

# Huisarts: een teleurstellend beroep\*

JOOP STAM\*\*

Nieuwe ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde als methodisch werken en preventie van somatische fixatie, maken de arts-patiënt relatie er niet gemakkelijker op: er komen teleurstellingen aan beide kanten. Het is belangrijk hiermee rekening te houden, omdat men anders de kans loopt in de dagelijkse praktijk met nieuwe ideeën en al de mist in te gaan.

Ik wil mijn voordracht beperken tot één aspect van de arts-patiënt relatie, namelijk dat de huisarts zich daarin alleen voelt staan, en dat door eigen toedoen. Wat er geschreven wordt over de huisarts-patiënt relatie lijkt steeds meer op een boek dat als een feuilleton uitgebracht wordt. De bijdragen van Balint en van Lidth de Jeude staan in de eerste afleveringen. Tot de meeste recente behoren een aflevering uit Nijmegen, *Huisarts en somatische fixatie*, en het *Methodisch werken*, dat door een aantal auteurs, maar vooral ook uit de Vrije Universiteit is geïnspireerd. Onmiskenbaar dragen deze laatste publikaties het stempel van een gedragswetenschappelijke visie op mensen en hun ziekten: mensen die zich ziek voelen, en hulpverleners die zich geroepen voelen daaraan iets te doen.

Het is de integrale benadering van de patiënt met vermindering van medicalisering. Het gaat om de patiënt die zich ziek of bedreigd voelt, een patiënt met zijn eigen voorgeschiedenis en zijn eigen sociale omstandigheden. Zij of hij gaat naar de dokter, die zich al of niet lekker voelt, al of niet gehaast is, mogelijk die dag meer geïnteresseerd is in andere zaken dan in het welzijn van de patiënt. Een dokter die een eigen visie heeft op ziekte, gezondheid en menselijke problemen, zoals ook de patiënt die voor zich heeft. Dit contact is vaak niet te voorspellen in zijn beloop. De inhoud en de stemming kunnen anders zijn dan patiënt of arts of beiden zich hadden voorgesteld, en dat een aantal malen per

dag, op een gebied waar gekkigheid van mensen vaak een achtergrond is voor de komst op ons spreekuur. Kortom, routine is er nauwelijks bij. Persoonlijk vind ik dat ook een van de leukste kanten van mijn werk.

De huisarts is de laatste tien, vijftien jaar erg met zichzelf bezig geweest, ook al werd er hoofdzakelijk over de patiënt gesproken, en wat goed voor hem is. Ook nu nog proef ik in de discussies hierover dezelfde tendens. Vooral vanuit de universitaire huisartseninstituten wordt het werk van de tweede lijn flink onder vuur genomen. Ik ben het daar wel mee eens, maar er is ook nog een andere kant.

Jarenlang zijn door de medische stand (inclusief de huisarts) de Zegeningen van de Geneeskunde benadrukt. Er is een geweldige toename in de medisch-technische consumptie. De meeste patiënten zijn tot dit geloof bekeerd. Sinds kort zijn er een paar huisartsen die zich tot een ander geloof bekeerd hebben, een geloof zoals dit verwoord is in de eerder genoemde universitaire publikaties. De patiënt moet er nog wel even aan wennen. Dit andere geloof wordt, net zoals het vorige, onderbouwd met „dat het gaat om bestwil van de patiënt”. Er is echter ook een andere kant en die is dat het nieuwe geloof de huisarts weer een basis-filosofie moet geven voor eigen zinvol werk, een alternatief voor de dreiging om als huisarts een restfunctie te moeten gaan vervullen in een gespecialiseerde medische wereld. De nieuwe idealen zijn dus niet alleen altruïstisch, zij staan mede in het teken van de professionalisering van het beroep, en dat mag ook wel gezegd worden.

De patiënt moet er nog wel even aan wennen. Wat merkt deze patiënt? Hé, de dokter zoekt achter mijn vraag nog iets anders. Ik dacht dat ik duidelijk was. Hij vraagt: wat voel je precies in je lichaam, wat denk je er zelf van. Ik dacht dat de dokter dat wel wist. Alsof ik dat allemaal zo goed weet, en ik kan me toch ook vergissen. Ik ben zelf verantwoordelijk voor mijn klachten, hoor ik hem nu zeggen. Dat is gemakkelijk gezegd. Hij vraagt naar persoonlijke en intieme dingen. Maar heeft de dokter daarvoor wel de tijd? Ik durf die dingen nauwelijks tegen mijn man te vertellen. De dokter doet net alsof hij je vriend is. Deze dokter zegt dat hij niet weet wat er aan de hand is. Wat moet ik nu thuis zeggen en op mijn werk, daar zijn ze ook nieuwsgierig naar wat ik heb. Wat moet ik nu tegen de controle-dokter zeggen, die vroeg de vorige keer ook al wat ik precies had.

