

Wat kan de huisarts doen met seksuele problemen?

DR. J. P. C. MOORS, HUISARTS TE ROSMALEN

„Wat kan de huisarts doen met seksuele problemen” is een door de redactie van dit tijdschrift bewerkte tekst van een voordracht die door Jan Moors werd uitgesproken tijdens „Deutscher” en „Internationaler Kongress für Allgemeinmedizin” in Marburg an der Lahn van 19 tot 22 mei 1977. De tekst is voor een groot deel ontleend aan de inhoud van het boek „Helpen bij seksuele moeilijkheden”, uitgegeven onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap en geredigeerd door dezelfde auteur en zijn medewerkers. Zeker voor degenen die dit boek nog niet hebben gelezen, bevat dit artikel interessante informatie over een gebied waarin de huisarts in het algemeen toch niet zo thuis is.

Huisartsen zijn ook maar mensen.

Er gaan juist twee meisjes pink aan pink mijn spreekkamer uit. Ik ben huisarts in een forensenplaats, 48 jaar en heb twee kinderen. Er gaat een flits door mij heen: „Waarom zouden zij geen recht hebben op een eigen huis?” Zij kwamen een attest vragen voor de gemeentelijke sociale dienst om eerder in aanmerking te kunnen komen voor een huis. Het wordt mij plotse-ling duidelijk dat er een levensgroot verschil is tussen het tolereren van homoseksualiteit en het accepteren ervan. Zouden mijn heimelijke gedachten dezelfde zijn geweest als ik twee jongens op mijn spreekuur had gehad, die ik pink aan pink zag wegwandelen?

In een moeilijke therapie ontstond de situatie dat een patiënte niet wist hoe het masturbatiepatroon van haar partner in zijn puberteit was geweest. Het gesprek hierover vlotte veel beter toen ik inbracht dat ik pas na jaren huwelijk met mijn vrouw over mijn masturbatie kon praten.

„Geen woorden”

Wanneer patiënten voor het eerst spreken over hun seksuele problemen doen zij dit dikwijls heel vaag of verhuld. Wat er fout gaat bij het vrijen kunnen wij meestal niet rechtstreeks onderzoeken. Wij moeten afgaan op wat onze patiënten ons daarover willen en kunnen vertellen. Velen hebben daar geen woorden voor. Net als bij andere psychosomatische klachten zijn er verscheidene oorzaken te vinden voor het ontstaan van seksuele problemen, bijvoorbeeld de actuele relatie van het paar, dieper liggende oorzaken, geworteld in de

individuele ontwikkeling vanaf de eerste kinderjaren en lichamelijke kwalen of ziekten die het seksueel functioneren belemmeren.

Als de hulpverleners, afkomstig uit diverse disciplines zoals artsen, psychologen, maatschappelijk werkers en anderen, het praten over seks niet zo moeilijk hadden gevonden, was er misschien nooit het specialisme seksuologie ontstaan. Tegenwoordig beschikt men over diverse benaderingswijzen van psychosomatische en psychosociale klachten. Ook seksuele problemen kunnen op veel manieren worden aangepakt. Tot nu toe is niet aangetoond dat het ene therapie-ontwerp betere resultaten afwerpt dan het andere. Soms is er een lichte voorkeur om een bepaald probleem op een bepaalde manier aan te pakken. Kaplan heeft in haar magistrale boek „The illustrated manual of Sex Therapy” voor de huisarts zeer overzichtelijke richtlijnen gegeven.

De stap voor stap methode

Mijn benadering van het seksuele probleem is opgebouwd uit een aantal stappen. Iedere volgende stap is moeilijker dan de vorige. *Schacht* beschrijft helder en uitgebreid in: „Helpen bij seksuele moeilijkheden” deze stap voor stap methode, die geënt is op het werk van Kaplan en Annon. Vanuit die optiek kan het seksuologisch onderzoek verdeeld worden in een aantal stappen of fasen. Iedere stap kan zowel gebruikt worden voor onderzoek als voor behandeling. Dit is een procesaanpak bij uitstek. Het is niet noodza-

kelijk dat iedere patiënt alle fasen van het onderzoek doorloopt. De opbouw van de fasen is zo gekozen, dat de meest voorkomende klachten in een tamelijk korte tijd verholpen kunnen worden.

