

Men vindt het verhaal maar bizar. Gevraagd wordt waarom dokter N een probleem heeft over dit contact. Voelt hij zich niet bedreigd? Is de dokter gefrustreerd door het gedrag van het paar? Hij is niet tegemoet gekomen aan hun wensen een onderzoek te verrichten en pepillen te verstrekken, en hij heeft ze niet kunnen overtuigen dat het beter is even af te wachten. Dat het consult niet op een bevredigende manier is afgesloten, vindt hij ook niet acceptabel. Hij vindt de man zielig en wil hem vrijwaren voor een eventuele misstap.

Vervolgens wordt ingegaan op de persoon van dokter N. Waarom wil hij de man vrijwaren voor ongeluk? Waarom denkt hij dat deze man misbruikt zal worden? Komt de twijfel over de situatie niet uit hem zelf voort...?

Men is het erover eens dat N's voorstel om af te wachten juist is. Wel rijst de vraag of de man niet lichamelijk onderzocht had moeten worden. De mogelijkheid dat de man bang was voor een lichamelijke aan-doening wordt echter in de discussie niet geopperd. Dokter N zegt dat hij lichamelijk onderzoek achterwege liet omdat de vraag van het paar hem had overvallen.

Ook hier komt de persoon van dokter N aan de orde. Waarom overvalt een dergelijke vraag hem? Hij heeft van dit vrij korte contact een raar gevoel overgehouden. Waarom?

Uitgebreid wordt gesproken over de vraag of de dokter de man nu wel of niet op eigen initiatief moet benaderen. Sommige groepsleden vinden dat een huisarts dit niet moet doen: de man heeft voor deze situatie gekozen en van de ervaring zal hij wel leren. Anderen daarentegen merken op dat impotentie een ernstige klacht is en dat daaraan wat gedaan moet worden. Zij vinden dat dokter N wel contact zou moeten opnemen. Men twijfelt. Dat komt ook doordat er over de man vrijwel niets bekend is; hij heeft de dokter voorheen immers nooit bezocht.

Dokter N zegt dat de subjectieve wens om iets te doen een rol speelt. Die wens komt voort uit hemzelf en is niet het gevolg van de vraag van de patiënt. Hij kan niet nader aangeven waarin het probleem is gelegen, maar hij wil er wel over nadenken.

Het wordt hem duidelijk dat zijn vrees kan berusten op iets van hemzelf. Hij trekt zich het lot van de man aan, omdat hij zichzelf door het prikkelende gedrag van de vrouw in een hoek gedreven voelt.

De groepsleden herkennen bij henzelf ook dergelijke gevoelens.

### Commentaar

Dokter N registreert wel een gevoel, maar voor hem is dat gevoel onbegrijpelijk. Aan de ene kant twijfelt hij over de juistheid van de beslissing om niet op het verzoek van het paar in te gaan. Aan de andere kant vraagt hij zich af of hij toch niet iets had moeten doen. Hij werd overdonderd door de situatie en dat heeft hem in verwarring gebracht en daarom is het consult voor zijn gevoel de mist ingegaan.

Een dergelijke gevoelsconstellatie ontstaat wanneer we ons niet voldoende bewust zijn van wat er aan de hand is. Er mocht eens iets zijn. Zoals gezegd: iets waarvan we ons niet bewust zijn.

Iets dergelijk is niet te voorkomen in de huisartspraktijk. Iedere huisarts kan geconfronteerd worden met situaties waarop hij niet of onvoldoende is voorbereid. Uitsstellen is dan, zoals wij al eerder hebben gesteld, op zijn plaats. Een andere mogelijkheid is het verrichten van 'objectiverend' lichamelijk onderzoek; dat heeft ook een beetje een uitstelfunctie.

Dokter N is door zijn schrikreactie ook met de vrouw niet juist omgegaan. Hij had haar kunnen uitleggen dat het in Nederland ongebruikelijk is om pepillen en injecties voor impotentie voor te schrijven. De loop van het consult belette dit evenzeer. De groep heeft echter in de discussie met geen woord gerept over deze mogelijkheid en ook niet over het lichamelijk onderzoek. De groep was, net als dokter N, verbluft door de situatie en had dezelfde twijfel over de vraag hoe het nu verder moest.

De veronderstelling van sommige deelnemers dat de man in een huwelijk 'er wijsheid mee zou opdoen', lijkt onjuist. Dat een huwelijk seksuele problemen oplost, is een achterhaalde opvatting. Seksuele omgang voor het huwelijk is algemeen aanvaard en behoeft dus niet meer door een huwelijk te worden gelegitimeerd. De kern

van het probleem van de arts is, dat hij een verborgen motivatie bespeurt, waar hij geen greep op kan krijgen. De vrouw heeft zo'n haast en dringt erg sterk aan, en dokter N vindt de man zielig. Is er een bedreiging voor een mogelijk verblijfsvergunning als het huwelijk niet door kan gaan? Hier komt dokter N niet uit. Hij vertelt in de groepsbespreking dat hij bij zichzelf wel de achterdocht merkt: 'Je hoort tegenwoordig van die gekke dingen'. Maar hij beseft ook dat dat best gevoelens van hemzelf kunnen zijn: een misplaatst wantrouwen dus.