Er komt een patiënt op Uw spreekuur. Hij klaagt over zijn maag. Na verloop van enige tijd wordt duidelijk dat de patiënt een maagfoto wil. De dokter vindt dit in de gegeven situatie een weinig zinvolle actie en legt dat uit. Hij probeert de patiënt over te halen meer te vertellen over zijn omstandigheden; de patiënt houdt echter vol. De kans is groot dat na afloop beiden zich geïrriteerd voelen, de patiënt omdat het hem zoveel moeite kostte een verwijzing voor een foto te krijgen, de dokter omdat zijn spreekuur nog verder uitgelopen is en hij niet bereikt heeft wat hij wilde. De relatie tussen hem en de patiënt is iets moeilijker komen te liggen. Deze dokter heeft goede ideeën, mogelijk geïnspireerd door wat de eerder genoemde universitaire instituten hebben gepubliceerd. Deze publikaties staan stijf van deze goede ideeën. In Nijmegen denken ze voor mijn gevoel door-dacht en wetenschappelijk, maar wat koud en streng. Soms is voor een bepaalde ziekte een röntgenfoto te veel van het goede, soms voor een andere aandoening te weinig en er ergens tussenin ligt een gebied waarvoor zij het predikaat „juist” geven. Terug naar de schoolbanken. De huisarts wordt geadviseerd zo nodig negatieve gevoelens ten aanzien van zijn patiënt naar voren te brengen, maar, schrijven ze verder: „voor velen past dit beeld niet in het beeld van de goede huisarts, een immer begrijpende en zichzelf volledig uitschakelende huisarts”. Zo'n opvatting, schrijven ze verder, „is uiteraard niet realistisch”, alsof daarmee de kous af is. Voor mij begint het dan pas en ik heb nog wel een paar onrealistische opvat-

\* Voordracht gehouden tijdens het NHG-jubileumcongres, 27 november 1981.

\*\* Huisarts te Amsterdam, medewerker Universiteit van Amsterdam

tingen. Aan de grondslag met het methodisch werken uit de Vrije Universiteit ligt de vooronderstelling dat er tussen patiënt en hulpverlener een grote harmonie bestaat, dat de patiënt en de dokter rationele wezens zijn – en dat zo ook hun relatie gekenmerkt moet worden –, die hand in hand door verbale activiteit tot de waarheid zullen door-dringen.

Vanwaar deze lichte ironie. Ik word zenuwachtig van zoveel goede ideeën, want wat betekent het werk van de nieuwe huisarts, waartoe ik me erg aangetrokken voel, emotioneel voor mij? Als je werkt met de nieuwe ideeën, wordt het huisartsenberoep een teleurstellend beroep. Ik bedoel hiermee dat we de patiënt vaak moeten teleurstellen. We weten dat dit geldt wanneer we het slechte nieuws moeten overbrengen over een fatale ziekte; een moeilijk werk, dat gelukkig niet zo vaak voorkomt. Maar dit gaat nu ook gelden voor de veel frequenter voorkomende vage klachten. Dit teleurstellen is voor mij als dokter vervelend om te doen, en voor de patiënt vervelend om te horen. De hoop van de patiënt op snelle genezing door een pilletje, of oplossing van de problemen onder het motto de dokter weet het wel, wordt de bodem ingeslagen, ook al gebeurt dit op tactische wijze. De patiënt is teleurgesteld en dit is op zijn beurt weer teleurstellend voor de dokter. Hij heeft als mens ook liever een prettig contact. Men kan de teleurstelling van de patiënt ook zien als een logisch gevolg van het slechte nieuws (de bringer van het slechte nieuws wordt zelden neutraal bejegend). Ook kan men de teleurstelling zien als gevolg van de verwarrende relatie anno 1981 tussen de nieuwe huisarts en de onzekere patiënt die nog moet wennen aan die huisarts.

De huisarts brengt aldus zijn patiënt in een impasse – het wordt de arts niet in dank afgenomen. De gevolgen krijgt de huisarts te zien en soms te horen. De patiënt heeft een pakketje met klachten op het bureau van de dokter gelegd, de dokter schuift het echter terug naar de patiënt. Dit is voor u, zei de patiënt nog. Dat is niet zo, antwoordt de dokter. Waarom is dit zo'n moeilijke situatie? De patiënt, en ook meestal de dokter, vindt het vak van arts een helpend beroep, maar deze keer is het een teleurstellend beroep.