„Hulp verlenen kan niet meer gedacht worden vanuit een eng theoretisch denkraam. Er zijn vele technieken en methoden, volgens welke men problemen van mensen kan aanpakken. Alleen dogmatische veldwerkers, die nog niet wijzer zijn geworden, gaan door met het geforceerd onderbrengen van alle cliëntenproblemen in psychodynamische categorieën.” (B. Gelfland in „Hulpverleners en veranderen”)

Mijn huidige werkschema

In het verleden heb ik mijn werkschema regelmatig moeten aanpassen aan nieuw verworven inzichten en ervaringen. Ik werk zo dat ik min of meer schematisch de onderstaande vragen in het gesprek aan de orde stel:

- Waarom komt deze mens met deze klacht nu bij mij?
- Wat is zijn vraag? (luisteren). En hoe beleeft hij zijn probleem?
- Heeft het hem veel moeite gekost om er zelf achter te komen dat er iets niet naar wens gaat?
- Heeft hij het er al met iemand anders over gehad? Zo ja, met wie? Met andere hulpverleners?
- Is er onlangs iets gebeurd, waardoor het probleem zo ervaren wordt, dat hij er nu hulp voor vraagt of probeert te vragen?
- Zijn daar anderen bij betrokken?
- In welk micro-systeem (gezin, alternatieve situatie?) functioneert deze mens?
- Heb ik in mijn geheugen of kaartsysteem nadere gegevens?

Nu ga ik voor mijzelf formuleren wat de voorlopige vraagstelling is. Ik ga na of de patiënt het met mijn formulering van zijn vraag om hulp eens is. Zo ja, dan stellen wij samen een voorlopig werkschema op. Zo nee, dan ga ik samen met de patiënt nieuwe gegevens verzamelen (zie de verderop beschreven mini-anamnese). Hierna neem ik samen met de patiënt de praktische gevolgen van het werkschema door. Belangrijk daarbij is of zijn dagelijkse gang van zaken verstoord wordt. Wie in zijn omgeving zullen er mee te maken krijgen? Zijn die al op de hoogte? Zo nee, wie brengt hen op de hoogte? Hoe moeilijker een zaak ligt, hoe ingewikkelder het schema is te hanteren. Flexibel bijsturen van een eenmaal uitgestippeld behandelingsplan vind ik soms even belangrijk als het opstellen van zo'n plan.

Ik ga ervan uit dat de patiënt in het eerste gesprek uiterst gevoelig is voor de manier, waarop ik hem als hulpverlener benader. Vaak is hij bang om afgewezen of belachelijk gemaakt te worden. Het is voor de hulpvrager een afknapper als hij te horen krijgt dat hij zich aanstelt: „Heb maar geduld man, het komt allemaal vanzelf in orde”, betekent bijna altijd dat de hulpverlener met de aangeboden problematiek in verlegenheid wordt gebracht.

Als de eerstelijnswerker er moeilijk uitkomt, moet niet te lang worden gewacht met consultatie.

Luisteren (de eerste stap)

Hoe leer je luisteren? Uit „Helpen bij seksuele moeilijkheden” citeer ik: „Van belang is de woordeloze boodschap aan de cliënt te kunnen overbrengen: „Ik ben een en al aandacht voor u”. Wanneer je voortdurend wordt afgeleid door telefoon en in- en uitlopende assistentes dan verhoog je voor de cliënt de drempel”. De hulpverlener kan zijn betrokkenheid laten blijken door in zijn eigen woorden te herhalen wat de cliënt heeft gezegd en door af en toe een samenvatting te geven. Nog veel meer kan hij door niet-verbale ondersteunende signalen (gebaren, lichaamshouding en manier van kijken) laten weten dat hij luistert. Door goed te luisteren is er een ontwikkeling in het gesprek merkbaar, die leidt tot een heldere probleemstelling.

