inzien en bereid zijn hun persoonlijk functioneren te bestuderen en te bespreken. Ik heb goede hoop dat het congres daar vandaag een bijdrage aan kan leveren.

- Carkhuff, R. R. (1971) *Journal of research and development in education* 4, 2.
- Cassee, S. E. (1969) *huisarts en wetenschap* 12, 97.
- Hoe helpt de dokter. rapport van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1975.
- Lamberts, H. en M. L. Wolgast. (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 321.
- Lei, D. van der (1975) *Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk* 17, 231.
- Medalie, J. H. (1965) *huisarts en wetenschap* 8, 333.
- Rümcke, H. C. *Psychiatrie I*, Scheltema en Holkema n.v. Amsterdam, 1954.
- Wijs Onderwijs*. Rapport afdeling onderwijs ontwikkeling faculteit geneeskunde, Utrecht, 1972.