Een andere moeilijkheid is dat, zoals een Nijmeegs onderzoek heeft aangetoond, vooral die mensen vaak met vage klachten op ons spreekuur komen, die in hun eigen gezin en daarbuiten moei-

lijk met conflicten kunnen omgaan. Verschil van mening geeft hen vaak pijn. Creatieve oplossingen na afloop van conflicten zijn hen weinig of niet bekend. Het is dan ook voor de hand liggend dat een verschil van mening met de dokter juist voor deze patiënten pijnlijk is en sterke teleurstellingen tot gevolg kan hebben, maar daar sta je wel voor als huisarts, denk ik.

Je vraagt je soms wel af: waarom doe ik dit eigenlijk? Je voelt je alleen staan, in de kou. Dit is een vervelende, maar logische consequentie van ons werk.

Is hier het consult afgelopen? Ik denk van niet. Het is nog geen tijd voor afscheidsrituelen waaraan de huisartspraktijk vanwege de druk van de vele contacten zo rijk is. Het is namelijk een goede zaak om te blijven zitten en de patiënt gelegenheid te geven zijn twijfel en teleurstelling tot uitdrukking te brengen.

De patiënt kan in de aanval gaan, de competentie van de dokter bestrijden, zeggen dat hij zich niet begrepen voelt en „tegenwoordig wordt alles op zenuwen gegooid”. Deze reacties zijn een logisch gevolg van de teleurstellende activiteit van de dokter.

Wanneer de negatieve gevoelens op de huisarts gericht worden, zou men dit projectie of overdracht kunnen noemen, als men echter met deze termen ook de interactie-aspecten tussen arts en patiënt insluit. Met andere woorden, de patiënt kan met stille of openlijke verwijten in bepaalde opzichten gelijk hebben. De huisarts zal voor dit aspect open moeten staan en toegeven of bevestigen wat zijn aandeel of manco is, ook al weet de huisarts dat de felheid van verwijten in zijn richting gelegen is in de teleurstelling van de patiënt.

Daar waar de teleurstelling plaatsvindt, behoort mijns inziens ook de eerste hulp van de botsing tussen patiënt en huisarts plaats te vinden. Als dat niet het geval is – en het contact afgebroken wordt –, is de kans groter dat de patiënt die nu de spreekkamer van de dokter verlaat, alleen maar wonden blijft likken; een mengsel van krenking en zelfmedelijden. Nu is het mijns inziens belangrijk dat de huisarts de patiënt steunt, steun die de patiënt hard nodig heeft op dit moment. De moeite en inspanning van de patiënt worden gesteund. Bevestigd wordt dat hij zich niet aanstelt en dat het logisch is dat hij moeilijk zit. In dit of een volgend gesprek kan besloten worden het voorlopig aan te zien of, als de patiënt hiervoor voelt, te spreken over een verwijzing naar maatschappelijk werk, een psycholoog of andere tweede-

lijns instelling op dit gebied. In deze fase en niet eerder omdat, als de patiënt het somatische centraal stelt, een dergelijke verwijzing gedoemd is te mislukken; niet later, omdat de huisarts geen psychotherapie doet tenzij hij voor zijn eigen problemen de patiënt nodig heeft (meestal lijkt dit me niet zo'n goed motief).

Werken op bovengenoemde manier lukt de huisarts alleen als hij het zelf goed maakt, niet al te gehaast is of zelf niet gespannen is, maar dat ben je niet altijd; kortom een nogal kwetsbare aanpak.

Er zijn huisartsen die een ander geloof hebben dan ik, de groep die heel dicht bij de patiënt staat, die gelooft dat wat de patiënt wil de juiste leidraad is voor de richting van de hulpverlener. Deze houding is waarschijnlijk een reactie op tijden dat de arts de onbetwiste medische autoriteit was. Deze houding is aantrekkelijk, maar ik geloof hier niet in. Waarom niet?

Een veel voorkomend voorbeeld: een patiënt met angst voor een bepaalde ziekte. De dokter onderzoekt hem en kan geen ratio vinden voor de angst. Wat zal de huisarts doen? Wat kan hij doen? Voor een deel zal het afhangen hoe je als arts in zo'n geval tegen angst aankijkt. Moet in zo'n geval alle angst worden weggenomen door medische deskundigen en hun apparaten? Gezien de geweldige stijging van medisch-technisch onderzoek in de afgelopen decennia, lijkt het dat vele artsen zo denken. Zelf denk ik dat je in zo'n geval de patiënt juist angstiger maakt door al dat technische onderzoek. Als je angst hebt als patiënt, dan wordt dat gevolgd door een medisch-technische bezwering. Angst hoor je niet te hebben, hoort niet meer bij mij, bij het leven; je verleert om angst te verdragen.