Actief luisteren komt bij een cliënt over als: „De hulpverlener begrijpt wat ik bedoel, ook als het voor mijzelf nog niet duidelijk is, waar ik mee zit en ik nog niet de geschikte woorden heb gevonden om het duidelijk te maken. Ik ben niet meer bang af te gaan.” Deze fase wordt afgesloten door een samenvatting van de hulpverlener: „Als ik u goed heb begrepen, dan is er dit aan de hand: . . . ; ziet u het ook zo?” Bij een bevestigend antwoord volgt nog een laatste controle: „Hebt u alles kunnen zeggen waar u mee zat?” De hulpverlener zal bij zich zelf bemerken dat hij pas in staat is een goede afsluitende samenvatting te geven op het moment dat hij het probleem van de cliënt kan aanvoelen en als het ware in een film voor zich ziet. Zolang dit niet het geval is zal hij uitnodigend moeten blijven doorvragen. In het begin is dit moeilijk. Juist in het geval dat men bang is indiscreet of ondeskundig over te komen, moet niet worden gearzeld deze gevoelens van onzekerheid aan de cliënt over te brengen. Wanneer de betrokkenheid van de hulpverlener bespreekbaar is, dan is de cliënt ook gemakkelijker in staat zich spontaner te uiten.

Vermijd ten slotte een oordeel uit te spre-

ken of ergens een diagnostisch etiket op te plakken. Wanneer cliënten zelf etiketten gebruiken, zoals bijvoorbeeld: „Ik ben impotent, frigide, etcetera, dan hebben dikwijls die etiketten een andere betekenis, dan die welke de hulpverlener eraan toekent. Het is beter te vragen: „Wat gaat er precies mis?” Dus geen etiketten, maar informatie over seksueel gedrag, belevingen, fantasieën, opvattingen en verwachtingen. De opluchting na zo'n gesprek kan voor sommige cliënten al voldoende zijn om zelf een oplossing voor hun problemen te bedenken. Anderen zullen onmiddellijk een diagnose of een therapie verwachten. Het is belangrijk dat de hulpverlener heel duidelijk voor zichzelf een intermezzo invoert tussen luisteren en verdere initiatieven:

„Ik heb nu vooral naar u geluisterd. We kunnen samen zoeken naar een oplossing. Wat mij betreft wil ik er eerst nog even over nadenken.”

Of: „Voor uw probleem is het geven van een medicijn niet de aangewezen weg. In een volgend gesprek wil ik met u nagaan wat u zelf kunt doen om uw problemen op te lossen.”

Mini-anamnese

In dit stadium heeft de hulpverlener alleen nog maar geluisterd. Hij beschikt over een voorlopige probleemstelling vanuit het gezichtspunt van de cliënt. Na het intermezzo kan hij overgaan tot gerichte vragen:

Wanneer is het probleem begonnen?

Het is er altijd geweest. In dit geval doorwerken naar stap vier, het geven van gerichte voorlichting (zie verderop in de tekst).

Vroeger ging het goed, maar nu niet meer. In dit geval de volgende vragen stellen:

„Hoe oud was u toen het niet meer ging; trad het probleem altijd op, of alleen maar onder bepaalde voorwaarden (vermoeidheid, conflicten . . .); had u toen bij iedereen het probleem of lukte het wel bij de ene seksuele partner, maar niet bij de andere?”

Vertel iets over het verloop van het probleem. Wanneer het vroeger wel en nu niet meer goed gaat (speciaal letten op signalen over de kwaliteit van de relatie met de partner).

Wat is uw eigen idee over het ontstaan en voortduren van het probleem?

Welke pogingen zijn er in het verleden gedaan om het probleem op te lossen? De volgende mogelijkheden doen zich dan voor: hulp van medici (welke arts of specialist, wanneer, welke behandeling, welk resultaat, de reden waarom het contact is verbroken, volgt u nog een andere thera-

pie, welke medicijnen gebruikt u?); een andere professionele hulpverlener; hulp van anderen (inclusief de partner); uzelf (wat hebt u allemaal gedaan om uw probleem op te lossen, wat was het resultaat van iedere poging?)*.