Het heeft meestal niet veel zin om op dergelijke 'gekke dingen' te reageren met morele verontwaardiging. Een morele reactie ligt wel voor de hand, maar kan gemakkelijk gaan overheersen. Dan wordt het vaak erg moeilijk om de kwestie redelijk te bezien. In het concrete geval zou er dan worden uitgegaan van de veronderstelling dat de man 'eigenlijk' niet wil trouwen. Maar of dat waar is, valt niet eenvoudig na te gaan.

Kortom: dokter N komt er niet uit. In dergelijke gevallen lijkt de oplossing van dokter N de beste: het toepassen van geduld en wachten tot je het beter op een rijtje hebt. Er is ook geen direct gevaar voor het leven, waardoor uitstellen geen bezwaren heeft. Het opbrengen van geduld is dan dikwijls het moeilijkst. We willen nu eenmaal erg graag alles begrijpen, zeker als we er zelf bij betrokken zijn.

Een extra onduidelijkheid ontstaat doordat we te doen hebben met een seksueel probleem tussen een Nederlander en iemand uit Zuid-Amerika. We hebben daarin te maken met twee culturen. Het verkeerd begrijpen, het misverstaan, kan zich daarin gemakkelijk voordoen. In de praktijk moeten we vrijwel altijd oppassen voor de neiging om dergelijke verschillen te verdoezelen. Na een eerste verbazing is het al heel gauw dat we het wél begrijpen. 'Ik ken ze wel die buitenlanders' en daar mag men invullen wat men wil. De werkelijkheid is echter dat mensen die jarenlang geprobeerd hebben om een goed begrip te krijgen van een andere cultuur, ons vertellen hoe zij er in al die jaren vaak nog niet in geslaagd zijn om bepaalde morele opvattingen te begrijpen.

Wat overigens voor groepen van een andere cultuur geldt, geldt – in mindere mate – ook voor groepen binnen de eigen cultuur. Bij onze eigen opgroeiende kinderen kunnen we al constateren dat zij ‘in een andere cultuur’ leven en daarbij kost het ons al veel moeite te accepteren dat zij niet zijn zoals wij. Ook in de omgang met die groepen geldt, dat het dikwijls beter is geduld te oefenen dan te handelen op grond van een te kort schietend begrip van de situatie.

Deze casus illustreert een veel voorkomend probleem: hoe ga je om met onduidelijke, onbegrepen situaties. Zoals uit een epicrise blijkt is dokter N achteraf blij niets te hebben geforceerd. De casus laat tevens zien hoe wij de neiging hebben het belang van culturele verschillen te onderschatten en hoe we geneigd zijn andere opvattingen zoals van de vrouw met wantrouwen te benaderen. Dat levert ons de follow-up.

### Epicrise

Enkele jaren later meldt dokter N dat het echtpaar het goed maakt. Op seksueel en relationeel terrein gaat het hen goed. Zij hebben inmiddels twee kinderen. Hij heeft destijds wel contact opgenomen met de man, omdat hij het consult niet ‘afgerond’ vond. Achteraf is hij blij dat hij zich heeft ingehouden en de man niet te rigoreus op de veronderstelde ‘gevaren’ heeft gewezen.

### Conclusie

Wij hebben te maken met een huisarts die zo zeer geblokkeerd wordt dat hij niet meer in staat is een normale anamnese af te nemen. Dat heeft te maken met de persoon van de arts. In de groepsbespreking wordt soms duidelijk wat dat is, dat iemand zo blokkeert. De groep kan daarbij helpen tot dit inzicht te komen. In het geval van dokter N is dit niet duidelijk geworden. Wel is duidelijk dat de arts er goed aan doet zich te houden aan het ‘gewone’ handwerk in gevallen waarin hij emotioneel in verarring wordt gebracht (in dit geval dus lichamenlijk onderzoek). Mogelijk worden daardoor de emoties wat minder heftig, en ontstaat er enige ruimte voor het stellen van vragen en het geven van uitleg. ■

### Verloskunde 1

**Met instemming hebben wij het uitstekende artikel ‘Verloskunde voor de huisarts: een aflopende zaak?’ van collega Damstra-Wijmenga gelezen.<sup>1</sup> De strekking van het artikel is volledig analoog aan het beleid dat de LHV op dit punt voorstaat en voert. Dat de auteur in haar betoog en tegenstelling signaleert tussen enerzijds de curriculumbeschrijving van de beroepsopleiding door CCBOH en anderzijds het beleid dat de LHV in haar discussienota 1987 voorstelt, berust op een misverstand. Omdat verloskunde een belangrijke plaats inneemt in het LHV-beleid, en omdat dit misverstand wellicht ook leeft bij huisartsen die minder goed dan mevrouw Damstra in de materie zijn ingevoerd, hechten wij eraan een en ander te verduidelijken.**

#### Uitgangspunten

Uitgangspunt voor het LHV-beleid is, dat het unieke Nederlandse verloskundige systeem het waard is, om in stand gehouden te worden; de huisarts zal bij de uitvoering hiervan als gezinsarts een actieve rol moeten (kunnen) blijven spelen.