Medisch-technische bezweringen zijn korte-termijn-hulp, waar je de patiënt volgens mij niet echt mee helpt; de patiënt is hierbij niet gebaat. Je ontnemt de patiënt bij een medisch-technische geruststelling de keerzijde van de medaille. Als angst verdwijnt en de patiënt zich opgelucht voelt, is er vooral dan voldoening als hij dat (zonder bijvoorbeeld röntgenapparaten en specialisten) op eigen kracht heeft kunnen bewerkstelligen; dan heeft hij ervan geleerd. Die opluchting is zijn deel – zijn werkzaamheid.

De houding van „heel dicht bij de patiënt” zal in dit geval meestal betekenen meegaan met de wens van de patiënt om medisch-technische bezweringen. Röntgenapparatuur en specialisten zul-

len in dit geval het slechte nieuws over de vage klacht en de daarbij behorende teleurstelling moeten overbrengen; de huisarts blijft buiten schot. Deze mee-gaande houding lijkt democratisch en anti-autoritair. In zijn uitwerking werkt het de medicalisering en de betutteling in de hand, de dokter wordt er ook machtiger door. De dokter kan beter de moed hebben om op tactische wijze na te gaan wat de relatie aan confrontatie kan verdragen, met andere woorden het niet eens te zijn met zijn patiënt en toch naast hem blijven staan.

Kortom, wat ik wil zeggen, vermindering van de medicalisering is een wens van de zich professionaliserende huisarts. De patiënt heeft er niet om gevraagd. Het maakt de patiënt aanvankelijk onzeker. De dokter krijgt de teleurstelling van de patiënt te slikken die een logisch gevolg is van het handelen van de dokter. Deze manier van werken gaat hem tijd kosten en soms ook patiënten. Als je als huisarts sterk aan klantenbinding wilt doen, wat in deze tijd van toenemende concurrentie nog invoelbaar is ook, kun je het beter laten.

Als je zo werkt, komen er nogal wat negatieve – en positieve – gevoelens, maar juist deze combinatie van gevoelens is een kenmerk van wezenlijke contacten tussen mensen. Dat is buiten de spreekkamer maar ook in de spreekkamer het geval.

In de eerder genoemde publikaties worden vele ideeën voor de nieuwe huisarts naar voren gebracht. Ideeën waarvan bij de uitwerking het huisartsenberoep tamelijk vaak geen helpend maar een teleurstellend beroep wordt. Een teleurstelling die de schrijvers van de nieuwe leer de lezende huisarts hadden willen besparen. Echte huisartsen, zoals U merkt, die schrijvers. Om onze huisartsenidentiteit te hervinden zijn nieuwe ideeën noodzakelijk. Hoe deze ideeën echter in de praktijk zullen uitwerken, en welke reacties en emoties deze ideeën bij de patiënt en huisartsen zullen oproepen, daar moet ook aandacht aan besteed worden, omdat anders de kans groot is dat deze nieuwe ideeën onder het mom van té theoretisch worden weggewimpeld door praktiserende huisartsen. En hier stond ik even bij stil.

## Literatuurinformatie

Verwijzingen, ontleend aan Index Medicus

### FAMILY THERAPY

Psychosomatic group therapy with parents of children with intractable asthma. XIII: The Goldney Family. Part III. Abramson HA, et al. *J Asthma Res* 1980 Apr;17(3):123-47

Psychosomatic families and the general practitioner. Levenstein S. *S Afr Med J* 1981 Feb 28;59(9):289-91

### HEALTH

Inner London general practice - is there a solution? Morrell D. *Br Med J [Clin Res]* 1981 Jan 10;282(6258):162-3

[Higher rural mortality or lower urban mortality in France? (author's transl)] Bouvier-Colle MH, et al. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1980 Apr 30;28(1):47-57

Alternatives to cost benefit analysis in regulatory decisions. Ashford NA. *Ann NY Acad Sci* 1981;363:129-37

The use of cost-benefit analysis in regulatory decision making is proving harmful to public health. Baram MS. *Ann NY Acad Sci* 1981. 363:123-8

Inequalities in health [editorial] Pemberton J. *Community Med* 1981 May;3(2):95-7

Economic indicators as predictors of ill-health [letter] Brenner MH. *Lancet* 1981 Aug 1;2(8240):262