Wat verwacht de cliënt van de hulpverlener, de hulpverlening en zijn eigen doelstellingen? Waarom komt deze cliënt met dit probleem uitgerekend bij mij? Verwacht hij dat ik hem onmiddellijk doorverwijs of niet? Schrijft hij zijn problemen toe aan een lichamelijke oorzaak en verwacht hij een lichamelijk onderzoek? Verwacht hij een medicijn, waardoor hij in één keer van alle problemen af is? Verwacht hij dat ik als bemiddelaar tussen hem en zijn partner ga optreden? Gaat hij ervan uit dat het probleem eigenlijk niet bij hem ligt, maar bij zijn partner? Stuurt hij aan op het mislukken van de therapie om daarna te kunnen zeggen: „Voor ik de beslissing nam om te gaan scheiden, heb ik eerst letterlijk alles geprobeerd, tot een behandeling toe.” Wordt de cliënt door zijn partner gechaakteerd? „Als jij geen stijve krijgt, dan loop ik van je weg.” Zijn beide partners bereid actief mee te werken aan het oplossen van de problemen? Hoe specifieker de doelstellingen geformuleerd kunnen worden, hoe gemakkelijker het voor de hulpverleners is gerichte suggesties te geven. Als contrast twee voorbeelden: „Ons doel is dat het weer goed gaat tussen ons”; tegenover: „Als wij vrijen wil ik ook de kans krijgen om het lekker te vinden, ik wil voor mijzelf kunnen uitmaken wanneer ik er wel of geen zin in heb.”

Wie moet er bij de hulpverlening betrokken worden? Voor effectieve hulpverlening is het ideaal als de partner bij het onderzoek en de behandeling betrokken kan worden.

Introductie van de stap voor stap benadering. Maak de cliënt duidelijk dat hij voor de oplossing van het probleem actief zal moeten meewerken. Meestal zal dit gebeuren door op advies dingen thuis te proberen. De thuis opgedane ervaringen vormen het materiaal voor nieuwe adviezen (gedragsvoorschriften). Druk de cliënten op het hart dat zij bij het proberen fouten mogen maken. Daar leren zowel de cliënten als de hulpverleners van. Het gaat er niet om voor het „huiswerk” goede cijfers te halen. Het voornaamste is dat de cliënten het idee krijgen dat zij altijd kunnen terugkomen.

*Let hierbij vooral op vaste patronen: Meestal gaan cliënten op een zeer starre manier met hun problemen om, waardoor zij altijd in dezelfde doodlopende straat terecht komen. De hulpverlener kan hier veel aanwijzingen vinden voor een therapie-ontwerp.

De stap voor stap methode

- Eerste stap – luisteren (reeds besproken).
- Tweede stap – het lichamenlijk onderzoek.
- Derde stap – geruststellen.
- Vierde stap – geven van gerichte voorlichting.
- Vijfde stap – de specifieke anamnese.
- Zesde stap – gedragsvoorschriften.

Het lichamenlijk onderzoek

Doel van het lichamenlijk onderzoek is na te gaan of er ziekten of gebreken zijn die het seksueel functioneren kunnen bemoeilijken; bovendien wordt onderzocht of de patiënt mogelijkheden heeft die hij of zij niet voldoende benut. Daarom doe ik een algemeen lichamenlijk onderzoek en een specifiek seksuologisch onderzoek. In het boek „Helpen bij seksuele moeilijkheden” hebben de collegae Gerda van Dijk en Zeeger de Jong een goed overzicht gegeven van het lichamenlijk onderzoek bij seksuele problemen. Voordat het seksuologisch deel van het onderzoek begint, moet er een vertrouwelijke sfeer zijn. Het komt voor dat ik dit deel van het onderzoek naar een later tijdstip verschuif. Bij vaginisme kan men door te direct handelen meer schade berokkenen dan hulp verlenen.

Geruststellen

Als er bij het lichamenlijk onderzoek geen afwijkingen of ziekten gevonden worden kan ik de patiënt vaak geruststellen. Als er wel iets gevonden wordt, deel ik dit aan de patiënt mee en ga met hem of haar na wat de consequenties voor hem of haar zijn. Geruststellen betekent niet de klacht van de patiënt niet serieus nemen: „Mevrouw, ik zou nog maar eens een jaartje wachten en als het dan nog niet over is komt u maar eens terug”. Bij vaginisme is deze benadering een kunstfout.