Eén van de voorwaarden voor zowel de instandhouding van dit systeem als de betrokkenheid van huisartsen hierbij is, dat de geboden verloskundige hulp van een zodanige kwaliteit is, dat zij kan ‘concurreren’ met de hulp die in andere systemen c.q. door andere hulpverleners wordt geboden. Het onderhouden van voldoende ervaring speelt hierbij een rol; evenzeer echter is van belang dat kennis op peil gehouden wordt, en dat het niveau van het eigen handelen voortdurend wordt getoetst en bewaakt. De LHV is dan ook sterk voorstander van deelname door huisartsen aan de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR) en aan verloskundige samenwerkingsverbanden (zoals onder andere door de Adviescommissie-Kloosterman bepleit).

Een probleem bij dit alles vormt de huidige Ziekenfondswet, die het de facto veel huisartsen moeilijk maakt om hun vaardigheid blijvend te onderhouden. Wij zullen hierop – in het kader van deze reactie – niet dieper op ingaan en volstaan met de mededeling, dat de Ziekenfondsraad zich op initiatief van de LHV opnieuw met dit heikele punt bezighoudt.

De feitelijke situatie heeft evenwel consequenties voor het Basistakenpakket.

#### Basistakenpakket en CCBOH

Het Basistakenpakket moet beschouwd worden als de beschrijving van verzamelde taken, waarop de huisarts kan worden aangesproken. In de huidige situatie geeft dat aanleiding tot onduidelijkheid; huisartsen die geen verloskundige ervaring (meer) hebben, zouden dit als een uitnodig-

ing kunnen beschouwen om dergelijke hulp desgevraagd incidenteel te verlenen (wat uit kwalitatief oogpunt ongewenst is), en ten opzicht van het publiek zou de (onjuiste) suggestie gewekt kunnen worden, dat iedere huisarts voor deze hulpverlening beschikbaar is.

Dit soort problemen (het betreft meer gebieden dan alleen verloskunde) heeft tot het besluit geleid, naast het Basistakenpakket een aantal taakgebieden onder de verzamelterm ‘facultatief’ te beschrijven, waarvan om uiteenlopende redenen (bijvoorbeeld overmacht als gevolg van de Ziekenfondswet) in redelijkheid niet kan worden verwacht dat iedere huisarts *ze lege artis* uitvoert. Uitsluitend om deze reden is voorgesteld de actieve verloskunde als een facultatieve taak te beschrijven.

De CCBOH is vanuit een andere optiek tot zijn curriculumbeschrijving gekomen. Enerzijds is het Basistakenpakket één van de uitgangspunten geweest voor de commissie, anderzijds had de CCBOH te maken met de realiteit van de opleidingseisen die het CHG stelt. Eén van die eisen luidt dat de huisarts voldoende verloskundige ervaring moet bezitten, wil hij in het huisartsenregister worden ingeschreven.

Deze eis is terecht, heeft de volle instemming van de LHV en zal ook in de toekomst aan inschrijving gesteld moeten blijven. Een pas opgeleide huisarts moet immers in principe overal praktisch kunnen doen, ook in gebieden waar geen verloskundige is gevestigd. Dit brengt mee, dat in de startsituatie van iedere opgeleide huisarts voldoende verloskundige ervaring voorhanden zal moeten zijn.

#### Discussienota

Wat wordt nu beoogd met het voorstel in de LHV-discussienota om actieve verloskunde als een facultatieve taak te benoemen, voor de uitoefening waarvan een aparte ‘aantekening’ nodig is?

In de beschrijving van facultatieve taken wordt expliciet aandacht besteed aan de vereiste deskundigheid, dit in tegenstelling tot de basistaken. De gedachte hierachter is, dat facultatieve taken slechts moeten worden vervuld wanneer aan bepaald deskundigheidseisen is voldaan; dit zou in de toekomst via toetsing bevestigd moeten worden en resulteren in een ‘aantekening’. Voor het leveren van een kwalitatief goed product door huisartsen wordt een dergelijk systeem van kwaliteitsbewaking en -garantie onontbeerlijk geacht. Ook voor de kwaliteit van de verloskundige zorg is van belang, dat deze door huisartsen wordt bedreven, die aan hoge – en getoetste – kwaliteitseisen voldoen.

Wanneer het tot de invoering zou komen van een aan (her)registratie gekoppelde aantekening