Health risk appraisal - United States. *MMWR* 1981 Mar 27; 30(11):133-5

An approach to measuring and valuing health states. Sintonen H. *Soc Sci Med [Med Econ]* 1981 Jun;15(2):55-65

### HEALTH EDUCATION

Reflections on the medical model and the objectives of health education. Van Parijs L. *Int J Health Educ* 1980 Oct-Dec;23(4):205-15

Smoking cessation: a new approach through secondary prevention strategies in the Federal Republic of Germany. Welsch G. *Int J Health Educ* 1980 Oct-Dec;23(4):216-26

From the NIH: Survey finds US women knowledgeable about breast cancer. *JAMA* 1981 Mar 6;245(9):918

Local endeavour in health education. Thomson W. *Public Health* 1980 Nov;94(6):379-81

[Health education of adolescents against tobacco, alcohol and drug consumption. The Rapperswil Study (author's transl)] Biener K, et al. *MMW* 1980 Nov 21;122(47):1695-8

[Internship 'health education' - a new form of instruction in the field of social hygiene] Tautz W, et al. *Z Gesamte Hyg* 1980;26(11):844-6

Evaluation: obstacles and potentialities. Baric L. *Int J Health Educ* 1980;23(3):142-9

Health education as an element of US policy. Ogden HG. *Int J Health Educ* 1980;23(3):150-5

[The physician and health education] Kissel D. *MMW* 1981 Feb 13/123(7):61. 64-6 (Ger)

[Health education. A task for the settled physician] Weiershäuser P. *ZFA (Stuttgart)* 1980 Aug 20;56(23):1454-5

Making school health education effective [editorial] Rogers KD. *Am J Public Health* 1981 Jan;71(1):5-6

New perspectives on child abuse/neglect community education. Grazio TF. *Child Welfare* 1981 May;60(5):343-53

Health knowledge and community prevention of coronary heart disease. Puska P, et al. *Int J Health Educ* 1981;24(2 Suppl):1-11

### HEALTH FACILITIES

High blood pressure diagnosis and treatment: consensus recommendations vs actual practice. Thomson GE, et al. *Am J Public Health* 1981 Apr;71(4):413-6

Why not discard the desk? Short PW. *J R Coll Gen Pract* 1980 Nov;30(220):687

### HEALTH RESOURCES

Ethics of the distribution of health care. Nichols AW. *J Fam Pract* 1981 Mar;12(3):533-8

Who shall die? *J Med Ethics* 1980 Dec;6(4):171-2

Analysis of relationships between the availability of resources and the use of health services in Finland, a cross-sectional study. Kekki P. *Med Care* 1980 Dec;18(12):1228-40

Protecting and improving the health of the public. Warren MD. *J R Soc Med* 1981 Jan;74(1):4-7

Some possible effects of patient noncompliance [letter] Cowen ME, et al. *JAMA* 1981 Mar 20;245(11):1121

### HEALTH SERVICES RESEARCH

[Structure of an urban medical practice. An epidemiological and statistical analysis] Dannenberg. H. *ZFA (Stuttgart)* 1980 Apr 30;56(12):850-7

Law-medicine notes: Acupuncture, the practice of medicine, and the right to demand medical services. Curran WJ. *N Engl J Med* 1981 Aug 20;305(8):439-40

From sickness to health: an altered focus for health-care research. Brown VA. *Soc Sci Med [a]* 1981 May;15A(3):195-201

Potentials of local health surveys: a state-of-the-art summary. Aday LA, et al. *Am J Public Health* 1981 Aug;71(8):835-40

### HEALTH SURVEYS

Characteristics of visits to female and male physicians. The national ambulatory medical care survey United States, 1977. *Vital Health Stat [13]* 1980;13(49):1-107

Causes and consequences of health self-report variations among older people. Graney MJ, et al. *Int J Aging Hum Dev* 1981;12(4):291-300

Recent status of detection, treatment, and control of hypertension in the community. Wassertheil-Smoller S, et al. *J Community Health* 1979 Winter;5(2):82-93

The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. Hunt SM, et al. *Soc Sci Med [a]* 1981 May;15A(3):221-9

An approach to measuring and valuing health states. Sintonen H. *Soc Sci Med [Med Econ]* 1981 Jun;15(2):55-65

### MASS SCREENING

Cancer of the cervix and screening [letter] Adelman AM, et al. *Br Med J [Clin Res]* 1981 Feb 14;282(6263):564

New perspectives on glaucoma screening. Campos-Outcalt D, et al. *J Fam Pract* 1981 Mar;12(3):451-7