Wanneer de onrust of de angst voortkomt uit feitelijke onwetendheid, dan kan effectieve voorlichting het meest aangewezen zijn. Vaak vraagt de patiënt de arts een oordeel uit te spreken over de wijze waarop hij zijn seksualiteit beleeft. Het kan een verzoek om goedkeuring zijn indien de norm, zoals die door de patiënt wordt ervaren, afwijkt van de bestaande maatschappelijke norm. De vraag om hulp kan ook ingegeven zijn door een behoefte aan straf of afkeuring. („Ik weet wel dat ik iets doe dat niet hoort, maar ik kan het niet laten”) Geruststellen kan op verschillende wijzen gebeuren. Het meest centraal hierbij staat het type relatie dat de hulpverlener met zijn cliënt aangaat. Er zijn vier relatietypen te onderscheiden:

De relatie, gebaseerd op autoriteit. Soms kan de autoriteit van de arts de patiënt geruststellen. De arts zal voor zichzelf

moeten bepalen hoe hij deze autoriteit gebruikt.

De relatie, gebaseerd op „toestemming geven met argumenten”. De arts kan ook toestemming geven tot een bepaald seksueel gedrag, maar nu met argumenten. De boodschap van de arts is dan: „U hebt een probleem. Een van de redenen dat u dat probleem hebt, is dat u denkt dat u de enige bent die op deze wijze zijn seksualiteit beleeft. Op grond van onderzoek en eigen ervaring weet ik dat er zo en zoveel mensen zijn die hun seksualiteit op dezelfde manier beleven”.

De relatie gebaseerd op „Samen op zoek gaan”. Soms is het nodig dat wij als artsen onze gezagsargumenten ter discussie stellen: „U komt mij toestemming vragen. Wat weerhoudt u ervan uw seksualiteit vrijer te ervaren; waarom staat u zichzelf niet toe de dingen te beleven die u fijn vindt?” Vaak volgen daarna vragen als: „Wat bent u met uw partner aan het doen; Ik geloof niet dat ik u werkelijk help als ik u toestemming geef; wat denkt uzelf dat normaal of abnormaal is; welke betekenis wilt u aan uw beleving van de seksualiteit geven?”

De relatie, gebaseerd op solidariteit. Sommige mensen kunnen beter op een alternatieve manier worden geholpen. Zij vinden hulp in praatgroepen die al of niet onder leiding soortgelijke problemen als de patiënt heeft samen bespreken. De boodschap van de arts is hier: „Zolang ik in de hulpverlenersrol blijf zitten heb ik het gevoel je niet te kunnen helpen. Bij die rol denk ik vooral aan bepaalde gezags- en machtsverhoudingen die tussen ons in staan. Jij en ik hebben dezelfde problemen. Zij vloeien direct voort uit de maatschappij waarin wij leven. Bijvoorbeeld de mannen- en vrouwenrollen die ons door die maatschappij worden opgedrongen. Wij kunnen beter in onderlinge solidariteit trachten ons bewust te worden van onze maatschappelijke en historische bepaaldheid. Misschien kunnen wij vanuit deze lotsverbondenheid komen tot een nieuwe vorm van intimiteit.”

Meestal zal de arts niet de voorkeur geven aan dit type relatie met zijn patiënt. Een verwijzing naar alternatieve groepen, waarvan de preorgastische vrouwengroepen een goed voorbeeld zijn, is dan op zijn plaats.

Gerichte voorlichting

Bij mensen met seksuele problemen is het aanraden van een boek of een folder meestal onvoldoende. Bij het geven van gerichte voorlichting volg ik de volgende weg: – Ik laat de patiënt eerst vertellen wat hij of zij al weet. Als het paar samen komt laat ik het hen aan elkaar vertellen. Daarbij let

ik speciaal op de manier waarop zij samen over sex kunnen praten.

- Ik presenteer dan het probleem waarmee zij oorspronkelijk bij mij kwamen.
- Dan geef ik de noodzakelijke informatie.
- Ik vraag de patiënt in eigen woorden te vertellen wat ik heb gezegd. Zonodig geef ik nog aanvullingen.
- Daarna vraag ik of de patiënt zelf zijn problemen kan oplossen met de kennis die hij nu heeft.
- Ik stel hun dan voor de nieuw verworven kennis thuis in de praktijk te gaan brengen. Zij komen een paar weken later terug om te vertellen hoe het gegaan is. Soms blijkt dan dat er nog problemen zijn. Wij moeten dan samen de volgende stap nemen.

De specifieke anamnese

We hebben nu te maken met veel ingewikkelder problemen. Misschien is er wel niet op de eerste plaats een seksueel probleem. Wellicht liggen er ernstige relatiestoornissen aan ten grondslag? In de specifieke anamnese, die dan noodzakelijk is, staan drie vragen centraal:

- Is het werken aan de seksuele problematiek de geschiktste invalshoek?
- Wil dit paar nog wat met elkaar?
- Stel dat zij met elkaar verder willen, wat weerhoudt hen er dan van bevredigend met elkaar te vrijen?

Veel huisartsen zullen in deze fase niet veel verder komen dan het traceren van de ernst van de problematiek. De patiënten zal hij verwijzen naar meer gespecialiseerde hulpverleners. Soms kan een huisarts zelf nog wel wat verder komen als hij consultatie pleegt, dat wil zeggen dat hij het probleem van de mensen aan een deskundige voorlegt. Deze helpt hem bij het zoeken naar de manier waarop hij het beste met de patiënt kan omgaan. Consultatie is in principe iets anders dan consult vragen. Bij consultatie ziet de consultatiegever de patiënt zelf meestal niet. Bij een consult ziet de specialist de patiënt wel. In de meeste gevallen neemt de specialist de behandeling over.

Gedragsvoorschriften

Als de problemen niet al te moeilijk zijn, geef ik de patiënten samen met mijn vrouw gedragsvoorschriften. Wij maken daarbij gebruik van methoden, die lijken op die van Masters en Johnson. Vooral initiële coïtusmoeilijkheden, vaginisme en dyspareunie laten zich vaak thuis door de huisarts goed behandelen. In ons boek „Helpen bij seksuele moeilijkheden” hebben wij een paar voorbeelden daarvan gegeven. Vooral de paragraaf over dyspareunie is vrijwel volledig. Het zijn eerste pogingen om wat meer structuur in ons werk aan te brengen.

INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

Huisartsen willen anders zijn

Een van de kenmerken van professionalisering is steeds verdergaande specialisatie*; althans dat zie ik in de meeste beroepen waarmee ik de mijne (psycholoog) vergelijk. Ik zie het – om dicht bij huis te blijven – bij artsen (behalve huisartsen), psychologen, psychotherapeuten en maatschappelijk werkers. In de ontwikkeling van het huisartsberoep zie ik een tegenovergestelde tendens; steeds meer taken behoren zij te doen en dat geldt ook voor huisartsen in samenwerkingsverbanden.

Ik begreep deze ontwikkeling eerst helemaal niet, maar had intussen wel venijnige verklaringen als: Het zijn allemaal „Strebers”, geldjagers of baasjes; verklaringen die natuurlijk meer over mij zeggen dan over het professionaliseringsproces van de huisarts. Ik begon er iets meer van te begrijpen toen ik een artikel van A. de Swaan in De Gids (jrg 140, no 4/5, 1977) las over het professionaliseringsproces van psychoanalytici. Op aantrekkelijke wijze wordt uitgelegd welke veranderingen in regels, afspraken, normen, gebruiken, er optraden met betrekking tot de psychoanalytische setting, in het licht van de concurrentiepositie van psychoanalytici met andere (medische) beroepen. Onder het lezen van dat stuk dwaalden mijn gedachten steeds af naar vergelijkbare concurrentiestrategieën in het kader van een professionaliseringstendens van andere, voor mij interessante, beroepen. Voor psychologen is „wetenschappelijkheid” – wat dat dan ook in verschillende perioden moge hebben betekend – één van de concurrentiestrategieën; die wetenschappelijkheid krijgt nu een beetje andere kleur met het toenemen van het aantal psychotherapeuten onder psychologen, maar ook zij doen – wat je noemt –

*Daarnaast de kenmerken gestandaardiseerde inhoud en uniforme opleiding, beroepscode en beroepsethiek, wettelijke bescherming van de beroepsnaam en beroepsuitoefening.

wetenschappelijk verantwoorde psychotherapie.

Maar hoe zit dat nu bij huisartsen? Op wetenschappelijkheid (controleerbaarheid) hebben zij nooit duidelijk gemikt; op specialistisch-somatische kennis, die alleen zij hebben, evenmin. Maar ook zij moeten toch een wapen hebben in de strijd om een boterham met tevredenheid (uitdrukking van De Swaan). Vroeger waren zij misschien niet zulke duidelijke concurrenten omdat er niet te concurreren viel. Als de dokter maar geliefd was, kreeg hij wel genoeg patiënten (charismatische functie in de samenleving, leunstok voor angstigen en zieken). Tegenwoordig leeft dat meer onder de ouderen onder de huisartsen; jongeren hanteren nu als concurrentiestrategie eerder de „peilers van de huisartsgeneeskunde”, zoals integrale zorg, gezinsbenadering, continue relatie, lage drempel. Nog moderner is samenwerken als concurrentiestrategie te hanteren; echter is daarover onder beroepsgenoten de strijd intern nog niet gestreden. Deze „menselijkheid” is handelswaar. En net als bij voor mij vergelijkbare beroepen zoals medisch-specialist, psycholoog, worden deze peilers meer en meer „wetenschappelijk beargumenteerd”, dat wil zeggen de integrale geneeskunde evolueert van ideologie naar (des-)kundigheid, om een voorbeeld te noemen. Ik snap eigenlijk niet goed waarom een peiler als integrale zorg niet even goed

een professionaliseringsstrategie van medische specialisten is. Ook zij werken met mensen die zich machteloos voelen, bang zijn. Misschien hoeven zij deze niet te hanteren omdat zij al een machtige concurrentiestrategie hebben. En willen en weten de klanten het eigenlijk wel, dat typische onderscheid tussen huisartsen en specialisten? Of is de klant gewend geraakt aan de verschillende professionaliseringsstrategieën van de huisarts versus de specialist?

Onder psychologen is gebruikelijk dat je *gespecialiseerd* bent in *wetenschappelijk gesteunde* theorieën of technieken. Als psycholoog je werk integrale zorg noemen, is vanuit concurrentie-oogpunt hoogst onvoordelig. Dat is één van de redenen waarom ik maar niet kon begrijpen wat dat begrip precies inhoudt. Het is me ook een beetje duidelijker waarom Polak in z'n inaugurale rede 't niet eens wilde zijn met Trimbos (Polak zegt volgens mij zoiets als integrale zorg is niet te vervangen door coördinatie, hetgeen Trimbos voorstelt). Een heel fundamentele strategie in de strijd om de boterham wordt aangestast door Trimbos (een specialist).

De zelfstandige praktijkvoering als voorwaarde voor een goede, typische huisartszorg wordt meer en meer losgelaten als professionaliseringsstrategie; nu komen gelukkig steeds meer vakmatige, inhoudelijke argumenten naar voren. Ook in samenwerkingsverbanden houdt de concurrentie niet op: staat de huisarts daar voor integratie of coördinatie?

De hier gehanteerde concurrentie-optiek is volgens mij verhelderend omdat de professionaliseringsstrategie van huisartsen zo afsteekt bij die van verwante groepen als medisch-specialisten, psychologen, psychotherapeuten; deze categorieën hebben een erg op elkaar gelijkende professionaliseringsstrategie, in de zin van wetenschappelijk ondersteunde, gespecialiseerde vakkundigheid. Dat maakt huisartsen best zwak: niet omdat die anderen zoveel meer gelijk hebben, maar omdat zij meer eensgezind zijn in hun professionaliseringsstrategieën. Huisartsen pretenderen wel vakkundigheid, géén gespecialiseerde vakkundigheid en géén wetenschappelijk ondersteunde vakkundigheid. Dat maakt huisartsen voor ons (met onze andersoortige professionaliseringsstrategie) een moeilijke gesprekspartner.

Tom Postma

Annon, J. S. The behavioural treatment of sexual problems, vol. I brief therapy, vol. II intensive therapy. Kapioniani Health Services, Honolulu, 1974.
Gelfland, B. Opkomende trends in de sociale benadering. Hulpverleners en

veranderen, handboek voor psychisch gezondheids- en welzijnswerk. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1972.
Kaplan, H. S. The illustrated manual of sex therapy. Souvenir Press, London, 1976.

Moors, J. P. C. en anderen. Geboorteregeling in de praktijk. Excerpta Medica/N. H. G., Amsterdam, 1974.
Moors, J. P. C. en anderen. Helpen bij seksuele moeilijkheden. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977.